

Trabajo de Campo: Embarazo en Adolescentes Incidencia Prevención y Control

Diego Yovanny García Jiménez

Wilson Rene Rodríguez Salinas

Universidad Nacional Abierta y a Distancia “UNAD”

Escuela de Ciencias Básicas Tecnologías e Ingenierías

Tecnología en Regencia de Farmacia

Curso de Profundización en Fundamentos de Salud Pública
Trabajo de Campo: Embarazo en Adolescentes, Incidencia Prevención y Control

Diego Yovanny García Jiménez

Wilson Rene Rodríguez Salinas

Director de Proyecto

Dilson Ríos

Grupo: 252828_28

Universidad Nacional Abierta y a Distancia “UNAD”

Escuela de Ciencias Básicas Tecnologías e Ingenierías

Tecnología en Regencia de Farmacia

Mayo / 15/ 2014

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	
1. EL PROBLEMA	14
1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA	14
1.2. LIMITACIONES	14
2. JUSTIFICACION	15
3. OBJETIVOS	16
3.1. OBJETIVO GENERAL	16
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
4. MARCO TEORICO	17
4.1. FUNDAMENTOS TEORICOS	17
4.2. DESARROLLO	17
4.2.1. Adolescencia y desarrollo evolutivo	17
4.2.2. La Pubertad	18
4.2.3. Factores hormonales del desarrollo	19
4.2.4. Maduración sexual	19
4.2.5. El Desarrollo sexual de los varones	20
4.2.6. El Desarrollo sexual en las chicas	20
4.2.7. Efectos del crecimiento mental durante la adolescencia	21
4.2.8. Factores que inciden en la personalidad del adolescente	21
4.3. EMBARAZO	22
4.3.1. Algunos conceptos importantes	23
4.3.2. Embarazo en la preadolescencia	24
4.3.3. Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos	24
4.3.4. Factores predisponentes	26
4.3.5. Factores determinantes	27
4.4. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES	28

	2
4.4.1. La adolescencia de las adolescentes embarazadas	28
4.5. ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD	29
4.6. CONSECUENCIAS, COMPLICACIONES O RIESGOS	31
4.6.1. Consecuencias en la madre	31
4.6.2. Consecuencias en el bebe	32
4.7. EL PADRE ADOLESCENTE	32
4.8. CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD-PATERNIDAD ADOLESCENTE	33
4.8.1. Consecuencias para la adolescente	33
4.8.2. Consecuencias para el hijo de la madre adolescente	34
4.8.3. Consecuencias para el padre adolescente	34
5. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	35
6. ELABORACION DE HIPOTESIS	36
7. IDENTIFICACION DE VARIABLES	37
7.1. FACTORES PERSONALES	37
7.2. FACTORES FAMILIARES	37
7.3. FACTORES SOCIALES	37
8. MARCO REFERENCIAL	40
8.1. EN EL PAIS	40
8.2. EN AMERICA LATINA	43
8.3. QUE SE ESTA HACIENDO EN EL PAIS AL RESPECTO	44
8.4. CODIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 2006	45
8.5. CONVENIOS, PACTOS Y TRATADOS FIRMADOS POR COLOMBIA	45
9. MARCO LEGAL	47
9.1. LA LEY 100	47
9.2. ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR	48
9.2.1. La resolucion 412	48
9.2.2. Categoria para metodos temporales	49
9.2.3. Categoría para anticoncepción quirúrgica masculina y femenina	49
9.2.4. Consulta de control en planificación familiar	50
9.2.5. Periodicidad de los controles según métodos anticonceptivos	50
9.2.6. Esterilización quirúrgica	51

10. METODOLOGIA	51
10.1. DISEÑO DE TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION	51
10.2. POBLACION Y MUESTRA	52
10.2.1. Población	52
10.2.2. Muestra	52
10.3. TECNICAS DE ANALISIS	52
10.3.1. La encuesta	53
10.3.2. Recursos humanos	53
10.4. PRESUPUESTO	54
10.5. CRONOGRAMA	55
10.6. ENCUESTAS Y RESULTADOS	55
10.7. RESUMEN DE LOS DATOS	58
10.8. ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS	61
10.9. OBSERVACIONES SEGÚN ESTUDIO DE TABLAS Y GRAFICOS	68
10.10. ENTREVISTA AL PERSONAL DEL HOSPITAL DE SOACHA	70
10.11. ENCUESTAS REALIZADAS EN PUERTO LOPEZ-META	72
10.12. TABLAS DE FRECUENCIA	76
10.13. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	89
10.13.1. Media aritmética	89
10.13.2. La mediana	90
10.13.3. La moda	90
10.13.4. Dispersión	92
10.13.5. La razón de variación	92
10.13.6. El índice de variación cualitativa	95
11. INDICE ANALITICO TENTATIVO DEL PROYECTO	98
11.1. EDUCACION SEXUAL	98
11.2. METODOS ANTICONCEPTIVOS	98
11.3. GUÍA DE TRABAJO DE CAMPO	99
CONCLUSIONES	100
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	133
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. OMS modificado (1)	49
Tabla 2. OMS modificado (2)	49
Tabla 3. Periodicidad de los controles según métodos anticonceptivos	50
Tabla 4. Actividades del trabajo de campo (presupuesto)	54
Tabla 5. Actividades del trabajo de campo (cronograma)	55
Tabla 6. Encuesta realizada en la ciudad de Soacha	56
Tabla 7. Encuesta realizada a pacientes de control prenatal	57
Tabla 8. Resumen de los datos	58
Tabla 9. Edades	61
Tabla 10. Estratos	61
Tabla 11. Estado civil	62
Tabla 12. Nivel educativo	62
Tabla 13. Pregunta 1	63
Tabla 14. Pregunta 2	63
Tabla 15. Pregunta 3	64
Tabla 16. Pregunta 4	64
Tabla 17. Pregunta 5	65
Tabla 18. Pregunta 6	65
Tabla 19. Pregunta 7	66
Tabla 20. Pregunta 8	66
Tabla 21. Pregunta 9	67
Tabla 22. Encuestas realizadas en Puerto López	73
Tabla 23. Edad	76
Tabla 24. Estado civil	77
Tabla 25. Nivel educativo	78
Tabla 26. Estrato	79

Tabla 27. ¿Edad que empezo su actividad sexual?	80
Tabla 28. ¿Ha recibido orientación?	81
Tabla 29. ¿Ha quién acude?	82
Tabla 30. ¿Se realiza constantemente charlas	83
Tabla 31. ¿Conoce los metodos de planificacion?	84
Tabla 32. ¿Se informará a los jovenes?	85
Tabla 33. ¿Recibe apoyo emocional?	86
Tabla 34. ¿Planeo su embarazo?	87
Tabla 35. ¿Si el embarazo no fue planeado.....	88
Tabla 36. Problemas en salud	119
Tabla 37. Consumo de bebidas alcoholicas y cigarrillo	120
Tabla 38. Problemas ambientales	120
Tabla 39. Principales problemas de la comunidad	125
Tabla 40. Principales problemas de la comunidad y propuestas de solución	125

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Edades	61
Gráfica 2. Estratos	61
Gráfica 3. Estado civil	62
Gráfica 4. Nivel educativo	62
Gráfica 5. Pregunta 1	63
Gráfica 6. Pregunta 2	63
Gráfica 7. Pregunta 3	64
Gráfica 8. Pregunta 4	64
Gráfica 9. Pregunta 5	65
Gráfica 10. Pregunta 6	65
Gráfica 11. Pregunta 7	66
Gráfica 12. Pregunta 8	66
Gráfica 13. Pregunta 9	67
Gráfica 14. Edad	76
Gráfica 15. Estado civil	77
Gráfica 16. Nivel educativo	78
Gráfica 17. Estrato	79
Gráfica 18. Edad que comenzó su actividad sexual	80
Gráfica 19. ¿Ha recibido orientación?	81
Gráfica 20. ¿A quién acude?	82
Gráfica 21. Charlas educativas recibidas	83
Gráfica 22. Conocimiento de los metodos de planificación	84
Gráfica 23. ¿Se informará a los jovenes?	85
Gráfica 24. Recibe apoyo emocional	86
Gráfica 25. Planeacion del embarazo	87
Gráfica 26. Embarazo nodeseado	88

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Desarrollo	17
Figura 2. Embarazo	22
Figura 3. Metodos anticonceptivos	23
Figura 4. Embarazo en la preadolescencia	24
Figura 5. Actitudes hacia la maternidad	30
Figura 6. Problemas encontrados en las adolescentes	105
Figura 7. Como prevenir el embarazo en la adolescencia	106
Figura 8. Razones de los jovenes al involucrarse sexualmente	108

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1. ENCUESTA PARA GESTANTES	103
ANEXO 2. PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LAS ADOLESCENTES	105
ANEXO 3. PLAN TERRITORIAL DE SALUD DEL DISTRITO CAPITAL	109
ANEXO 4. PLAN DE SALUD TERRITORIAL DE SAN DIEGO - CALDAS	119
ANEXO 5. PLAN DE SALUD TERRITORIAL EN SOACHA - CUNDINAMARCA	124
ANEXO 6. PLAN TERRITORIAL EN SALUD DEL MUNICIPIO DE SIBATE – CUND.	129

RESUMEN

En este trabajo se hizo una Investigación muy seria, basada en un trabajo de campo sobre el Embarazo en Adolescentes, incidencia Prevención y Control, donde encontramos que los Jóvenes saben poco o casi nada acerca del tema, también influye, que inician su vida sexual a muy temprana edad, sin conocimiento sobre planificación familiar, Promoción, Prevención, riesgo de Embarazo y sobre enfermedades de Transmisión sexual.

Seguidamente determinamos las variables sociales y biológicas que afectan y ponen en riesgo a las adolescentes a llevar un embarazo a temprana edad, teniendo como fin, generar conciencia, no solo en los adolescentes, sino en padres, profesores y demás comunidad, de la prevención del embarazo en adolescentes, no solo por las consecuencias de índole física, económica, familiar, sino las consecuencias sociales, como por ejemplo el hecho del aumento de los abortos.

A continuación relaciono algunos temas en los cuales se profundizo un poco, con el fin de dar a conocer de la problemática a la Comunidad donde se llevó a cabo el Trabajo de Campo: Fundamentos teóricos, adolescencia y desarrollo evolutivo, la pubertad, factores hormonales del desarrollo, maduración sexual, el desarrollo sexual en los varones, el desarrollo sexual en las chicas, efectos del crecimiento mental durante la adolescencia, factores que inciden en la personalidad del adolescente, embarazo métodos anticonceptivos, morbilidad: mortalidad: salud pública, sexualidad, embarazo en la pre adolescencia, consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes, la adolescencia de las adolescentes embarazadas,

consecuencias, complicaciones o riesgos consecuencias de la maternidad – paternidad adolescente, educación sexual, Métodos Anticonceptivos.

Se concluye que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública que tiene que ver con el crecimiento de un país, debido a la deserción escolar y a la reproducción de la pobreza.

También se determinaron las variables sociales y biológicas que afectan y ponen en riesgo a las adolescentes a llevar un embarazo a temprana edad.

La actividad sexual de las adolescentes ha crecido considerablemente y por tanto los índices de gravidez indeseada son cada vez mayores por eso el embarazo en la adolescencia es un problema de considerable magnitud en la vida de los jóvenes, su salud, en la de su hijo, pareja, familia; causante de un gran impacto social en la población, su ambiente y los núcleos familiares como tal..

Palabras Clave: Embarazo, adolescentes, familia, sociedad, desarrollo sexual, salud.

ABSTRACT

In this paper a very serious research, based on fieldwork on Teen Pregnancy, Prevention and Control incidence, we find that young know little or nothing about the subject, also influences which initiate sex life became very early age, without knowledge about family planning, promotion, prevention, risk of pregnancy and STD transmission.

We then determined the social and biological variables that affect and endanger adolescents to carry a pregnancy at an early age, with the purpose to raise awareness, not just teenagers, but parents, teachers and other community prevention teen pregnancy, not only for the consequences of physical, economic, familiar, kind but the social consequences, such as the fact of increased abortions.

Then I relate some issues which deepened a little, in order to raise awareness of the problem to the Community which took place Fieldwork: Theoretical Foundations, adolescence and evolutionary development, puberty, hormonal factors development, sexual maturation, sexual development in males, sexual development in girls, effects of mental growth during adolescence, factors affecting the personality of adolescent pregnancy contraceptive methods, morbidity: mortality: public health, sexuality, pregnancy in the pre teens, psychosocial considerations for increasing teenage pregnancy, teenage pregnant girls, consequences, complications or risk consequences of motherhood - teen parenthood, sex education, contraception methods.

It is concluded that teenage pregnancy is a public health problem that has to do with the growth of a country due to dropouts and the reproduction of poverty.

Social and biological variables that affect were also determined and jeopardize adolescents to carry a pregnancy at an early age.

The sexual activity of adolescents has grown considerably and therefore rates and unwanted pregnancies are becoming so pregnancy higher in adolescence is a problem of considerable magnitude in the lives of young people, their health, that of his son, all age groups; causing a great social impact on the population, environment and family as such cores ..

Keywords: Pregnancy, teens, family, society, sexual development, health.

INTRODUCCION

En este trabajo de campo nuestra investigación se basa principalmente sobre el embarazo en la adolescencia, sus causas y consecuencias, edades en la que se presentan y que opinan las niñas y sus familias al respecto de este tema, pues aunque dar vida no debe ser un problema la edad en la que se está presentando si lo es. Cabe mencionar que éste tipo de problemática de salud pública no es reciente, que por el contrario año tras año va en aumento en nuestro país.

Actualmente, uno de los principales problemas que afectan a los jóvenes es la edad temprana en la que inician su actividad sexual, pues más que el embarazo, el problema radica en la ética y los valores que cada vez se van perdiendo y que son necesarios hablarlos y tratarlos desde la casa para que en el colegio les profundicen más en el tema. A pesar de que la planificación familiar contribuye a mejorar la calidad de vida de los seres humanos, evitando los embarazos no deseados, permitiendo a las parejas programar su descendencia, Los jóvenes parecen no saber nada de este tema o por lo menos no toman conciencia al respecto. Los padres con menor número de hijos tiene una menor capacidad de proveer alimento, ropa, salud vivienda y educación a sus niños. Los métodos de planificación familiar protegen la vida de la mujer con alto riesgo materno. Hacia el futuro solo la planificación familiar, podrá garantizar la supervivencia de la comunidad. Eso sin tener en cuenta el riesgo que lleva iniciar actividad sexual a temprana edad ya que se expone a las jovencitas a futuro a contraer cáncer de cuello uterino y demás infecciones de transmisión sexual las cuales día a día se han ido incrementando de un manera significativa lo cual genera alteración de la salud sexual y reproductiva en la comunidad.

1. EL PROBLEMA

“PROBLEMÁTICA SOCIAL DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LAS DIFERENTES REGIONES DE NUESTRO PAÍS”

1.1. FORMULACION DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes, ha tomado una nueva perspectiva en los últimos años, debido a factores como la enseñanza de educación sexual, sin una base preventiva, la libertad desordenada de los adolescentes, el poco tiempo con el que tienen los padres para educar a sus hijos, sobre estos temas y el medio cultural donde la sexualidad es válida, en los más jóvenes. Esta problemática se ha convertido en un problema de salud pública, específicamente en la ciudad capital Bogotá.

La falta de moralidad en adolescencia, la confianza en la familia, la no utilización o el uso inadecuado de los distintos métodos de planificación familiar, están conllevando a embarazos no deseados, en las adolescentes de los planteles educativos, a su vez se están presentando abortos provocados e infecciones de transmisión sexual generando un problema de salud pública.

1.2. LIMITACIONES

Se considerara la ciudad o municipio de residencia de las integrantes como población de estudio para el trabajo en cuestión, y de allí se tomara una muestra de mujeres adolescentes para entrevistarlas y cuantificar estadísticamente, como varia en estratos, entorno familiar, ambiente socio económico entre otros.

2. JUSTIFICACION

El presente trabajo tiene como fin, generar conciencia, no solo en los adolescentes, sino en padres, profesores y demás comunidad, de la prevención del embarazo en adolescentes, no solo por las consecuencias de índole física, económica, familiar, sino las consecuencias sociales, como por ejemplo el hecho del aumento de los abortos, las condiciones en las cuales se desarrollaría ese “nuevo ser”, entre otras

Por eso se hace preponderante, enmarcar este trabajo en la importancia de señalar el embarazo en adolescentes, como un problema de salud pública, que afecta a toda la comunidad en general, y que se deben tomar medidas de prevención a través de las aulas de clase, y por medio del desarrollo de estos proyectos investigativos.

A pesar de que cada vez se introducen estos temas de sexualidad en las escuelas a menor edad, los índices de embarazos en adolescentes muestran que han ido en aumento. Tema por el cual nos llama la atención realizar esta investigación para ir al fondo de este problema y ofrecer una posible solución.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las variables sociales y biológicas que afectan y ponen en riesgo a las adolescentes a llevar un embarazo a temprana edad.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer los factores que predisponen a los adolescentes a iniciar su vida sexual
- Cuantificar de manera estadística el embarazo adolescente, en una muestra tomada al azar, en cada una de las poblaciones de las integrantes del grupo investigativo.
- Evidenciar que la problemática, anteriormente mencionada, genera un problema de salud pública en el país.
- Generar en los lectores del presente documento, conciencia de prevenir desde el hogar, el colegio y demás escenarios en donde los jóvenes desarrollan su personalidad, ante su sexualidad y posibles embarazos no deseados.
- Brindar a los adolescentes, información y asesoría necesarias sobre métodos de planificación, la importancia de cuidar y respetar su cuerpo y enseñar los factores de riesgo a los que se exponen cuando son madres a temprana edad.
- Orientar a los padres para que tengan charlas educativas con sus hijos sobre la planificación familiar y las relaciones sexuales a temprana edad.
- Establecer la opinión de las adolescentes frente al tema del embarazo a temprana edad, clasificar sus respuestas y dar una conclusión al respecto.

4. MARCO TEORICO

4.1. FUNDAMENTOS TEORICOS

La etapa de la adolescencia es considerada como el periodo de desarrollo más difícil de asimilar por parte de las personas, quizás sea porque esta etapa psicológica es compleja, ya que en ella existen cambios físicos, sexuales, psicológicos, cognoscitivos y sociales a los que tiene que ajustarse el joven.

Los cambios fisiológicos de la pubertad, entre los que cabe considerar a la maduración sexual y al crecimiento adolescente, dan comienzo gracias a un incremento en la producción de hormonas activadoras secretadas por la glándula pituitaria anterior.

4.2. DESARROLLO:

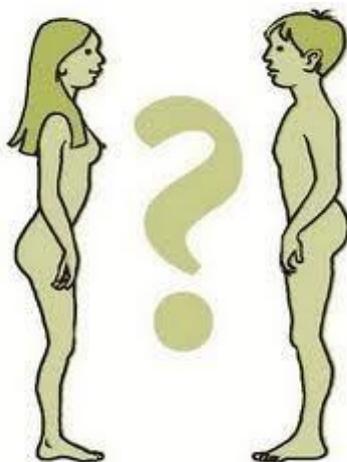


Figura 1. Desarrollo

4.2.1. Adolescencia y Desarrollo Evolutivo

La adolescencia comienza en la biología y termina en la cultura, en algunas culturas comienza de los 12 o 13 años y termina finalizando los 19 o comenzando los 20.

Por una parte, los procesos de la maduración dan lugar a una rápida aceleración del crecimiento físico, al cambio de las dimensiones del cuerpo, a modificaciones hormonales y a unos impulsos sexuales más fuertes, al desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, así como a un nuevo crecimiento y diferenciación de las capacidades cognoscitivas.

Estos desarrollos biológicos y la necesidad en que se ve el individuo de adaptarse a los mismos dan a la adolescencia algunas características universales y la separan de períodos anteriores al desarrollo.

Por otra parte, la cultura determina si el período de la adolescencia será largo o corto; si sus demandas sociales representan un cambio brusco o tan sólo una transición gradual desde etapas anteriores al desarrollo; y, ciertamente, el que se la reconozca explícitamente o no como una etapa aparte; claramente perfilada, del desarrollo en el transcurso de la vida.

4.2.2. La Pubertad

La cultura puede facilitar u obstruir el ajuste del joven a los cambios físicos y fisiológicos de la pubertad, y puede influir de modo que estos cambios se conviertan en motivo de orgullo o en causa de ansiedad y confusión. Pero lo que no puede es alterar el hecho de que estos cambios se producirán y que, de alguna manera, el adolescente tiene que hacerles frente.

La pubertad comienza con el crecimiento gradual de los ovarios (y de órganos relacionados con ellos, como es el útero) en las mujeres, y de la glándula prostática y las vesículas seminales en los hombres.

Debido a que estos cambios no son fácilmente observables, en la práctica clínica y en la investigación se suele notar a la pubertad desde que comienzan a elevarse los senos en las chicas y hace su aparición el pelo púbico pigmentado en los chicos. El comienzo de la maduración sexual va acompañado de una aceleración brusca del crecimiento, tanto de altura como de peso, que dura unos 2 años.

4.2.3. Factores Hormonales del Desarrollo

Los cambios físicos de la pubertad, sin exceptuar la maduración sexual y el crecimiento acelerado, son iniciados por una mayor producción de hormonas activadoras de la glándula pituitaria anterior, situada inmediatamente debajo de la base del encéfalo. La señal para este incremento de la producción hormonal, a su vez, proviene del hipotálamo, parte importante y compleja del encéfalo, pero sólo después de que el hipotálamo ha madurado lo suficiente, lo cual puede ocurrir a edades distintas en diferentes individuos.

4.2.4. Maduración sexual

Tanto en estatura como en peso, hay notables diferencias individuales por lo que toca a la edad en que comienza la pubertad. Aun cuando hay alguna variación dentro de las series del desarrollo por ejemplo, los senos pueden desarrollarse en las chicas antes o después de la aparición del pelo pubiano, el desarrollo físico durante la pubertad y la adolescencia sigue por lo general una progresión bastante ordenada.

Por ejemplo, el chico crece pronto probablemente desarrollará también el pelo pubiano y otros aspectos de la maduración sexual; la chica que muestra un desarrollo precoz de los senos

probablemente tendrá pronto su primera menstruación. Los preadolescentes que muestran un desarrollo avanzado del esqueleto (huesos) probablemente iniciarán el crecimiento y su maduración sexual será precoz también.

4.2.5. El Desarrollo Sexual en los Varones

La primera indicación externa de la inminente maduración sexual en los varones consiste por lo común en un aumento de la tasa de crecimiento de los testículos y del escroto (la estructura en forma de bolsa que contiene a los testículos). La voz se hace patentemente más baja o grave, pero lo común, bastante avanzada de la pubertad. En algunos chicos este cambio de voz, es más bien brusco y dramático, en tanto que en otros ocurre tan gradualmente que casi no es perceptible. Durante este proceso, la laringe (o manzana de Adán) aumenta significativamente y las cuerdas vocales que contiene aplican aproximadamente su longitud, con lo cual el tono baja más o menos una octava.

Así como el comienzo de la menstruación puede ser causa de preocupaciones para la chica, la erección incontrolada y la eyaculación inicial pueden sorprender y preocupar a algunos chicos púberes.

4.2.6. El Desarrollo Sexual en las Chicas

En la chicas, el comienzo de la elevación del seno (el llamado período del botón en el desarrollo del pecho) suele ser la primera señal de madurez sexual, aun cuando en cerca de una tercera parte de las niñas puede antecederla la aparición de pelo en el pubis.

El crecimiento del útero y de la vagina ocurre simultáneamente con el desarrollo del seno y también se agranda, los labios y el clítoris. La menarquía (es decir, la edad a que comienza la menstruación) se produce relativamente tarde en la serie de desarrollo, y caso invariable después de que el crecimiento en cuanto a estatura ha comenzado a frenarse.

Para una chica adolescente, la menstruación es mucho más que un simple reajuste fisiológico. Es un símbolo de madurez sexual, de su estatus futuro como mujer. Porque las reacciones de una chica a la menstruación pueden generalizarse ampliamente, tiene importancia capital que su experiencia inicial sea lo más buena posible.

4.2.7. Efectos del crecimiento mental durante la adolescencia

Las capacidades cognoscitivas del chico o de la chica siguen desarrollándose también, lo mismo cuantitativa que cualitativamente, durante los años de la adolescencia. La importancia de los cambios que tienen lugar durante este período, sobre todo la aparición de la etapa de las operaciones formales, mal podría sobreestimarse. Estos cambios desempeñan un papel decisivo en lo que respecta a ayudar al adolescente a encarar las demandas creciente complejas, en materia de educación y de vocación, que se le hacen.

4.2.8 Factores que Inciden en la Personalidad del Adolescente

Toda personalidad tiene factores que la ocasionan, por lo tanto es importante conocerlos para poder orientar al adolescente, ya que a esta edad lo que más le preocupa es su apariencia física. Los cambios que observamos actualmente en el ambiente socioeconómico afectan considerablemente el desarrollo, el comportamiento del hombre de su familia y de todo grupo social.

4.3. EMBARAZO

El embarazo o parto, es un término que comprende el periodo de gestación reproductivo humano. Éste comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el ovulo de la mujer y éste ovulo fecundado se implanta en la pared del útero.

La palabra adolescencia proviene de "adolece" que significa "carencia o falta de madurez", razón por la cual, no es recomendable un embarazo en esta etapa del crecimiento.

La adolescencia es una de las etapas más difíciles para nosotros como seres humanos, ya que es un estado de madurez en donde se busca una madurez, en la que corremos el riesgo de fracasar o cometer errores que dejarán huella en nuestra vida futura.

El embarazo en la adolescencia es ya un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. Algunas personas denominan el embarazo adolescente como la "sustitución de amor por sexo".

Este problema ha ido mejorando gracias a la introducción de temas de sexualidad en los colegios, pero no se ha generalizado a todas las instituciones educativas, por tal motivo considero que el número de embarazos no deseados entra adolescentes sigue siendo elevado.



Figura 2. Embarazo

4.3.1. Algunos Conceptos Importantes:

Métodos anticonceptivos: Son métodos que evitan que la mujer salga embarazada, y son la ayuda para una buena planificación familiar.

Morbilidad: Proporción de individuos de una población que padece una enfermedad en particular. Puede depender o no de la densidad de los individuos en la población.

Mortalidad: Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.

Salud Pública: Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad. Entonces, no es fácil estimar en qué consiste el “bienestar humano”, debido a que cada persona o grupo social lo concibe de acuerdo a los valores que haya fomentado.

Sexualidad: conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de forma decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo



Figura 3. Metodos Anticonceptivos

4.3.2. Embarazo en la preadolescencia

Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".



Figura 4. Embarazo en la preadolescencia

4.3.3. Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

- a. – **Sociedad Represiva:** niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos.
- b. – **Sociedad Restrictiva:** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial,

otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

c. – Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

d. – Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo.

Encontramos además diferentes acciones según la estratificación de la sociedad:

1. – Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan Embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.

2. – Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores pre disponente y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

4.3.4. Factores predisponentes

1.- Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.

2.- Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

3.- Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

4.- Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente Y / O Sola

5.- Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

6.- Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

7.- Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

8.- Fantasías De Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9.- Falta O Distorsión De La Información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

10.- Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11.- Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12.- Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

4.3.5. Factores determinantes:

1. – Relaciones Sin Anticoncepción
2. – Abuso Sexual
3. – Violación

4.4. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

4.4.1. La adolescencia de las adolescentes embarazadas

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron. También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra

enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

4.5. ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la **adolescencia temprana**, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la **adolescencia media**, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres.

Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la **adolescencia tardía**, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida



Figura 5. Actitudes hacia la maternidad

4.6. CONSECUENCIAS, COMPLICACIONES O RIESGOS:

El embarazo en la adolescencia se relaciona con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para su hijo.

4.6.1. Consecuencias en la madre:

- Corre el riesgo de experimentar anemia.
- Preclampsia y eclampsia.
- Parto prematuro, prolongado o difícil.
- Carga de culpabilidad.
- Mayor probabilidad de divorcio (problemas maritales, unidos a causa del embarazo).
- Desempleo o menor salario
- Riesgo de aborto
- Cáncer de mama
- Riesgos tanto biológicos, como psíquicos y sociales.
- Hemorragias
- Infecciones
- Reacción depresiva que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio.
- Genera gran ansiedad, incertidumbre e interferencia con el logro de la madurez biopsicosocial.

4.6.2. Consecuencias en él bebe:

- Presenta bajo peso al nacer
- Suelen ser prematuros
- Malformaciones congénitas
- Problemas de desarrollo
- Retraso mental
- Ceguera
- Epilepsia o parálisis cerebral

4.7. EL PADRE ADOLESCENTE

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres.

Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas.

Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se agrega el

hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de esta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser padre".

Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo – padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "huida".

4.8. CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD – PATERNIDAD ADOLESCENTE

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

4.8.1. – Consecuencias Para La Adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de

realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

4.8.2. Consecuencias Para El Hijo De La Madre Adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

4.8.3. Consecuencias Para El Padre Adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad.

5. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Se considera que tres tipos de factores ejercen influencia directa e indirecta en la fecundidad por medio de los determinantes próximos. Se parte de las políticas y programas gubernamentales en los sectores de salud y otros relacionados (educación, empleo), mediante los cuales se organiza la oferta de servicios de salud, de planificación familiar y de los bienes de otros sectores (educación, empleo) que inciden de forma directa o indirecta en la fecundidad. En segundo lugar están los factores socioeconómicos globales o el contexto social en que vive el adolescente, incluido el discurso social sobre el matrimonio, la actividad sexual prematrimonial, la pareja, el amor y la familia, entre otros. En tercer lugar están los factores socioeconómicos particulares, o características individuales de la adolescente y del hogar en que reside. El marco analítico subraya la fuerte influencia que ejerce el contexto sociocultural en la fecundidad y sus factores determinantes próximos.

Los significados que se adscriben a la masculinidad y a la feminidad pueden ayudar a definir la identidad del adolescente y, con ello, influir en su participación en la dinámica de los encuentros sexuales. Mediante la transmisión de significados y sentidos subjetivos acerca del comportamiento sexual de hombres y mujeres, el contexto cultural puede influir también en las decisiones respecto a si iniciar o no la actividad sexual o a permitir o no la continuación de un

embarazo precoz prematrimonial. Las influencias sociales inciden también en los familiares, los pares, la pareja, los maestros y los medios de comunicación. La influencia de la familia se manifiesta por medio de su estructura, la supervisión del comportamiento por los padres y el poder que es capaz de ejercer en las decisiones de la adolescente acerca de las relaciones románticas, el matrimonio, las relaciones sexuales y el embarazo.

6. ELABORACION DE HIPOTESIS

Según la información anteriormente expuesta y en los factores que mayor incidencia tienen como los culturales y socio económicos de los adolescentes, se parte de la base de formular una hipótesis fundamentada en las cuestiones que la misma sociedad nos ofrece, no apartándonos de la realidad, sino siendo conscientes que cada día crece más.

Mientras siga existiendo la mala información sexual en la adolescencia, existirán mayores riesgos de embarazos, esta información tiende a distorsionarse en la medida en que se enseña a como tener relaciones sexuales y no a como no tenerlas.

Mientras los embarazos en la adolescencia aumentan, las edades disminuyen, en primera instancia se puede notar la incomunicación de los padres con sus hijos, pilar fundamental en el desarrollo del ser humano, y debido a esto, los jóvenes se ven abocados a resolver sus preguntas con amigos que están más desinformados que ellos mismos. A menor edad de la jóvenes, mayor riesgo en su salud propia y en la de su bebe, ya que como se sugería anteriormente, el crecimiento biológico, no ha llegado a su total plenitud, influyendo factores psicológicos, como el no acompañamiento del padre del bebe y de los padres de la joven embarazada.

7. IDENTIFICACION DE VARIABLES

Las variables que fundamentan este trabajo investigativo, encierran factores tales como:

7.1. FACTORES PERSONALES:

Autoestima alta, buen rendimiento escolar, conciencia de la existencia de un ser superior, planes de estudios superiores, oportunidad de participación en actividades extracurriculares, sentido de propósito y futuro.

7.2. FACTORES FAMILIARES:

Buena cohesión familiar, buena relación con la figura paterna, ausencia de abuso sexual en el medio familiar, mayor número de horas compartidas con los padres. Se ha encontrado que hijas de padres que abiertamente desaprueban las relaciones sexuales de sus hijas, demoran el inicio de la actividad sexual.

7.3. FACTORES SOCIALES:

Mensajes consistentes, ambientes sociales donde no exista consumo de alcohol, tabaco o sustancias psicoactivas, refuerzo de mensajes por parte de los pares, presencia de modelos que refuercen valores.

Colombia ha atravesado una guerra durante los últimos años producto del narcotráfico, guerrilla y grupos de autodefensa; conflicto que ha dejado huérfanos, familias descompuestas,

desplazados y un enorme problema de orden social. El desempleo y la violencia han tocado la puerta de miles de hogares colombianos. Reestructurar la sociedad requiere un enfoque nuevo.

Existe además una clara relación entre abuso sexual en la infancia y la pubertad y el embarazo en adolescentes. De acuerdo a investigaciones realizadas por el Instituto Alan Guttmacher el 75 % de las adolescentes que tuvieron actividad sexual antes de los 14 años, habían sido forzadas.

Esta relación es observada también en Colombia y es más notoria en niñas de estratos socioeconómicos bajos, en áreas rurales alejadas, donde el hacinamiento, el machismo y los patrones culturales favorecen este tipo de conductas. La estrategia para el diseño de programas de prevención debe basarse entonces en el fortalecimiento de factores protectores que contrarresten los factores de riesgo.

La educación sexual constituye un proceso de enseñanza de aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y trascendentes de la sexualidad humana encaminados al desarrollo de habilidades y actitudes necesarias para una vida sexual positiva y saludable.

Las principales fuentes de información sexual en nuestro medio son los pares y los medios de comunicación, pero no existe ningún ambiente más favorable para dar información, educar y contribuir a una formación sana de la sexualidad que el ámbito familiar. Otro entorno que puede contribuir a la enseñanza es la escuela donde utilizando diferentes estrategias metodológicas, con una secuencia lógica, se favorezca el desarrollo cognitivo, afectivo y conductual.

La educación sexual, incluida dentro de los proyectos educativos institucionales, debe estar soportada y reforzada por la familia, los medios de comunicación, el personal de salud,

grupos culturales, religiosos y centros de atención integral a adolescentes. Debe estar dirigida a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los adolescentes, a promover su salud integral, buscando desarrollar un pensamiento crítico que permita adquirir actitudes positivas frente a la sexualidad, más que la sola adquisición de contenidos e información, así como la promoción de la autogestión.

Los programas de prevención, no han cumplido con los objetivos con los cuales fueron creados, esta situación se deba a que es muy probable que este tipo de intervenciones sean muy cortas, estén orientadas más a la adolescente mujer, lleguen muy tarde, no tengan en cuenta los patrones culturales de cada región, ni el significado de la sexualidad y el embarazo para las adolescentes, ni estén enfocadas a favorecer el fortalecimiento de los factores protectores.

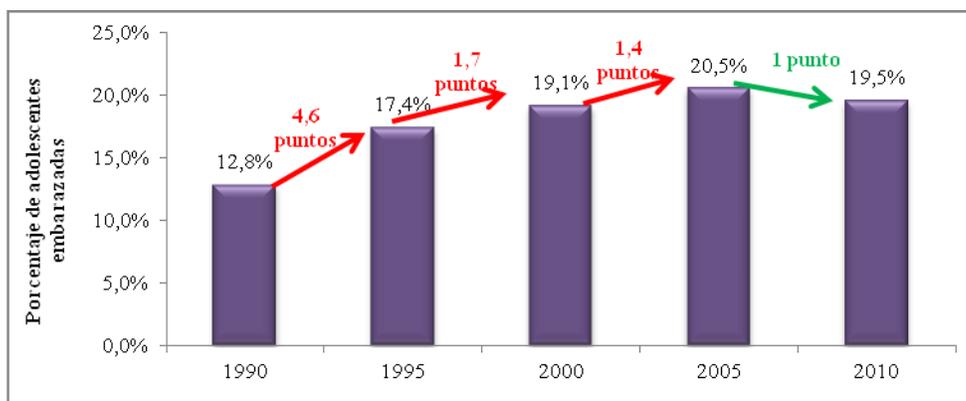
Las intervenciones para lograr el inicio de la actividad sexual en el momento adecuado y la disminución en el número de embarazos en adolescentes, deben realizarse con la participación de todos los actores sociales, iniciarse antes de ingresar a la secundaria, involucrar a jóvenes desde su planeación y respetar las normas y patrones culturales de cada región. Sus acciones, dirigidas en forma prioritaria a la población de mayor riesgo, deben estar dirigidas más a promover el desarrollo personal integral que a suprimir una conducta.

Las investigaciones realizadas a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de la última década, muestran que existen diferencias en las tasas de embarazo en adolescentes de estratos socioeconómicos altos y bajos, 8% y 34% respectivamente. Está marcada diferencia se asocia en menor medida al promedio de jóvenes que mantienen relaciones sexuales y en una fracción menor aún a diferencias en el conocimiento y uso de métodos de control natal; las mayores diferencias en el número de embarazos entre estratos socioeconómicos altos y bajos, se deben al porcentaje de jóvenes que conscientemente deciden quedar en embarazo y tener hijos

8. MARCO REFERENCIAL

8.1. EN EL PAÍS

La tasa de fecundidad general ha disminuido, pasando de 91 nacimientos por mil mujeres a 74, sin embargo, la fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años presentó un incremento cercano al 30% entre 1990 y 2005, del 70 por mil a 90 por mil, y aunque en el año 2010 disminuyó a 84 nacimientos por mil, todavía continúa siendo alta.



Grafica 1 Fuente: Profamilia, encuesta nacional de demografía y salud.

Por eso, a la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas les cambia la vida.

“Cuando supe que estaba embarazada se me vino el mundo encima. De inmediato quise abortar, averigüé cómo y empecé a reunir plata, pero después le conté a un amigo que me convenció de que tuviera el bebé y no abortara. Entonces le conté a mi mamá, que le dio muy duro y se decepcionó muchísimo; en un momento me pidió que me saliera de la casa porque no me quería ver, pero al poco tiempo se calmó y aceptó la situación, y desde entonces me da un

apoyo incondicional. El papá de mi hijo se desentendió de él y mi papá no me habló durante todo el embarazo, aunque ahora ya arreglamos nuestra relación y él me apoya.

En el colegio me dejaron seguir estudiando sólo de forma escolarizada pero después me tocó retirarme porque estaba en riesgo de un aborto espontáneo. Todas mis amigas del curso supieron que estaba embarazada y me apoyaron en todo lo que podían, como regalándome ropa para el bebé”. Es difícil pero no imposible, un hijo da mucha fortaleza en muchos sentidos.

Así como esta mamá de 16 años, son muchas las adolescentes embarazadas o con hijos, que no saben qué hacer o a quién acudir; pues temen sufrir rechazo y discriminación por el hecho de ser madres a temprana edad.

Pero, ¿qué es la discriminación? Se da cuando tratamos de manera desfavorable a una persona a causa de nuestros prejuicios.

Y... ¿por qué se da esta discriminación? Pubenza Arbeláez, Directora de la Fundación Manos Amigas de Mujeres Trabajadoras de Colombia, quien ayuda a las jóvenes embarazadas, explicó: “La discriminación se da por falta de equidad e igualdad, falta de conocimiento de toda la sociedad sobre un tema que influye en el modo de vida de sí misma, como por ejemplo la forma en la que los embarazos de niñas adolescentes no encajan en esta forma de vida”.

Entonces mucho cuidado, porque la discriminación atenta contra el derecho a ser madre y a cuidar de su hijo. Además, la discriminación se da también cuando se vulnera el derecho a la educación, al trabajo y al progreso.

Por eso, cuando una joven queda embarazada, lo mejor es que busque apoyo en sus familiares, quienes deben ser más comprensivos que nunca en esta situación.

Es necesario que las jóvenes fortalezcan sus proyectos de vida, un embarazo temprano sin haber terminado su adolescencia, les cierra oportunidades de educación y de trabajo. Si no cuentan con herramientas ni empleo tampoco podrán cuidar bien a su niña o su niño, generando más pobreza y falta de oportunidades.

Pero, ¿qué hacer cuando la familia de una adolescente embarazada no la apoya? Al respecto Pubenza Arbeláez dijo: “Lo que les hace falta a la mayoría de las jóvenes que quedan embarazadas en su adolescencia es un norte espiritual, unos valores morales y sociales, que es lo que nuestra fundación quiere darles; Bienestar Social puede darles cuidados físicos a estas jóvenes pero no se ocupa de enseñarles estos valores, que por lo tanto ellas no pueden enseñar a sus hijos y esto se repite en un círculo vicioso.

Nuestra fundación también vela por que las niñas puedan terminar sus estudios, hasta los universitarios en lo posible y que puedan conseguir buenos trabajos”

Entonces, ¡seamos más comprensivos! Darles la mano a nuestras amigas, compañeras, primas, que están embarazadas... Al respecto una de ellas expresó: “La gente que critica y rechaza a personas en una situación como la mía, debería tomarlo con más calma, hablan de cosas que no saben y no entienden, porque no han pasado por eso. Un hijo es lo más grande y hermoso de este mundo, da fuerzas para seguir adelante y trae responsabilidad y madurez. Yo sé que la noticia es terrible para uno porque uno no sabe cómo es eso y se asusta, no sabe cuáles son las consecuencias de traer un hijo al mundo y piensa que son solo problemas, pero después de ver y sentir como crece dentro de ti una personita que depende de ti, da muchas fuerzas y deseos de darle lo mejor siempre. Es algo hermoso”.

En Colombia, una de cada cinco adolescentes de 17 años ha estado embarazada, según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud.

Lo ideal es prevenir los embarazos, asesorando a las y los jóvenes con respeto y tolerancia, sobre temas como el uso de métodos anticonceptivos y los riesgos de las enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

Publicado por:

Pubenza Arbeláez, Directora de la Fundación Manos Amigas de Mujeres Trabajadoras de Colombia

8.2. EN AMÉRICA LATINA

Cada año se presentan 54 mil nacimientos en mujeres menores de 15 años, y 2 millones en mujeres de 15 a 19 años. Así mismo, de cada 10 embarazos en Latinoamérica, cuatro no se han planeado y son atribuidos al no uso de métodos anticonceptivos ó al uso de métodos folclóricos.

En Colombia, los estudios muestran una tendencia ascendente del embarazo en adolescentes. De cada cinco embarazadas, una es menor de 19 años.

A pesar de la implementación de diferentes estrategias para enfrentar este fenómeno, 90 de cada 1000 mujeres se embarazan antes de cumplir 19 años. Somos así, uno de los países con mayores cifras en la región.

8.3. QUE SE ESTÁ HACIENDO EN EL PAÍS PARA CONTRARRESTAR ESTA PROBLEMÁTICA

Se reconoce el día nacional de la prevención del embarazo adolescente en Colombia (26 de septiembre) el cual es el resultado de un esfuerzo conjunto entre las instituciones y actores que nos invitan a escuchar a los adolescentes, a reflexionar, a sensibilizar y a implementar acciones para disminuir esta situación socialmente problemática.

A través del ICBF se está desarrollando un programa llamado programa fami.

Las Fami son 12 mil madres que trabajan por la familia, los niños en gestación y aquellos hasta los dos años de edad. Ellas con sus pautas de crianza, de buen trato y la orientación a las madres, apoyan en la prevención de los embarazos en adolescentes

La creación de la Comisión Nacional Intersectorial para la Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, integrada por los ministerios de Educación, Cultura, Defensa, Vivienda, Protección Social y de las TIC, el Sena, el Icbf, acción social, Col deportes y el Fondo Nacional de Ahorro. El trabajo de esta Comisión Intersectorial es la realización de un documento Conpes para la prevención del embarazo adolescente.

Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía PESCC se crea como estrategia de formación integral y del trabajo permanente con el objetivo de que los integrantes de las comunidades educativas decidan vivir una sexualidad sana, plena y responsable que enriquezca su proyecto de vida y el de los demás

8.4. CÓDIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 2006

Este Código tiene en cuenta los descubrimientos recientes para asegurar un buen comienzo de la vida, se basa en el enfoque de los derechos humanos y tiene como escenario básico a los municipios, que es el epicentro de la vida y de la atención a los niños, las niñas y los adolescentes.

Para aplicar el Código es indispensable contar con una política pública municipal de infancia y adolescencia, y realizar la gestión de esa política, que tiene como uno de sus ejes la inclusión de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes en el Plan de Desarrollo Municipal.

La política pública municipal de infancia y adolescencia se basa en mejorar la salud infantil a través de cuatro estrategias:

- La prevención del embarazo en adolescentes.
- el cuidado de todos los embarazos y partos.
- la prevención de las enfermedades comunes en los niños y las niñas.
- la atención de los que se enferman.

8.5. CONVENIOS, PACTOS Y TRATADOS INTERNACIONALES FIRMADOS POR COLOMBIA.

- Declaración Universal de Derechos Humanos firmada en 1948, que estableció entre otros el derecho a la salud, la asistencia médica y la protección de la maternidad.
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena en 1993 consideró como un derecho de la mujer el acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo de 1994, donde se promulgan los derechos en esta área para toda la humanidad.
- Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social celebrada en Copenhague en 1995.
- Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Pekín en 1995.
- Pacto internacional de derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1996, ratificó la protección a la maternidad y el derecho a la salud física y mental.
- Conferencia sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo de Río de Janeiro y conocida como programa Siglo XXI, reiteró la necesidad de que: los gobiernos ejecuten y refuercen los servicios de salud preventivos y curativos, que incluyan servicios de salud reproductivos, seguros y eficaces, centrados en la atención prenatal, la educación e información en materia de salud y paternidad responsable.¹⁵
- Declaración de Medellín-Colombia de 2011, donde se ratifica el compromiso nacional con acciones específicas e intersectoriales alrededor de la problemática del embarazo en las adolescentes.

9. MARCO LEGAL

9.1. LA LEY 100.

A partir de la **Ley 100** se originan nuevas Leyes, Acuerdos y Resoluciones. Las más recientes sobre PS y PE son el Acuerdo 117 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud y la Resolución 412 de 2001 del Ministerio de Salud.

El Acuerdo 117, establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Hace énfasis en que es responsabilidad de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), de las Entidades Adaptadas y Transformadas y de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), administrar el riesgo en salud individual de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos prevenibles o de eventos de enfermedades sin atención, de conformidad con el artículo 2 del Decreto 1485 de 1994 y el Decreto 2357 1995. Establece además, que las instituciones mencionadas deben inducir la demanda de estos servicios, ya que los usuarios no los solicitan espontáneamente; incluye:

1. Las actividades, procedimientos e intervenciones para protección específica con el fin de evitar la aparición inicial de la enfermedad, mediante la protección frente al riesgo; ellas son:

- Vacunación según esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Atención preventiva en salud bucal
- Atención del parto
- Atención al recién nacido

9.2. ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES.

9.2.1. La Resolución 412

Retoma las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y adopta las normas técnicas y las guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública, con base en el acuerdo 117.

Además de la obligación administrativa y técnica, estas normas implican por parte de sus ejecutores, un compromiso ético para garantizar los derechos reproductivos y la protección anticonceptiva de hombres y mujeres en edad reproductiva. Así:

- **CONSULTA DE PLANIFICACION FAMILIAR (Consulta** de primera vez por medicina general 89.0.2.01, consulta de primera vez por enfermería 89.0.2.05).

Esta consulta es realizada, de acuerdo al método seleccionado y al nivel de complejidad, por un médico o enfermera debidamente capacitados en planificación familiar.

- **Criterios médicos de elegibilidad para el inicio del uso de métodos anticonceptivos- OMS Modificado** La organización Mundial de la Salud en varias reuniones científicas ha aclarado las condiciones o enfermedades que podrían afectar la elegibilidad para el uso de un método anticonceptivo temporal en una de las categorías enunciadas en el cuadro 1.

9.2.2. Categoría para métodos temporales- OMS Modificado. Tabla 1.

OMS1	Se puede usar el método. Ninguna restricción sobre su uso
OMS2	Se puede usar el método. En general las ventajas superan los riesgos comprobados o teóricos.
OMS 3	No es recomendable su uso, pues el riesgo supera el beneficio
OMS 4	No debe usar el método. La condición o afección representa un riesgo inaceptable para la salud, si se usa el método

9.2.3. Categoría para anticoncepción quirúrgica masculina y femenina- OMS

Modificado. Tabla 2.

Aceptar	Ninguna razón medica impide efectuar el procedimiento en un ámbito apropiado
prever	El procedimiento puede efectuarse en un ámbito apropiado, tomándose las medidas adicionales de preparación y precaución que necesite la (el) usuario
postergar	Aplazar el procedimiento. La afección debe tratarse y resolverse antes de efectuar el procedimiento. Se deben suministrar métodos temporales.
Referir	Referir al usuario a un centro cuyos recursos técnicocientíficos donde se puede realizar el procedimiento en adecuadas condiciones. Se debe suministrar métodos temporales

9.2.4. Consulta de control en planificación familiar

(Consulta de control o seguimiento de programa por medicina general 89.0.3.01, consulta de control o seguimiento de programa por enfermería 89.0.3.05)

El control realizado por médico o enfermera debidamente capacitados en planificación familiar. En el siguiente cuadro se presenta la periodicidad que requiere los diferentes métodos para su control

9.2.5. Periodicidad de los controles según métodos anticonceptivos. Tabla 3.

METODOS	PERIODICIDAD
Naturales	Cada año
Menorrea de la lactancia	A los tres meses post- parto
Hormonales	Cada año
Diu de intervalo	Al mes y luego cada año
Diu intracesearea o postparto inmediato	En la consulta de puerperio, al tercer mes del post- parto y luego cada año
Diu post-parto	Al mes y luego cada año
Esterilización quirúrgica masculina vasectomía	A la semana y luego a los tres meses (con recuento espermático)
Esterilización quirúrgica femenina (oclusión tubaria bilateral)	A la semana

9.2.6. Esterilización quirúrgica. (Esterilización quirúrgica masculina y femenina)

En caso de elección de métodos quirúrgicos, es preciso obtener consentimiento individual informado escrito, del hombre en vasectomía o de la mujer en oclusión tubería bilateral (firma o huella dactilar); programar para el procedimiento y entregar un método temporal hasta que se practique la cirugía. La ley 23 y el decreto reglamentario 3380 de 1981 en el artículo 15, estipulan la obligatoriedad de informar anticipadamente al usuario, sobre el riesgos y consecuencias de los procedimientos médicos quirúrgicos, que puedan afectarlo física o psíquicamente y la firma del consentimiento donde certifique que fue informado

10. METODOLOGÍA

10.1. DISEÑO DE TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Es de tipo descriptiva porque así permite dar a conocer explícitamente la problemática de salud pública que hay sobre este tema; de manera explicativa para esclarecer con un análisis la información que ofrecen las fuentes bibliográficas, que busque las causas y el porqué de este fenómeno social, encontrando relaciones de causa y efecto.

La técnica será una encuesta cerrada ya que es un método más eficaz para llegar a unos resultados que sean verídicos y por el número de muestra será más rápido.

Recolectaremos información documental a través de material investigativo, libros y material informativo. Se recogerá información de campo a través de encuesta y entrevista.

Para nuestro trabajo Embarazo en Adolescentes (objeto de estudio), vamos a realizar una encuesta en forma escrita a través de un cuestionario con una serie de preguntas las cuales están diseñadas para ser resueltas por la población escogida.

Entrevista personal donde se anoten las respuestas que da el entrevistado.

10.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

10.2.1. Población: La constituyen las adolescentes embarazadas que asisten al servicio de consulta médica al hospital durante el primer trimestre de 2012.

El personal de enfermería al que se le aplica la entrevista.

Esta población refiere al hospital más cercano al lugar de residencia de cada una de las integrantes del grupo de investigación.

10.2.2. Muestra: Es una muestra no probabilística de 10 adolescentes embarazadas obtenida de forma aleatoria y en proporción al número de adolescentes embarazadas que hayan acudido a la consulta a cada uno de los centros referidos.

10.3. TÉCNICAS DE ANÁLISIS.

Se elaboraran con base en la hipótesis, aplicando técnicas estadísticas que permitan evaluar la calidad de los datos, comprobar la hipótesis y obtener conclusiones.

Se aplican dos instrumentos para la recolección de datos, una entrevista (personal de enfermería) y una encuesta (adolescentes embarazadas)

Se elabora cuestionario con 15 preguntas para ser aplicado a los adolescentes del sector.

10.3.1. La encuesta

Por ser una técnica de investigación en la cual se utilizan preguntas de tipo cerrada destinados a un grupo de personas, con el fin de dar claridad a una incógnita o situación en especial, las preguntas deben ser idénticas para todas las personas encuestadas. A través de la encuesta se recolectan datos cuantitativos acerca del problema que permiten ser analizados cualitativamente, fácil y en la mayoría de casos aceptada.

10.3.2. Recursos humanos

Para la elaboración de este trabajo contaremos con la ayuda de las siguientes personas:

- ✓ Tutora María consuelo Bernal: quien orienta y dirige el trabajo de campo.
- ✓ Estudiantes Alcira Hernández, Gloria Alcira Sánchez, Mariela pinzón, Sandra Cajamarca, Francened Idarraga, quienes realizan las encuestas y desarrollan la investigación
- ✓ Jefe de enfermería Hospital Mario Gaitán Yanguas (Soacha).
- ✓ 50 adolescentes encuestadas en estado de gestación, 10 por cada municipio.

Auxiliares administrativos de las secretarías municipales de salud de cada municipio.

10.4. PRESUPUESTO

Para la realización de este trabajo de campo se necesitaran de los siguientes recursos económicos:

	ACTIVIDADES DEL TRABAJO DE CAMPO	COSTOS	
		SOACHA, SIBATE	PUERTO LOPEZ
1	Papelería	\$10000	\$10000
2	Fotocopias	\$5000	\$5000
3	Viáticos desplazarse para a realizar encuestas. las	\$10000	\$20000
4	Llamadas para sustentación del proyecto	\$5000	\$5000
	TOTAL	\$ 30.000	\$ 40.000
	GRAN TOTAL	\$ 70.000	

Tabla 4.

10.5. CRONOGRAMA

En la siguiente tabla está establecido el cronograma de actividades en que se realizara paso a paso la recolección y síntesis de la situación.

Tabla 5.

ACTIVIDADES DE TRABAJO DE CAMPO	
ACTIVIDAD	TIEMPO
Asesoría metodológica	30 días
Presentación de la propuesta	20 día
Clasificación de la población	10 días
Encuesta	10 días
Recopilación de los aportes	15 días
Sustentación del trabajo de campo	1 días
Presentación del trabajo final	5 día
Total días del cronograma	91 días

10.6. ENCUESTAS Y RESULTADOS:

EDAD	Estrato	Estado Civil	Nivel educativo	Edad que empezó su actividad Sexual	Recibe Orientación de sus Padres	A quien Acude cuando tiene duda sobre Sexualidad	Se realizan charlas educativas Por parte del Personal de Salud en su Barrio E Institución	Conoce Los métodos de Planificación Familiar	Se informan a los jóvenes sobre la sexualidad y se hace mayor énfasis en la promoción y en la utilización de métodos anticonceptivos.	Recibe apoyo emocional y económico por parte del padre de su hijo	Recibe apoyo por parte de sus padres	Planeo con anticipación su embarazo	Si el embarazo no fue planeado pensó en abortar alguna vez.
15	2	soltera	bachiller	14-16	NO	Amigos	SI	NO	NO	NO	SI	NO	NO
15	2	soltera	bachiller	14-16	NO	Amigos	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO
17	1	soltera	bachiller	14-16	NO	Padres	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO
17	3	Unión libre	primaria	14-16	NO	Amigos	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
15	2	soltera	primaria	10-13	NO	Novio	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO
16	1	soltera	primaria	14-16	NO	Amigos	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO
18	3	Unión libre	bachiller	17-19	SI	Padres	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
16	2	Unión libre	bachiller	10-13	NO	Personal Salud	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO
15	1	soltera	primaria	10-13	SI	Amigos	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO
16	2	Unión libre	bachiller	14-16	NO	Amigos	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO

Encuesta realizada en la ciudad de Soacha Cundinamarca por Mariela pinzón. Tabla 6.

EDAD	Estrato	Estado Civil	Nivel educativo	Edad que empezó su actividad Sexual	Recibe Orientación de sus Padres	A quien Acude cuando tiene duda sobre Sexualidad	Se realizan charlas educativas Por parte del Personal de Salud en su Barrio E. Institución	Conoce Los métodos de Planificación Familiar	Se informa a los jóvenes sobre la sexualidad y se hace mayor énfasis en la promoción y en la utilización de métodos anticonceptivos.	Recibe apoyo emocional y económico por parte del padre de su hijo	Recibe apoyo por parte de sus padres	Planeo con anticipación su embarazo	Si el embarazo no fue planeado pensó en abortar alguna vez.
16	2	S	B	10-16	No	Amigos	No	Si	Si	Si	Si	No	No
17	2	U. L	B	10-16	Si	Novio	No	Si	Si	SI	No	No	No
15	3	S	P	10-16	Si	Conocido	No	No	Si	No	Si	No	Si
18	3	S	B	17-20	No	Amigos	No	Si	Si	Si	No	No	No
16	2	S	B	10-16	Si	Docente	No	Si	Si	No	Si	No	No
15	2	S	B	10-16	No	Amigos	No	Si	Si	Si	No	No	Si
17	3	S	B	17-20	Si	Padres	No	Si	Si	No	Si	No	Si
15	2	S	B	10-16	No	Novio	No	Si	Si	Si	No	No	No
14	2	S	B	10-16	No	Personal de salud	No	Si	Si	No	Si	No	Si
17	2	S	B	17-20	No	Amigos	No	Si	Si	Si	No	No	No

Tabla 7.

Encuesta realizada a apacientes que asisten a control prenatal al servicio del hospital Mario Gaitán Yanguas (Soacha) presentada por Gloria Sánchez.

10.7. RESUMEN DE LOS DATOS. Tabla 8.

EDAD	Estrato	Estado Civil	Nivel educativo	Edad que empezó su actividad Sexual	Recibe Orientación de sus Padres	A quien Acude cuando tiene duda sobre Sexualidad	Se realizan charlas educativas Por parte del Personal de Salud en su Barrio E Institución	Conoce Los métodos de Planificación Familiar	Se informa a los jóvenes sobre la sexualidad y se hace mayor énfasis en la promoción y en la utilización de métodos anticonceptivos.	Recibe apoyo emocional y económico por parte del padre de su hijo	Recibe apoyo por parte de sus padres	Planeo con anticipación su embarazo
15	2	Soltera	bachiller	10-13	SI	amigos	NO	SI	SI	SI	NO	SI
15	2	Soltera	bachiller	14-16	SI	amigos	NO	SI	SI	NO	NO	NO
17	1	Soltera	bachiller	14-16	SI	amigos	NO	NO	SI	NO	NO	NO
17	3	Unión	primaria	10-13	SI	novio	NO	NO	No	SI	NO	NO
15	2	Soltera	primaria	10-13	NO	amigos	NO	NO	SI	NO	NO	NO
16	1	Unión	primaria	10-13	SI	padres	SI	SI	No	NO	NO	SI
18	3	Soltera	bachiller	14-16	SI	personal salud	NO	NO	No	NO	NO	NO
16	2	Soltera	bachiller	17-19	NO	amigos	SI	SI	No	SI	NO	NO
15	1	Unión	primaria	10-13	SI	padres	SI	SI	No	NO	NO	SI
16	2	Soltera	bachiller	14-16	NO	amigos	SI	SI	SI	NO	NO	SI
16	2	Soltera	Bachiller	14-16	NO	Amigos	SI	NO	NO	SI	NO	NO
17	2	Unión	Bachiller	14-16	NO	Amigos	SI	NO	SI	SI	NO	NO
15	3	Soltera	Primaria	14-16	NO	Padres	SI	SI	SI	SI	NO	NO

18	3	Soltera	Bachiller	14-16	NO	Amigos	SI	SI	NO	NO	NO	NO
16	2	Soltera	Bachiller	10-13	NO	Novio	SI	NO	SI	SI	NO	NO
15	2	Soltera	Bachiller	14-16	NO	Amigos	SI	SI	SI	NO	NO	NO
17	3	Soltera	Bachiller	17-19	SI	Padres	SI	SI	SI	SI	SI	NO
15	2	Soltera	Bachiller	10-13	NO	Personal Salud	SI	SI	NO	SI	NO	NO
14	2	Soltera	Bachiller	10-13	SI	Amigos	NO	NO	SI	SI	NO	NO
17	2	Soltera	Bachiller	14-16	NO	Amigos	SI	SI	NO	SI	NO	NO
15	1	Soltera	Bachiller	14-16	NO	Amigos	SI	NO	SI	SI	NO	NO
16	2	Soltera	Primaria	14-16	No	Novio	NO	NO	NO	NO	NO	NO
15	2	Unión	Primaria	10-13	Si	Personal Salud	SI	SI	SI	NO	NO	NO
16	3	Soltera	Primaria	14-16	NO	Amigos	NO	SI	NO	SI	NO	NO
16	3	Soltera	Bachiller	14-16	SI	Novio	SI	SI	SI	SI	NO	NO
16	3	Soltera	Bachiller	10-13	SI	Amigos	NO	SI	SI	NO	NO	SI
15	3	Soltera	Bachiller	14-16	NO	Amigos	SI	SI	SI	SI	NO	NO
16	3	unión	Bachiller	10-13	SI	Novio	SI	SI	SI	SI	NO	NO
15	3	Unión	Bachiller	14-16	SI	Novio	NO	SI	SI	SI	NO	NO
16	2	Soltera	Bachiller	10-13	NO	Personal Salud	SI	SI	SI	NO	NO	SI

EDAD	Estrato	Estado Civil	Nivel educativo	Edad que empezó su actividad Sexual	Recibe Orientación de sus Padres	A quien Acude cuando tiene duda sobre Sexualidad	Se realizan charlas educativas Por parte del Personal de Salud en su Barrio E Institución	Conoce Los métodos de Planificación Familiar	Se informa a los jóvenes sobre la sexualidad y se hace mayor énfasis en la promoción y en la utilización de métodos anticonceptivos.	Recibe apoyo emocional y económico por parte del padre de su hijo	Recibe apoyo por parte de sus padres	Planeo con anticipación su embarazo
16	2	Soltera	Bachiller	14-16	SI	Amigos	SI	SI	SI	SI	NO	NO
17	2	Soltera	Bachiller	14-16	SI	Amigos	SI	SI	SI	SI	NO	NO
17	3	Soltera	Bachiller	14-16	SI	Amigos	NO	SI	SI	SI	NO	SI
15	2	Unión	Bachiller	10-13	SI	Novio	SI	SI	SI	SI	NO	NO
16	2	Unión	Bachiller	14-16	SI	Amigos	SI	SI	NO	SI	NO	SI
15	3	Soltera	Primaria	14-16	SI	Personal Salud	SI	SI	SI	SI	NO	NO
16	3	Soltera	Primaria	14-16	SI	Amigos	SI	SI	SI	SI	NO	NO
14	2	Soltera	Bachiller	10-13	SI	Novio	SI	SI	SI	SI	NO	NO
15	2	Soltera	Bachiller	14-16	SI	Amigos	SI	SI	SI	SI	NO	NO
16	2	Soltera	Bachiller	14-16	SI	Amigos	SI	SI	SI	SI	NO	NO
15	2	Soltera	Bachiller	14-16	NO	Amigos	NO	SI	NO	SI	NO	NO
15	2	Unión	Bachiller	14-16	NO	Docentes	NO	SI	SI	SI	NO	NO
16	2	Soltera	Bachiller	14-16	NO	Docentes	NO	SI	SI	SI	NO	NO
15	2	Soltera	Primaria	14-16	SI	Padres	NO	SI	NO	NO	NO	NO
15	2	Soltera	Primaria	14-16	SI	Padres	NO	SI	NO	SI	NO	NO
16	2	Soltera	Bachiller	14-16	SI	Padres	NO	SI	NO	NO	NO	NO
18	2	soltera	Bachiller	17-19	SI	Padres	NO	SI	SI	SI	SI	NO
17	2	Unión	Primaria	17-19	SI	Personal Salud	SI	SI	NO	SI	NO	NO
18	3	Unión	Primaria	17-19	SI	Personal Salud	SI	SI	SI	SI	NO	NO
19	3	Soltera	Bachiller	17-19	SI	Novio	NO	SI	SI	SI	SI	NO

10.8. ANALISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS.

Tabla 9 – Grafica 1. Grafica de edades

Pregunta	Respuesta	No	%
EDAD EN AÑOS	14	1	2%
	15	16	32%
	16	16	32%
	17	9	18%
	18	4	8%
	19	4	8%

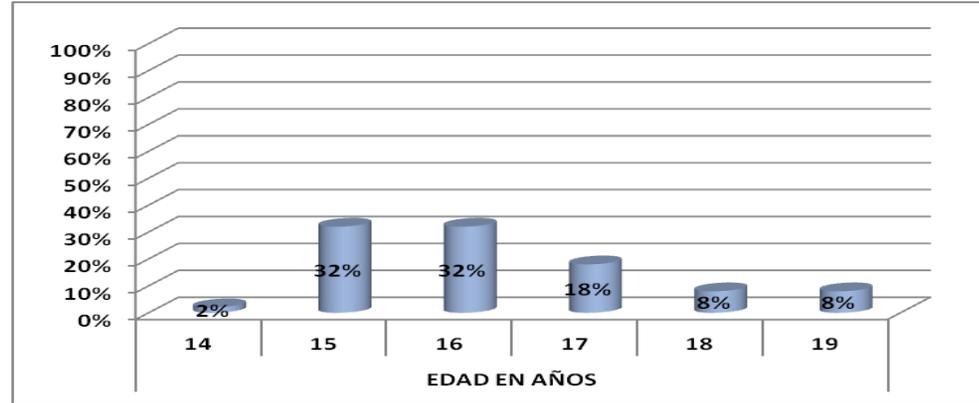


Tabla 10 – Grafica 2. Grafica de estratos

Pregunta	Respuesta	No	%
Estrato	Uno		15%
	Dos		65%
	Tres		20%

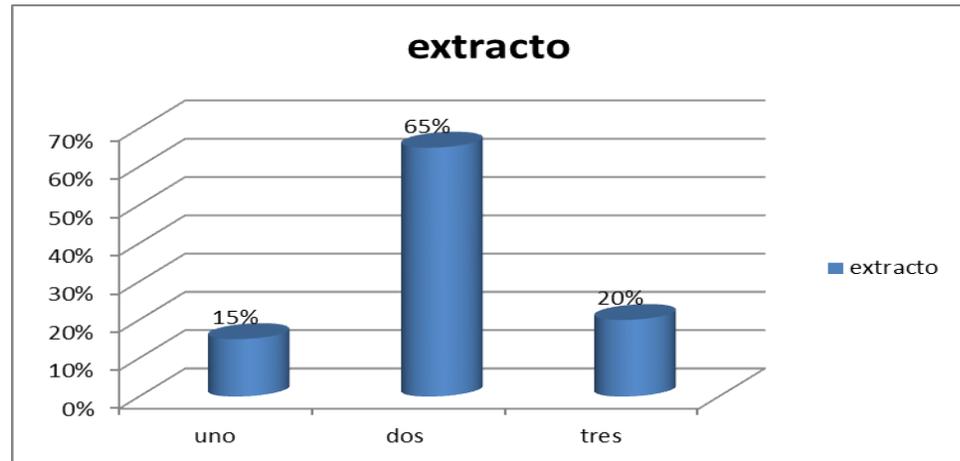


Tabla 11 - Grafica 3. Graficas de estado civil

Pregunta	Respuesta	No	%
Estado civil	Soltera		90%
	Unión Libre		10%
	Divorciada		0%

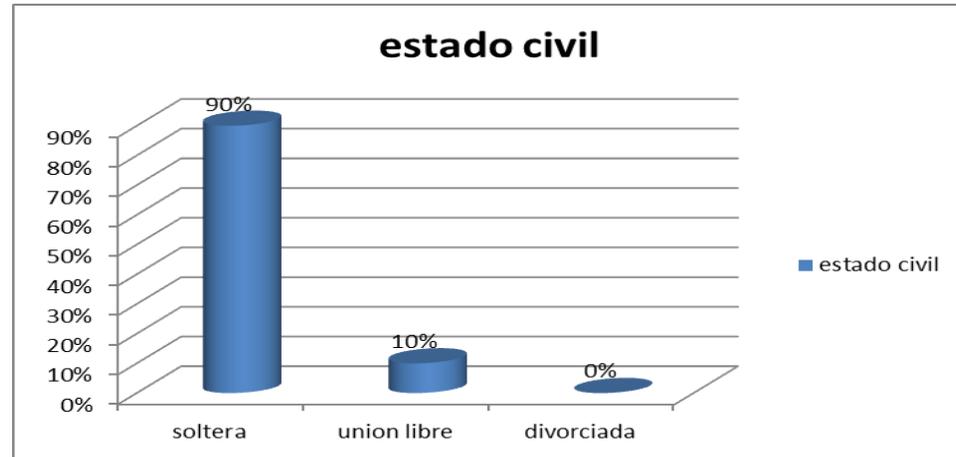


Tabla 12 - Grafica 4. Graficas de nivel educativo, dentro del bachiller se encuentran estudiando

Pregunta	Respuesta	No	%
Nivel educativo	primaria		10%
	bachiller		90%
	técnico		0%
	universitario		0%

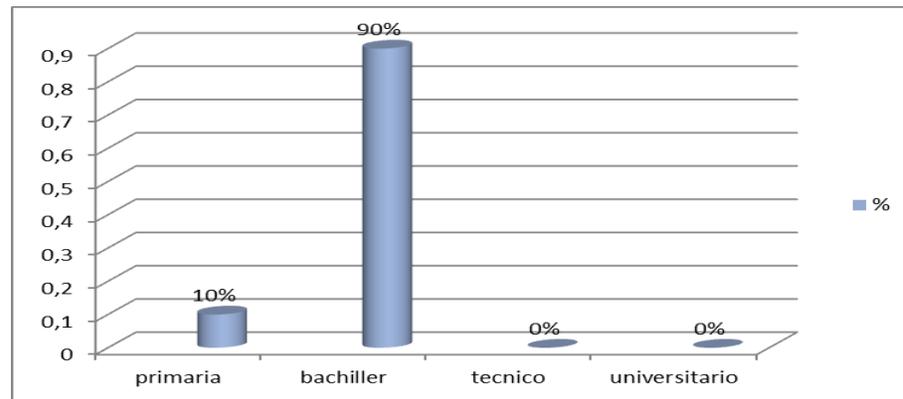


Tabla 13 - Grafica 5. Grafica de la pregunta 1.

Pregunta	Respuesta	No	%
¿A qué edad empezó su actividad sexual?	10-13	14	28%
	14-16	30	60%
	17-19	6	12%

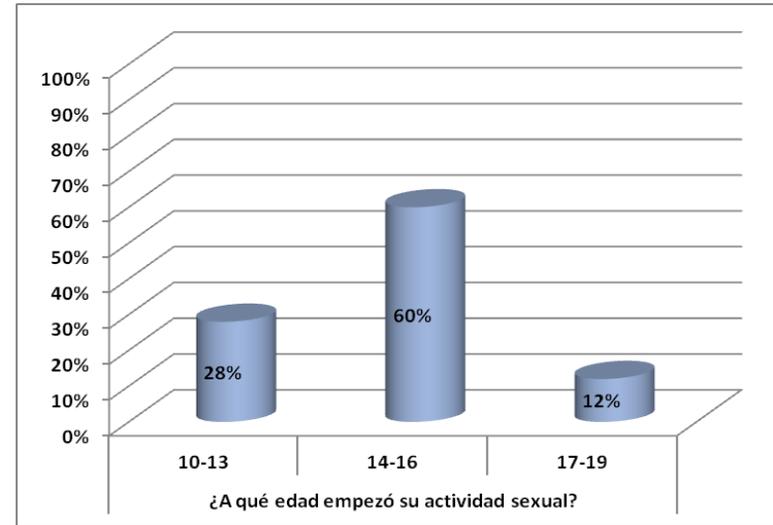


Tabla 14 - Grafico 6. Graficas de la segunda pregunta

Pregunta	Respuesta	No	%
¿Ha recibido orientación acerca de la educación Sexual por parte de sus padres?	SI	31	62%
	NO	19	38%

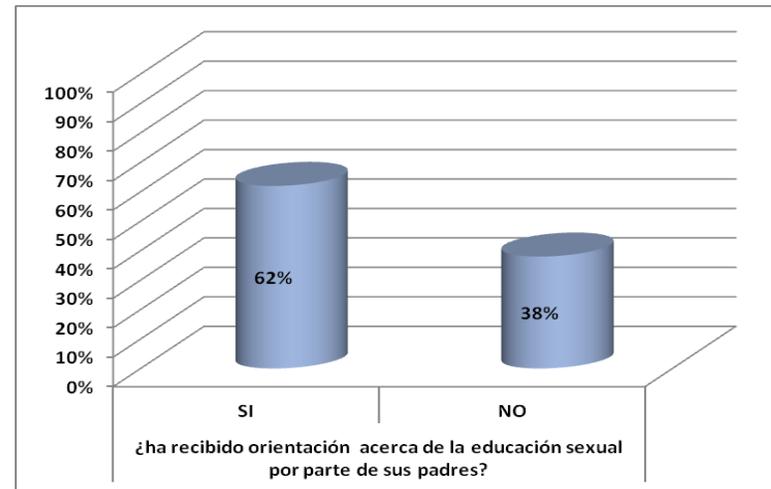


Tabla 15 - Grafico 7. Grafica de la tercera pregunta

Pregunta	Respuesta	No	%
a quien acude cuando tiene alguna duda acerca de la sexualidad	Amigos	24	48%
	Docentes	2	4%
	Novios	9	18%
	Padres	8	16%
	Personal Salud	7	14%

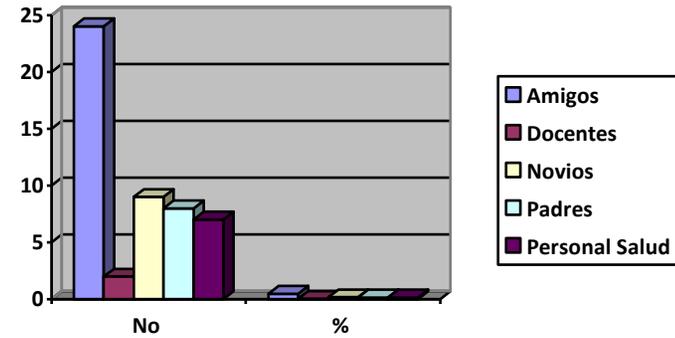


Tabla 16 – Grafico 8. Grafica de la cuarta pregunta

Pregunta	Respuesta	No	%
se realiza constantemente charlas educativas por parte del personal de salud en su municipio, barrio o centro educativo	NO	20	40%
	SI	30	60%

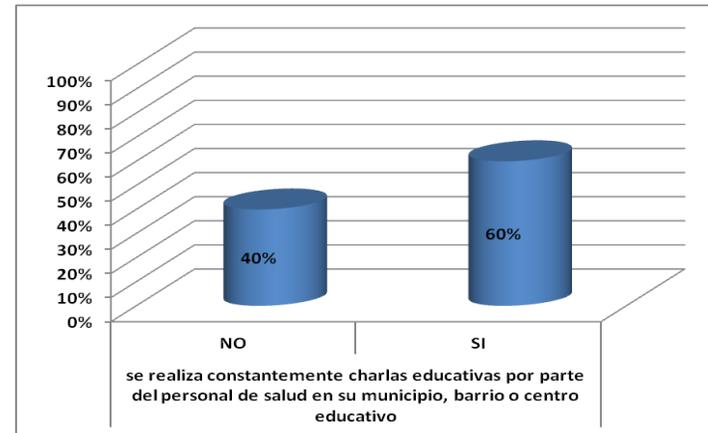


Tabla 17 - Grafico 9. Grafica de la quinta pregunta

Pregunta	Respuesta	No	%
conoce los métodos de planificación	NO	10	20%
	SI	40	80%

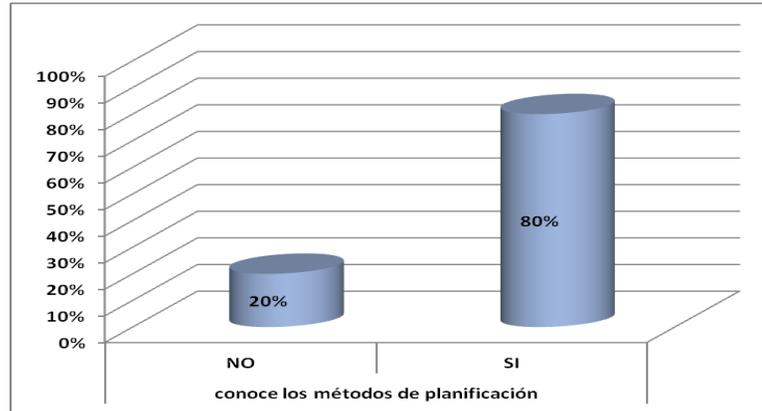


Tabla 18 - Grafico 10. Grafica de la sexta pregunta

Pregunta	Respuesta	No	%
recibe usted apoyo emocional y económico por parte del padre de su hijo	NO	17	34%
	SI	33	66%

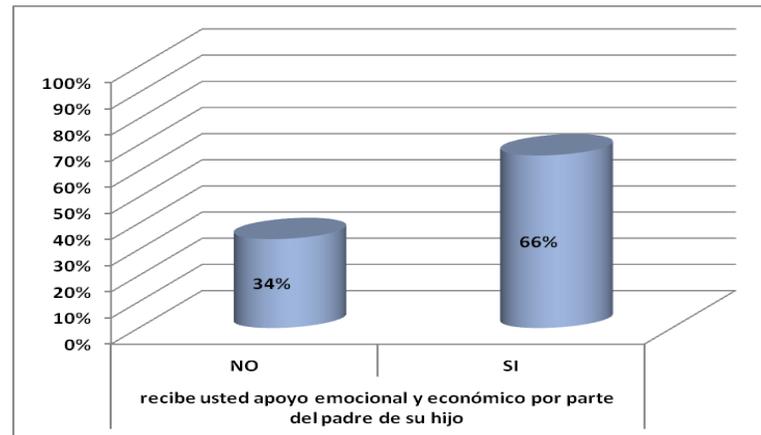


Tabla 19 - Grafico 11. Grafica de la séptima pregunta

Pregunta	Respuesta	No	%
Recibe usted apoyo emocional por parte de sus padres	NO	7	14%
	SI	43	86%

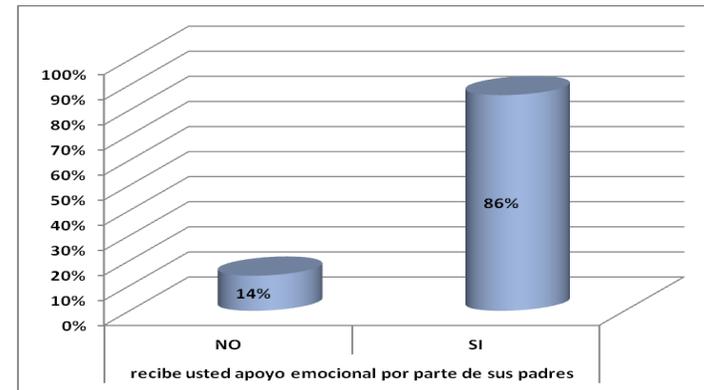


Tabla 20 - Grafico 12. Grafica de la octava pregunta

Pregunta	Respuesta	No	%
Planeo con anticipación el embarazo.	NO	47	94%
	SI	3	6%

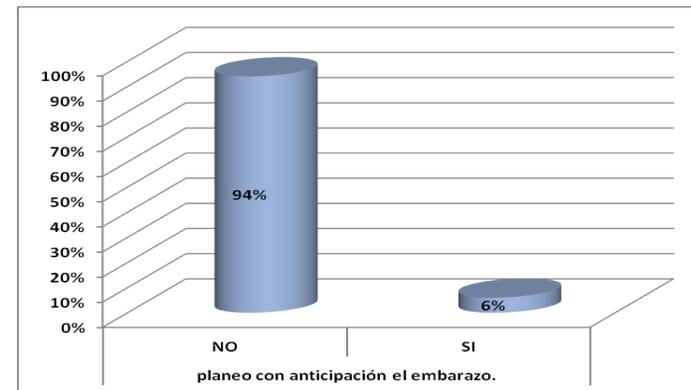
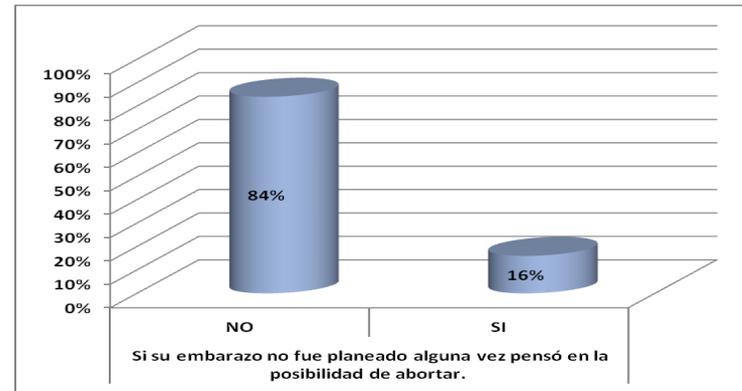


Tabla 21 - Grafico13. Grafica novena pregunta

Pregunta	Respuesta	No	%
Si su embarazo no fue planeado alguna vez pensó en la posibilidad de abortar.	NO	42	84%
	SI	8	16%



10.9. OBSERVACIONES SEGÚN ESTUDIO DE TABLAS Y GRAFICOS

1°- Que el 2% de las mujeres en estado de embarazo tienen edad de 14 años, el 32% de las mujeres en estado de embarazo tienen edad de 15 años, el 32% de las mujeres en estado de embarazo tienen edad de 16 años,

2°- Que el extracto de las dos tiene un porcentaje del 65% el uno del 15% y el tres de 20%

3°- El estado civil de las encuestadas el 90% es soltero ya que la mayoría viven con sus padres debido a que el papa del niño es menor de edad y aun responde e cómicamente el 10% ya tienen una pareja

4°- El nivel educativo es bachiller 90% en algunos casos se encuentran estudiando aun no terminan bachiller y el 10% solo primaria no les interesa el estudio

5°- Que el 28% de las encuestadas inicio su vida sexual entre 10 - 13 años, el 60% de las encuestadas inicio su vida sexual entre 14 - 16 años, es decir es en la edad donde prácticamente todos los adolescentes inician su vida sexual, el 12% de las encuestadas inicio su vida sexual entre 17 - 19 años

6°- El 62% de las pacientes encuestadas recibieron educación por parte de sus padres y el otro 38% no recibió dicha educación.

7°- Se Observa que en el estudio realizado el 48% de las mujeres piden asesoría a sus amigos por cuestiones de confianza, el 18% despeja sus dudas con su pareja, 16% de los

pacientes lo hacen con sus padres, el 14% lo hace la consulta con el personal de salud encargado de orientar, y el 4% lo hace con sus docentes.

8°- En cuanto a la educación por parte de las instituciones que deben promover la prevención del temprano embarazo, el 60% de las encuestadas dice que si recibió educación por entes promotores, el restante 40% dice que no lo recibió.

9°- El 20% de las mujeres respondió que no conocían los métodos de planificación, en cambio el 80% de las encuestadas dice que si sabían sobre métodos anticonceptivos, lo cual quiere decir que las campañas de concientización las está realizando pero las pacientes no están poniendo en práctica lo que se les enseña en las charlas

10°- Se observa que el 66% de las muchachas embarazadas recibe apoyo del padre de su bebe, y que el 34% restante son personas que son un poco irresponsables con sus obligaciones como padre.

11°- El 86% de las pacientes reciben apoyo moral y emocional por parte de sus padres lo cual es importante ya que esto contribuye al buen desarrollo del embarazo, lastimosamente tenemos un 14% en el cual su familia no es tan comprensiva.

12°- En la mayoría de los casos el embarazo se produjo de una manera no deseada, solo 3 de las pacientes deseaban procrear a conciencia el índice de embarazo no deseado es bastante alto (97%).

13°- Es muy agradable observar que 42 (84%) de las encuestadas a pesar de los problemas que conlleva un embarazo a temprana edad piensan en que un aborto no es la solución a su problema, como todo no puede ser bueno el 16% restante si lo pensó hacer lo cual se dice es por miedo, ya que son muy jóvenes para ser madres.

10.10. ENTREVISTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL MARIO GAITAN YANGUAS (Soacha).

1. ¿Participa el personal de enfermería, en la problemática de embarazo en la adolescencia? Cómo.

Si. Se dictan charlas de planificación familiar en caminadas al personal adolescente ya que en ellos se presentan comportamientos sexuales de riesgo, lo cual da lugar a una gestación no planeada.

La ayuda que podemos prestar varía de acuerdo a las características particulares de cada adolescente, ya que existen adolescentes tempranos, intermedios y tardíos, que pertenecen a diferentes contextos socioculturales y niveles de escolaridad.

2. ¿Existe algún programa específico para la atención en salud de la paciente adolescente embarazada?

Si. La atención a la población adolescente embarazada es un caso especial, debido a los cambios corporales y psicosociales, hacen que sean más vulnerables y esto provoca numerosos conflictos familiares, académicos y de estabilidad. Se llevan a cabo un programa de salud sexual y reproductiva apoyado en los siguientes aspectos.

- Apoyo psicológico y sanitario durante la gestación.
- Planificación familiar después del parto.

- Seguimiento del equipo multidisciplinario (Medico- obstetra, Personal de enfermería, Psicología, Trabajo Social).

3. ¿Qué tipo de información dan sobre prevención de embarazo a parejas cuando acuden al servicio de planificación?

- Generar actitudes para una sexualidad sana.
- Postergar el inicio de la actividad sexual (adolescentes tempranos).
- Promover prácticas sexuales protegidas.
- Prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Información sobre métodos anticonceptivos.
- La información dada a través de estos programas procura que se promueva la equidad y salud de los jóvenes en nuestro municipio.

4. Qué clase de riesgo corre una paciente adolescente embarazada?

La paciente puede presentar complicaciones durante el embarazo tales como: pre eclampsia, eclampsia, anemia, infecciones de las vías urinarias, infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA-, virus del papiloma humano y finalmente el aborto. Además de otras enfermedades metabólicas infecciosas y parasitarias.

5. ¿Podría darnos una clasificación especial para las adolescentes embarazadas según la edad en la cual se presenta la mayoría de casos?

La mayoría de casos atendidos actualmente en este primer semestre del año está en promedio entre los 13 y 18 años de edad.

Como estadística de nuestra institución el 80% de los partos atendidos proceden de madres adolescentes.

10.11. ENCUESTAS REALIZADAS EN PUERTO LOPEZ

10.11.1. Tabla 22. Tabla de encuestas realizadas en Puerto López.

sexualidad y se hace mayor énfasis en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos.	No		X						X					X		X	X	X								X	X		
¿Recibe apoyo emocional y económico por parte del padre de su hijo?	Si			X	X	X		X		X				X											X				
¿Planeó con anticipación su embarazo?	Si																												
Si el embarazo no fue planeado pensó en abortar alguna vez	Si	X	X					X					X												X				
Si el embarazo no fue planeado pensó en abortar alguna vez	No			X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X

10.12. TABLAS DE FRECUENCIA

Tabla 23 - Grafica 14. Edad

EDAD		
VARIABLE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
13 años	1	3,3%
14 años	4	13,3%
15 años	5	16,7%
16 años	12	40%
17 años	7	23,4%
18 años	1	3,3%
Total	30	100%

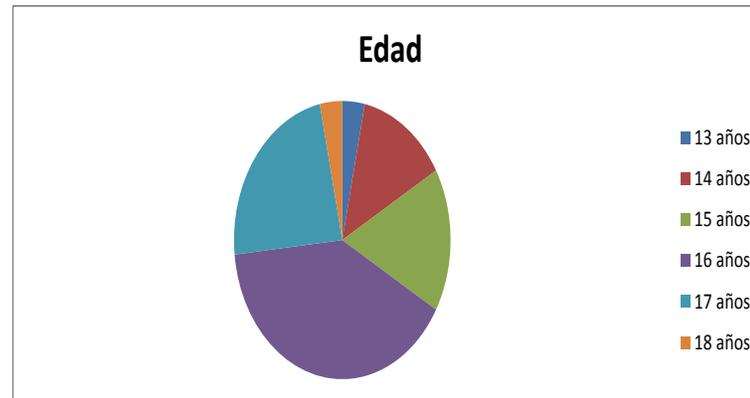


Tabla 24 - Grafica 15. Estado Civil

ESTADO CIVIL		
VARIABLE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Soltera	29	96,7%
Unión libre	1	3,3%
Total	30	100%

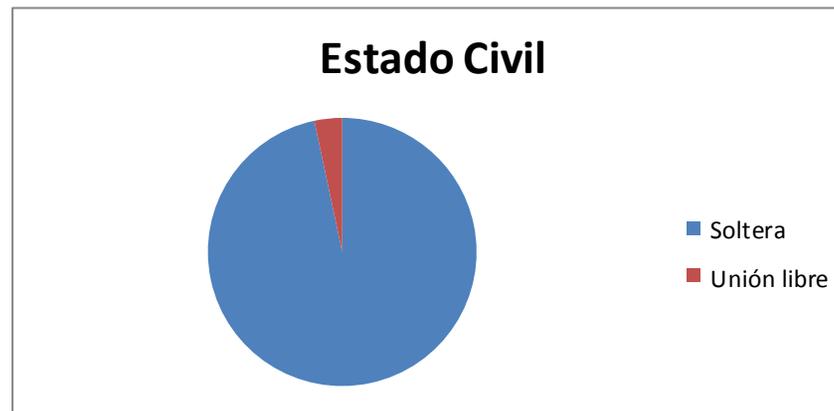


Tabla 25 - Grafica 16. Nivel Educativo

NIVEL EDUCATIVO		
VARIABLE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Primaria	10	33,3%
Parte del Bachillerato	20	66,7%
Total	30	100%

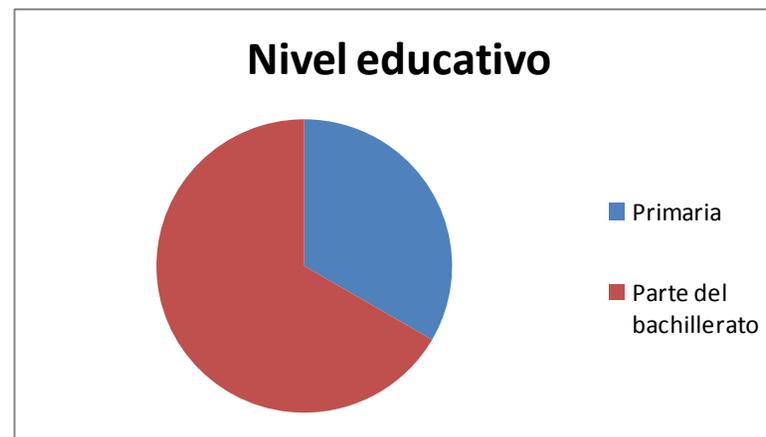


Tabla 26 - Grafica 17. Estrato

ESTRATO		
VARIABLE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Uno	12	40%
Dos	18	60%
Total	30	100%

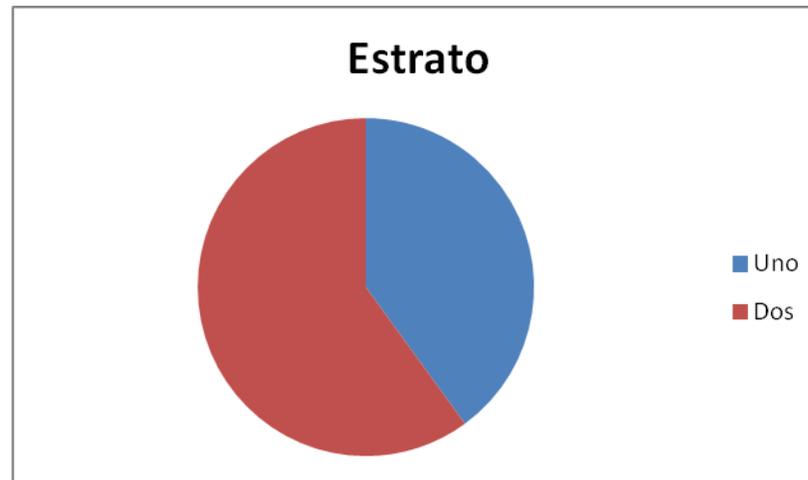


Tabla 27 - Grafica 18. ¿Edad que empezó su actividad sexual?

¿EDAD QUE EMPEZÓ SU ACTIVIDAD SEXUAL?		
VARIABLE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
10 - 16	30	100%
17 - 20	0	0
Otra	0	0
Total	30	100%



Tabla 28 - Grafica 19. Ha recibido orientación?

¿HA RECIBIDO ORIENTACIÓN ACERCA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL POR PARTE DE SUS PADRES?		
VARIABLE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si	17	56,7%
No	13	43,3%
Total	30	100%

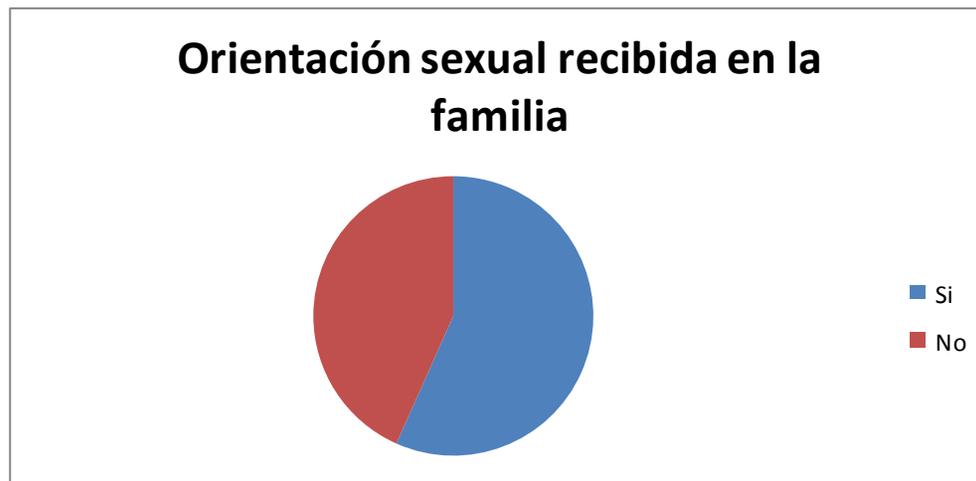


Tabla 29 - Grafica 20. A quien acude?

¿A QUIÉN ACUDE CUANDO TIENE ALGUNA DUDA ACERCA DE LA SEXUALIDAD?		
VARIABLE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Padres	6	20%
Docentes	2	6,7%
Amigos	16	53,3%
Novio	3	10%
Conocidos	3	10%
Personal de salud	0	0
Total	30	100%

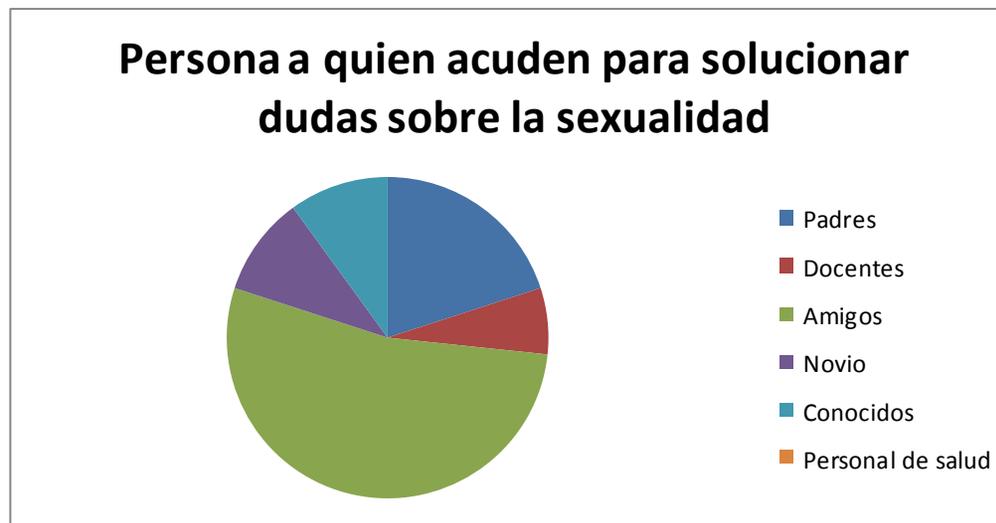


Tabla 30 - Grafica 21. Se realiza constantemente charlas?

¿SE REALIZA CONSTANTEMENTE CHARLAS EDUCATIVAS POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD EN SU MUNICIPIO, BARRIO O CENTRO EDUCATIVO?		
VARIABLE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si	26	86,7%
No	4	13,3%
Total	30	100%

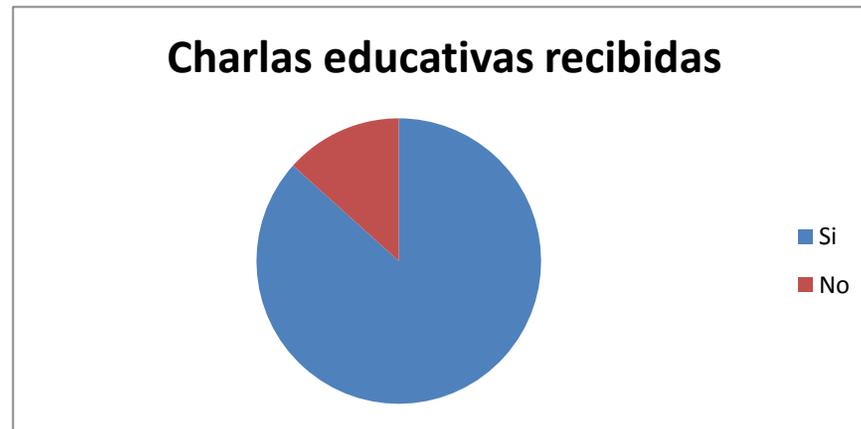


Tabla 31 - Grafica 22. Conoce los métodos de planificación?

¿CONOCE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN?		
VARIABLE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si	22	73,3%
No	8	26,7%
Total	30	100%



Tabla 32 - Grafica 23. Se informara a los jóvenes?

SE INFORMAR A LOS JÓVENES SOBRE LA SEXUALIDAD Y SE HACE MAYOR ÉNFASIS EN LA PROMOCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.		
VARIABLE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si	23	76,7%
No	7	23,3%
Total	30	100%

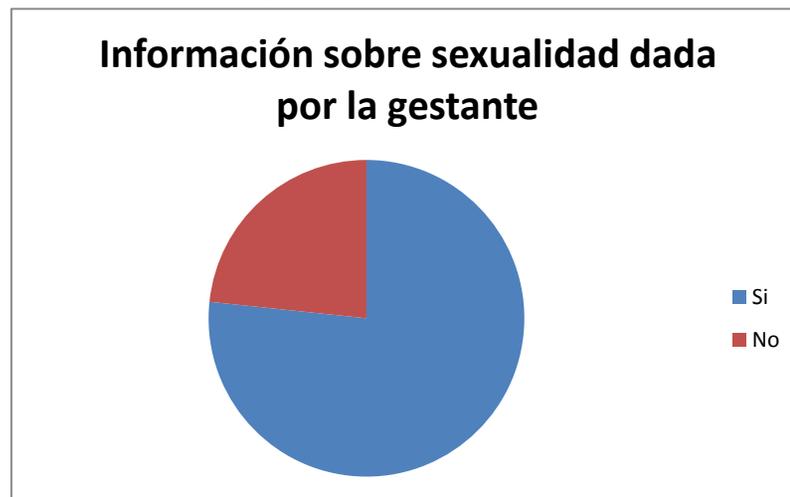


Tabla 33 - Grafica 24. Recibe apoyo emocional?

¿RECIBE APOYO EMOCIONAL Y ECONÓMICO POR PARTE DEL PADRE DE SU HIJO?		
VARIABLE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si	7	23,3%
No	23	76,7%
Total	30	100%

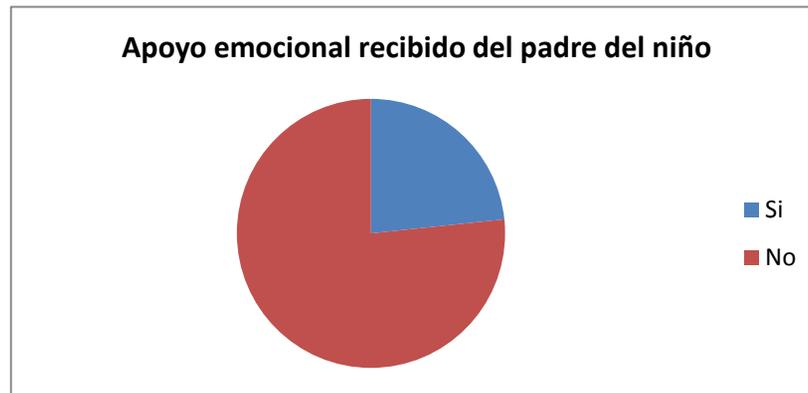


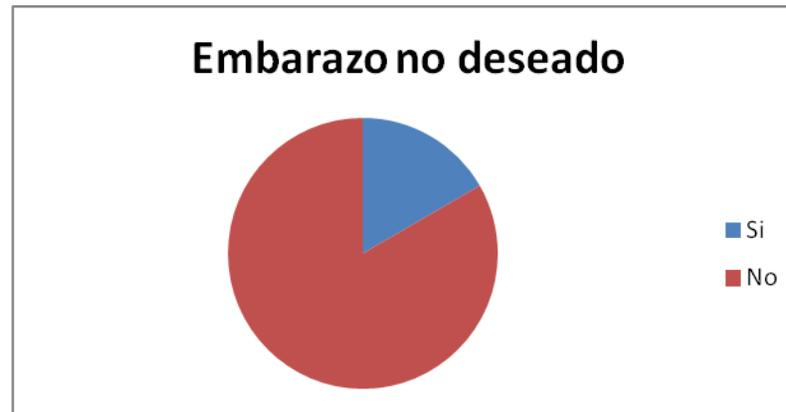
Tabla 34 - Grafica 25. Planeo con anticipación su embarazo?

¿PLANEÓ CON ANTICIPACIÓN SU EMBARAZO?		
VARIABLE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si	0	0
No	30	100%
Total	30	100%



Tabla 35 - Grafica 26. Si el embarazo no fue planeado?

SI EL EMBARAZO NO FUE PLANEADO PENSÓ EN ABORTAR ALGUNA VEZ		
VARIABLE	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Si	5	16,7%
No	25	83,3%
Total	30	100%



10.13. MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL

10.13.1. Media aritmética

$$\bar{x} = \frac{\sum_{i=1}^n x_i}{n}$$

EDAD:

$$\bar{x} = \frac{13 + 14 + 15 + 16 + 17 + 18}{6}$$

$$\bar{x} = 15,5$$

La edad de las gestantes encuestadas tiene una media de 15,5. Lo que significa que el promedio de edad de las jóvenes encuestadas es de 15 años.

Edad a la que empezó su actividad sexual.

Aunque esta variable presenta datos numéricos, no son datos agrupados usando medidas de distribuciones de frecuencia, por lo cual los intervalos son vagos. Además uno de sus posibles valores es cualitativo, razón por la cual no se puede realizar el cálculo de la media aritmética en todas sus variables.

Sin embargo, ya que solamente una de estas frecuencias muestra resultados, se realiza el cálculo con fines meramente prácticos:

$$\bar{x} = \frac{10 + 16}{2} = 13$$

Este resultado nos conduce a deducir que la edad en que comenzó la actividad sexual de las gestantes fue en promedio a los 13 años.

Las demás variables utilizadas en las encuestas son de tipo cualitativo, por lo cual no es posible realizar el cálculo de la media aritmética a estas.

10.13.2. La mediana

EDAD

Los datos de esta variable son 13, 14, 15, 16, 17 y 18. Considerando que es un número par se calcula la media entre 15 y 16:

$$\bar{x} = \frac{15 + 16}{2} = 15,5$$

El valor central de las edades de las encuestadas es 15,5.

Las demás variables utilizadas en las encuestas son de tipo cualitativo, por lo cual no es posible realizar el cálculo de la mediana.

10.13.3. La moda

1. Edad

✓ 16 años. Frecuencia: 12.

2. Estado civil.

✓ Soltera. Frecuencia: 29.

3. Nivel educativo

- ✓ Parte del bachillerato. Frecuencia: 20.
- 4.** Estrato.
 - ✓ Dos. Frecuencia: 18.
- 5.** ¿Edad que empezó su actividad sexual?
 - ✓ 10 - 16. Frecuencia: 30.
- 6.** ¿Ha recibido alguna orientación a cerca de la educación sexual por parte de sus padres?
 - ✓ Si. Frecuencia: 17.
- 7.** ¿A quién acude cuando tiene alguna duda a cerca de la sexualidad?
 - ✓ Amigos. Frecuencia: 16.
- 8.** ¿Se realiza constantemente charlas educativas por parte del personal de salud en su municipio, barrio o centro educativo?
 - ✓ Si. Frecuencia: 26.
- 9.** ¿Conoce los métodos de planificación?
 - ✓ Si. Frecuencia: 22.
- 10.** Sé informar a los jóvenes sobre la sexualidad y se hace mayor énfasis en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos.
 - ✓ Si. Frecuencia: 23.
- 11.** ¿Recibe apoyo emocional y económico por parte del padre de su hijo?
 - ✓ No. Frecuencia: 23.
- 12.** ¿Planeó con anticipación su embarazo?
 - ✓ No. Frecuencia: 30.
- 13.** Si el embarazo no fue planeado ¿pensó en abortar alguna vez?
 - ✓ No. Frecuencia: 25.

10.13.4. Dispersión

EDAD:

Rango: La gestante de menor edad tiene 13 años y la de mayor edad es de 18 años. Por lo tanto, el rango de edades es de 5.

Desviación media:

$$D_{\bar{x}} = \frac{|13 - 15,5| + |14 - 15,5| + |15 - 15,5| + |16 - 15,5| + |17 - 15,5| + |18 - 15,5|}{6}$$

$$D_{\bar{x}} = \frac{2,5 + 1,5 + 0,5 + 0,5 + 1,5 + 2,5}{6} = 1,5$$

Varianza:

$$\sigma^2 = \frac{(13 - 15,5)^2 + (14 - 15,5)^2 + (15 - 15,5)^2 + (16 - 15,5)^2 + (17 - 15,5)^2 + (18 - 15,5)^2}{6}$$

$$\sigma^2 = \frac{6,25 + 2,25 + 0,25 + 0,25 + 2,25 + 6,25}{6} = 2,9$$

Desviación típica:

$$\sigma = \sqrt{\sigma^2} = 1,7$$

Para las demás variables, ya que trabajamos con datos cualitativos, debemos evaluar:

10.13.5. La Razón de Variación

$$RV = 1 - \frac{n_{M_0}}{n}$$

1. Estado civil.

$$RV = 1 - \frac{29}{30} = 0,03$$

Dispersión casi nula.

2. Nivel educativo.

$$RV = 1 - \frac{20}{30} = 0,33$$

Dispersión baja.

3. Estrato.

$$RV = 1 - \frac{18}{30} = 0,4$$

Dispersión baja.

4. ¿Edad que empezó su actividad sexual?

$$RV = 1 - \frac{30}{30} = 0$$

Dispersión nula.

5. ¿Ha recibido alguna orientación a cerca de la educación sexual por parte de sus padres?

$$RV = 1 - \frac{17}{30} = 0,43$$

Dispersión baja.

6. ¿A quién acude cuando tiene alguna duda a cerca de la sexualidad?.

$$RV = 1 - \frac{16}{30} = 0,46$$

Dispersión baja.

7. Se realiza constantemente charlas educativas por parte del personal de salud en su municipio, barrio o centro educativo?

$$RV = 1 - \frac{26}{30} = 0,13$$

Dispersión casi nula.

8. ¿Conoce los métodos de planificación?

$$RV = 1 - \frac{22}{30} = 0,26$$

Dispersión casi nula.

9. Sé informar a los jóvenes sobre la sexualidad y se hace mayor énfasis en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos.

$$RV = 1 - \frac{23}{30} = 0,23$$

Dispersión casi nula.

10. ¿Recibe apoyo emocional y económico por parte del padre de su hijo?

$$RV = 1 - \frac{23}{30} = 0,23$$

Dispersión casi nula.

11. ¿Planeó con anticipación su embarazo?

$$RV = 1 - \frac{30}{30} = 0$$

Dispersión nula.

12. Si el embarazo no fue planeado ¿pensó en abortar alguna vez?

$$RV = 1 - \frac{25}{30} = 0,16$$

Dispersión casi nula.

10.13.6. El Índice de Variación Cualitativa

$$IVC = \frac{1 - \sum_{i=1}^k p_i^2}{(k-1)/k}$$

1. Estado civil

$$IVC = \frac{1 - (0,9^2 + 0,3^2)}{(2-1)/2} = 0,4$$

No es una distribución uniforme.

2. Nivel educativo

$$IVC = \frac{1 - (0,3^2 + 0,6^2)}{(2-1)/2} = 0,88$$

Tiende a ser una distribución uniforme.

3. Estrato

$$IVC = \frac{1 - (0,4^2 + 0,6^2)}{(2 - 1)/2} = 0,96$$

La distribución es casi uniforme.

4. ¿Edad que empezó su actividad sexual?

$$IVC = \frac{1 - (1^2 + 0 + 0)}{(3 - 1)/3} = 0$$

No es una distribución uniforme.

1. ¿Ha recibido alguna orientación a cerca de la educación sexual por parte de sus padres?

$$IVC = \frac{1 - (0,56^2 + 0,43^2)}{(2 - 1)/2} = 1$$

Presenta una distribución uniforme.

5. ¿A quién acude cuando tiene alguna duda a cerca de la sexualidad?

$$IVC = \frac{1 - (0,2^2 + 0,6^2 + 0,5^2 + 0,1^2 + 0,1^2 + 0)}{(6 - 1)/6} = 0,39$$

No es una distribución uniforme.

6. ¿Se realiza constantemente charlas educativas por parte del personal de salud en su municipio, barrio o centro educativo?

$$IVC = \frac{1 - (0,86^2 + 0,13^2)}{(2 - 1)/2} = 0,48$$

No es una distribución uniforme.

7. ¿Conoce los métodos de planificación?

$$IVC = \frac{1 - (0,73^2 + 0,26^2)}{(2 - 1)/2} = 0,79$$

Es una distribución casi uniforme.

8. Sé informar a los jóvenes sobre la sexualidad y se hace mayor énfasis en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos.

$$IVC = \frac{1 - (0,76^2 + 0,23^2)}{(2 - 1)/2} = 0,73$$

Es una distribución casi uniforme.

9. ¿Recibe apoyo emocional y económico por parte del padre de su hijo?

$$IVC = \frac{1 - (0,76^2 + 0,23^2)}{(2 - 1)/2} = 0,73$$

Es una distribución casi uniforme.

10. ¿Planeó con anticipación su embarazo?

$$IVC = \frac{1 - (0^2 + 1^2)}{(2 - 1)/2} = 0$$

No es una distribución uniforme.

11. Si el embarazo no fue planeado ¿pensó en abortar alguna vez?

$$IVC = \frac{1 - (0,16^2 + 0,83^2)}{(2 - 1)/2} = 0,57$$

Distribución medianamente uniforme.

11. ÍNDICE ANALÍTICO TENTATIVO DEL PROYECTO.

Da una visión general de las partes o los capítulos que va a contener el trabajo sí:

- Hipótesis
- Variables
- Definiciones
- Definiciones operacionales
- La falta de una educación sexual el uso inadecuado de los métodos anticonceptivos, son alguno de los factores que producen un embarazo precoz

11.1. EDUCACION SEXUAL

Son todas las acciones que inciden en el saber, sentir y hacer relacionado a la vida sexual,

Al tener una buena educación sexual las jóvenes sabrán a lo que se exponen.

11.2. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Es el que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación al mantener relaciones sexuales.

Al tener conocimiento de los métodos para no quedar embarazadas, las jóvenes tendrán una manera de cuidarse.

11.3. GUÍA DE TRABAJO DE CAMPO.

- Diseño de la entrevista y encuesta.
- Preparación de los materiales:
 - 10 copias de la encuesta.
 - 5 copias de la entrevista, 1 para la enfermera encargada en cada municipio.
- Recolección de datos.
- Elaboración del informe de trabajo de campo.
- Entrenamiento del personal (conocimientos del tema a indagar).

CONCLUSIONES

Se concluye que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública que tiene que ver con el crecimiento de un país, debido a la deserción escolar y a la reproducción de la pobreza.

Se determinaron las variables sociales y biológicas que afectan y ponen en riesgo a las adolescentes a llevar un embarazo a temprana edad.

Se brindó a las adolescentes encuestadas, la información y asesoría necesarias sobre métodos de planificación, la importancia de cuidar y respetar su cuerpo y enseñar los factores de riesgo a los que se exponen cuando son madres a temprana edad. Se conoció la opinión de las adolescentes frente al tema del embarazo a temprana edad y se clasificaron sus respuestas.

Se determinó que nuestro país y cada municipio tienen leyes y programas de promoción, prevención y educación sobre el embarazo en adolescentes y que se reconoce que este es un tema de salud pública que afecta a gran escala a la población en general.

ANEXOS

ANEXO 1**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD****TECNOLOGIA REGENCIA DE FARMACIA****ENCUESTA PARA GESTANTES**

Objetivo: verificar la opinión de las encuestadas respecto a su salud sexual y reproductiva

Instructivo: Marque con una “x” la respuesta que considere correcta

ENCUESTA PARA GESTANTES

Solo puedes elegir una opción. Responde con total sinceridad.

EDAD: _____

ESTRATO UNO DOS TRES OTRO

ESTADO CIVI

CASADA SOLTERA UNION LIBRE DIVORCIADA

NIVEL EDUCATIVO

PRIMARIA BACHILLER TECNICO OTRO

TECNOLOGIACO UNIVERSITARIO

Solo puedes elegir una opción. Responde con total sinceridad

¿En qué edad empezó su actividad sexual?

10- 16 17 - 20 otra edad

¿Ha recibido orientación acerca de la educación sexual por parte de sus padres?

Si no

¿A quien acude cuando tiene alguna duda acerca de la sexualidad?

Padres docentes amigos novio

Conocidos personal de salud

Se realiza constantemente charlas educativas por parte del personal de salud en su municipio, barrio o centro educativo?

Si no

¿Conoce los métodos de planificación?

Si no

Se Informar a los jóvenes sobre la sexualidad y se hace mayor énfasis en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos

Si no

¿Recibe apoyo emocional y económico por parte del padre de su hijo?

Si no

¿Planeo con anticipación su embarazo?

Si no

¿Si el embarazo no fue planeado pensó en abortar alguna vez?

Si no

ANEXO 2

2.1. PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LAS ADOLESCENTES



Figura 6.

- Muchos adolescentes no cuentan con el apoyo económico y emocional del padre de la criatura, o si lo tienen, es insuficiente, lo que les causa depresión, estrés, angustia y temor.
- Deben tomar decisiones solas para las que normalmente no están preparados y les generan estrés, angustia y sentimiento de culpabilidad.
- Tensiones e incertidumbre por la presión del compañero para que hagan cosas que ellas no desean.
- Riesgo de suicidio por no soportar la presión y la tensión

2.2. COMO PREVENIR EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

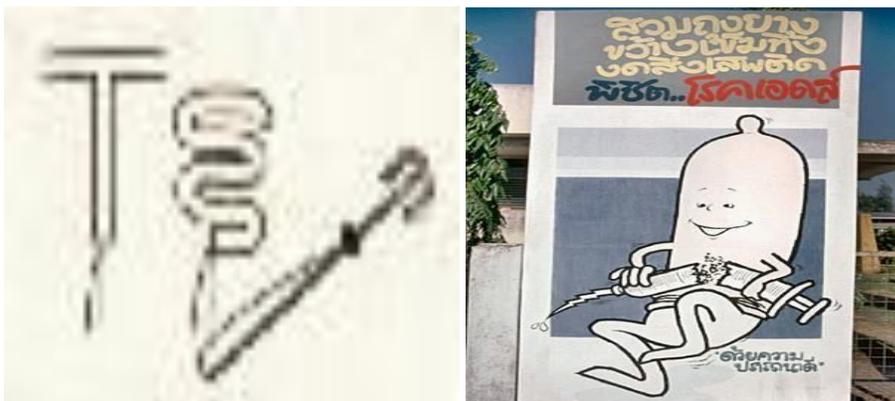
- Abstinencia: evitar tener relaciones sexuales.

- Tener información válida, certera y confiable: (sexualidad, enfermedades venéreas, métodos anticonceptivos, riesgos en un embarazo en la adolescencia).
- Contar con la orientación de un adulto de tu confianza.
- Tener información práctica: (donde obtener anticonceptivos, como utilizarlos)

Tener claro tu proyecto de vida y comprender el impacto que puede tener un embarazo en tu vida y la responsabilidad que conlleva

Figura 7.

•



2.3. CAUSAS DEL EMBARAZO NO DESEADO

- a). La urgencia de satisfacer las necesidades sexuales.
- b). La falta de reflexión sobre las implicaciones de la maternidad y la paternidad.
- c). La falta de información sobre los métodos anticonceptivos y su uso adecuado.

- d). La falta de información sobre la sexualidad y la responsabilidad sobre ella.
- e). Las violaciones.

2.4. ALGUNAS RAZONES DE LOS JÓVENES, QUE SÍ SE QUIEREN INVOLUCRAR SEXUALMENTE PORQUE:

- Todos mis amigos ya han tenido relaciones sexuales.
- Deseo sentir que alguien me quiere.
- Me siento muy solo o sola.
- Así le demuestro que lo (la) quiero.
- Tengo mucha necesidad sexual.
- Quiero experimentar placer y diversión.
- Ya soy hombre.
- Así no me dejara mi novio (a).
- Me gustaría saber que se siente.
- Quiero ser padre o madre.



Figura 8.

2.5. COMENTARIO

Estar informados sobre todos estos temas relacionados con educación al adolescente sobre la sexualidad a temprana edad, es de gran ayuda para nosotros los jóvenes, ya que nos sirve para nuestra vida futura. El estar enterados de cómo evitar un embarazo es importante para la planeación de nuestras metas a corto, mediano, y largo plazo. Pues de esta manera nosotros determinaremos el tiempo en que podremos formar una familia.

Sin embargo, también es riesgoso el considerar estos temas a la ligera, porque podría propiciar un despertar demasiado temprano a la vida sexual; lo que seguiría contribuyendo al deterioro moral de la sociedad.

ANEXOS 3

3.1. PLAN TERRITORIAL DE SALUD DEL DISTRITO CAPITAL POR ALCIRA HERNANDEZ

El Plan Territorial de Salud, hace parte del Plan de desarrollo por lo tanto está diseñado bajo los mismos principios, de responsabilidad compartida y de generación de procesos de desarrollo humano sostenible que permitan garantizarle a los ciudadanos unos entornos saludables para el mejoramiento de sus condiciones de vida y su desarrollo integral.

El Plan Nacional de Salud del distrito define promover condiciones y estilos de vida saludable, proteger y superar los riesgos para la salud de la población como un derecho esencial y colectivo, especialmente de las poblaciones más vulnerables, mediante la definición de las políticas sectoriales y multisectoriales en salud pública, individual y colectiva. En este sentido busca mejorar el estado de salud de la población colombiana, evita la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, enfrenta los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica y disminuye las inequidades en salud de la población colombiana.

La Secretaría Distrital de Salud asume la estrategia promocional de calidad de vida y salud como una forma de comprender las condiciones de vida de la población y organizar las respuestas acorde con las características de los territorios y la población.

3.1.1. Diagnóstico del plan de salud de Bogotá.

Bogotá positiva propone espacios de vida donde reúne la equidad con dignidad, expresada como igualdad de oportunidades reales y disfrute de los derechos, en una dinámica de realización personal y colectiva; orientada por una ciudad humana, donde las personas sean el

principio y el fin, desde la perspectiva de sus derechos, pero también exaltando al máximo sus virtudes y capacidades.

En este contexto para la ciudad se define la política de salud, bajo la concepción del desarrollo humano, donde las personas son el centro de la actuación pública potenciando sus capacidades y su libertad, a partir de la generación de oportunidades efectivas en un contexto de desarrollo ambiental sostenible. Esto implica entender la salud como un pilar del desarrollo social donde se hace necesario, imprescindible e impostergable el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de los habitantes permanentes y temporales de la ciudad, colocando la prioridad en la promoción de la salud y de la calidad de vida.

3.2. PLAN TERRITORIAL POR MARIELA PINZON - SITUACIÓN DE SALUD EN BOGOTÁ

La salud y la enfermedad resultan de procesos de interacción complejos como las condiciones históricas, económicas y las relaciones sociales en un ambiente específico. La salud significa que las personas se encuentren bien donde viven, accedan a los servicios que necesitan, se desempeñan en las actividades que prefieran y, en consecuencia, alcancen el desarrollo pleno de su autonomía y dignidad, es decir, satisfechos con la realización cotidiana de su proyecto vital y con expresiones diferenciales acordes a las condiciones de género, etnia, clase social, territorio, capacidades y habilidades.

La Ley 715 le da a la entidad territorial, en este caso a la Secretaría Distrital de Salud, las siguientes competencias relacionadas con:

- Dirección del sector salud
- La prestación de servicios de salud
- Salud Pública

- Aseguramiento de la Población al Sistema General de Seguridad Social en Salud

El Ministerio de la Protección Social - MPS de Colombia expidió el Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007), que incluye "las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud y define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS".

3.2.1. Son propósitos del Plan Nacional de Salud Pública:

Mejorar el estado de salud de la población colombiana, evitar la progresión y los Desenlaces adversos de la enfermedad.

Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.

Disminuir las inequidades en salud de la población colombiana.

3.2.2. Las prioridades nacionales en salud son:

La salud infantil.

La salud sexual y reproductiva.

La salud oral.

La salud mental y las lesiones violentas evitables.

Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.

Las enfermedades crónicas no transmisibles.

La nutrición, la seguridad sanitaria y del ambiente.

La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral y la gestión para el Desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Las prioridades nacionales en salud son:

La salud infantil.

La salud sexual y reproductiva.

La salud oral.

La salud mental y las lesiones violentas evitables.

Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.

Las enfermedades crónicas no transmisibles.

La nutrición, la seguridad sanitaria y del ambiente.

3.2.3. Perfil epidemiológico de la ciudad

Las enfermedades crónicas de las vías respiratorias y la Neumonía ocupaban respectivamente el cuarto y quinto lugar de mortalidad en la ciudad. Cabe resaltar que a partir del 2003, desaparecieron dentro de las diez primeras causas las muertes por accidentes de tránsito.

Siendo el análisis de la mortalidad uno de los insumos para entender, a partir de los efectos y daños a la salud, cómo los determinantes sociales se expresan en la situación de salud de la población, se justifica plenamente una mirada a los patrones de mortalidad en la Capital.

Además vale la pena discriminar que, en el año 2006, se notificaron 430 muertes por SIDA, de las cuales el 17,2% se presentó entre los 35 a 39 años; el 15,6% en el grupo de 40 a 44 años y el 13,5% en personas de 45 a 49 años.

De esta manera es evidente que un conjunto de fenómenos relacionados con los estilos de vida, las posibilidades de consumo, las condiciones del entorno y las formas de interacción entre los individuos, se expresan finalmente en un patrón de morbilidad, discapacidad y muerte, pero además, todos estos fenómenos se pueden intervenir mediante acciones de salud pública.

3.2.4. Situación salud por territorios:

Bogotá no ha sido ajena al cambio climático mundial el cual se ha venido presentando mediante el aumento progresivo de la temperatura media, (medio grado centígrado en la última década) la reducción en la humedad relativa y la variación en los patrones de las temporadas seca y de lluvia. Frente a las condiciones del entorno y sus efectos en salud, al año 2006 las enfermedades crónicas de las vías respiratorias y la Neumonía ocuparon respectivamente el cuarto y quinto lugar de mortalidad en la ciudad, en consecuencia, preocupa sobremanera la calidad del aire en Bogotá.

La concentración de fábricas altamente contaminantes en las Localidades de Puente Aranda, Fontibón y Kennedy, la ubicación del Terminal de Transporte terrestre y los altos niveles de contaminación principalmente en la Avenida Boyacá y la Autopista Sur, derivados del paso permanente del transporte pesado, obligan a reubicar equipamientos, implementar tecnologías limpias en los procesos productivos y/o redefinir el uso del suelo en Bogotá.

Se destaca la exposición de un importante número de bogotanos a olores nauseabundos y a la alta presencia de vectores en zonas aledañas a sitios donde son depositados los residuos sólidos, especialmente al Relleno Sanitario Doña Juana. De las 47.750 familias ubicadas en cercanía al relleno, el 35,3% se ubica en la Localidad de Usme y el 4,6% en la Localidad de Ciudad Bolívar. La exposición anterior se expresa en el aumento de índices de Enfermedad Respiratoria Aguda y enfermedades infecciosas de la piel.

3.3. EL PLAN DE SALUD TERRITORIAL

El Ministerio de la Protección Social de Colombia expidió el Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007), que incluye "las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud y define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS".

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el conjunto de instituciones normas y procedimientos que permiten que los habitantes del municipio gocen de una mejor calidad de vida.

El municipio cuenta con un programa de seguridad en salud el cual identifica y selecciona sus beneficiarios siguiendo cuatro (4) procesos básicos.

1. Identificación, selección priorización de la población.
2. Proceso de afiliación.
3. Proceso de contratación.

4. Flujo financiero.

- Mejorar la forma de contratación con las E.P.S.
- Realización de campañas de vacunación y desparasitación a la población de en todos los centros médicos y hospitales localidades más apartadas de la ciudad.
- Atención medica bimensual en los puestos de salud del municipio.
- Actualización del SISBEN Municipal.
- Gestionar la recuperación del nombramiento de las enfermeras en los puestos de salud.
- La E.P.S que operan en la ciudad y están autorizadas para administrar recursos del régimen subsidiado, el Plan de Salud Territorial, así como los ejes programáticos el aseguramiento, la prestación y desarrollo de servicios, la salud pública y el Plan de Intervenciones Colectivas, la promoción social, la prevención y vigilancia de riesgos profesionales y las emergencias y desastres

El Plan de Salud territorial en cada uno de sus programas: Salud Infantil, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Ambiental, Salud Mental, Seguridad Alimentaria, Estilos de Vida Saludables, Participación Social y Protección Social presentan actividades específicas a desarrollarse con toda la comunidad sin excluir a este grupo poblacional tan importante.

3.4. DIAGNOSTICO DE BOGOTA

3.4.1. Aspecto demográfico

Forma parte de la Sabana de Bogotá, centro geográfico del Departamento de Cundinamarca y de Colombia, en el altiplano cundiboyacense cordillera central.

Con un área de 853 kilómetros cuadrados.

3.4.2. Red pública de hospitales de Bogotá distrito capital

La Secretaría Distrital de Salud desde el año 1999 zonificó la ciudad de Bogotá D.C. en cuatro (4) subredes, con el fin de mejorar los tiempos de respuesta en los servicios de salud. Red Norte

Red Centro Oriente

Red Sur Occidente

Red Sur

Estas subredes se soportan en acuerdos de voluntades y en convenios interadministrativos entre los hospitales y se evalúan bajo unos criterios mínimos de funcionamiento en red.

Bajo esta organización estructural la SDS:

- Desarrolla e integra los niveles de atención y complejidad de servicios de salud.
- Presta asesoría y asistencia técnica.
- Desarrolla referencia y contra referencia.
- Implementa el trabajo funcional de redes especiales: prioritarias (Urgencias, Trasplantes de órganos y tejidos y Bancos de Sangre) y de eventos de interés en salud pública.

3.4.3. Perfil epidemiológico

La ciudad presenta una transición demográfica con tendencia al aumento progresivo de la población adulta mayor, lo cual obliga al fortalecimiento de servicios y programas preventivos para disminuir las complicaciones propias de esta etapa de. Ciclo vital. El perfil epidemiológico de la ciudad es un reflejo de la actual estructura demográfica.

3.4.4. Tasa de mortalidad

Enfermedades del Sistema Circulatorio

Neoplasias (Tumores)

Enfermedades Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal

Enfermedades infecciosas

3.4.4.1. Causas Externas

El análisis de tasas de mortalidad agrupada evidencia que prevalecen los eventos crónicos, con una disminución progresiva de las causas externas (trauma, accidentes y violencia)

La mortalidad infantil ha tenido una disminución como resultado de la calidad en el control prenatal, las coberturas útiles de vacunación, la atención a enfermedades agudas como enfermedad respiratoria y enfermedad diarreica aguda.

La reducción de muertes se relaciona con la implementación de diferentes estrategias (Salas ERA, introducción de nuevas vacunas, vigilancia epidemiológica, mejoramiento de las condiciones de calidad del aire en Bogotá).

3.4.5. Actividades de promoción y prevención

- Enfoque promocional en la calidad de vida y salud.
- Mejoramiento de las condiciones contractuales de las E.P.S-s mejorar la oportunidad del servicio.
- Integración del servicio.
- Mejoramiento en la calidad del servicio.
- Eficiencia de los recursos.
- Transparencia.
- Accesibilidad □ Pertinencia.
- Continuidad.
- Fomentar coordinación
- Campañas de prevención de riesgos biológicos, ambientales y sanitarios.
- Actividades de promoción de salud y calidad de vida.
- Vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
- Gestión integral y funcional del plan de salud territorial.
- Campañas de vacunación.

ANEXO 4

**PLAN DE SALUD TERRITORIAL SAN DIEGO CALDAS
POR FRANCENED IDARRAGA**

Perfil epidemiológico descripción e identificación de los problemas y necesidades identificados en la población de san Diego Caldas.

4.1. PROBLEMAS EN SALUD. Tabla 36.

PROBLEMA DE SALUD	CAUSAS
HIPERTENSION ARTERIAL	sedentarismo - malos hábitos alimenticios - tabaquismo - alcoholismo - no adherencia al tratamiento medico
E.D.A	malos hábitos de higiene agua sin tratamiento adecuado
LEISMAHNIASIS	-humedad -basuras acumuladas -no usan la protección indicada
RESPIRATORIOS	- cambios de temperatura - contaminación ambiental - no atención oportuna de enfermedades respiratorias leves - tabaquismo - exposición al humo y sustancias toxicas producto de la cocción con leña
DIABETES	malos hábitos alimenticios - deficiente actividad física - alcoholismo - factores genéticos y hereditarios
PROBLEMAS CORONARIOS	- malos hábitos de alimentación - sedentarismo - tabaquismo - factores genéticos y hereditarios - antecedentes de HTA - antecedentes de hiperlipidemias

4.2. PROBLEMAS SOCIALES. Tabla 37.

Consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillo. Asentamiento. Violencia intrafamiliar.

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y CIGARRILLO
La población adulta joven y adulta mayor del corregimiento de Sandiego presenta altos índices en el consumo de alcohol y cigarrillo. Las bebidas alcohólicas son de alto consumo por todos los grupos poblacionales. El cigarrillo es más usado por la población adulta mayor tanto en el área urbana como rural.
Asentamiento humano y conflicto social
En la actualidad no se presenta conflicto armado en la zona urbana ni rural del corregimiento, las muertes violentas han sido producto de delincuencia común o conflictos personales que no incluyen a grupos armados ni a la comunidad.
violencia intrafamiliar y maltrato infantil
El conflicto al interior de las familias en la mayoría de casos es generado por el consumo de bebidas alcohólicas, la desintegración del núcleo familiar y las dificultades económicas, su cuantificación y seguimiento es difícil debido a la falta de denuncia ante las autoridades o los organismos de salud por ser un hecho aún catalogado como “normal” dentro de la cultura de los habitantes del municipio.

4.2. PROBLEMAS AMBIENTALES. Tabla 38

Contaminación ambiental: Uno de los principales problemas de tipo ambiental es la falta de un sistema de disposición final de basuras especialmente en el área rural, la inexistencia de este sistema genera no solo la proliferación de roedores e insectos, la quema de los mismos o su disposición a cielo abierto hace que se propaguen y acumulen sustancias tóxicas.

Uso de suelos y utilización de plaguicidas: Sin información.
Factores de riesgo de la vivienda: En el área urbana la mayoría de las viviendas cuentan con una adecuada estructura, son construidas con materiales resistentes, algunas son muy antiguas y pueden generar riesgo para sus habitantes. En el área rural las viviendas son hechas con diversos materiales como bahareque o madera, aunque en la actualidad la administración ha realizado inversiones y programas que contribuyen al mejoramiento de las mismas.
Amenazas físicas y naturales: Las vías representa una amenaza física y natural ya que hay presencia de deslizamientos, la vía no está pavimentada.
Agua para consumo humano: Según el resultado del último estudio realizado en el corregimiento (2007) el agua representa un riesgo alto para el consumo humano.
Vigilancia y control de alimentos: La vigilancia y control de los alimentos es ejercida por el técnico de saneamiento. En los hogares comunitarios y las escuelas esta función la realiza el técnico junto con otras instituciones, realizando capacitación y evaluación del personal.
zoonosis: existe un número considerable de perros, gatos
Manejo de residuos sólidos y líquidos: No existe un sistema adecuado de disposición final de residuos, la forma más frecuente de su eliminación es la quema a campo abierto.
enfermedades transmitidas por vectores: es zona endémica para la enfermedad de Chagas

<i>problema</i>	<i>alternativa de solución</i>	<i>sector responsable</i>
Hta	Canalizar a la población hacia los servicios de control médico- detección temprana. - educación estilos de vida saludable	Sector salud. sector educativo cmsss alcaldía municipal

Hiperlipidemia	Jornadas educativas que promuevan estilos de vida saludable. - crear o dar continuidad a los clubes de diabéticos.	Sector salud. sector educativo cmsss alcaldía municipal
	- canalizar a la población hacia los servicios de control médico- detección temprana de alteraciones en el adulto - realizar tamizajes de identificación temprana de las personas en riesgo.	
Ira	- canalizar a la población hacia los servicios de control médico- detección temprana. - educación estilos de vida saludable.	Sector salud. sector educativo cmsss alcaldía municipal
Diabetes	- jornadas educativas que promuevan estilos de vida saludable. - canalizar a la población hacia los servicios de control médico- detección temprana de alteraciones en el adulto - realizar tamizajes de identificación temprana de las personas en riesgo.	Sector salud. sector educativo cmsss alcaldía municipal
EDA	promover hábitos de higiene promover las buenas prácticas en la preparación de alimentos creación de uroc	Sector salud. sector educativo cmsss alcaldía municipal
Enfer. coronarias	. Jornadas educativas que promuevan estilos de vida saludable. - crear o dar continuidad a los clubes de diabéticos. - canalizar a la población hacia los servicios de control médico- detección temprana de alteraciones en el adulto - realizar tamizajes de identificación temprana de las personas en riesgo.	Sector salud. sector educativo cmsss alcaldía municipal
Contaminación ambiental: Campaña. Para la selección y reciclaje de desechos y desperdicios Asignar un día de la semana a la volqueta para la recolección de basuras en el área rural.		
Uso de suelos y utilización de plaguicidas: Capacitación al sector rural y agrícola en el uso seguro de plaguicidas.		
Factores de riesgo de la vivienda: implementación del plan de vida de la gobernación, que consiste en la construcción de vivienda en lote urbano disperso		

Amenazas físicas y naturales:

Se incluyó en el plan de gestión del cuatrienio de la gobernación, la pavimentación de una parte de la vía. adecuación de cunetas tapada de huecos

Agua para consumo humano: levantamiento y adecuación de planta de tratamiento en cofinanciación con el ministerio

Vigilancia y control de alimentos:

Capacitación al personal que maneja alimentos en las buenas prácticas de asepsia durante el proceso de preparación.

Zoonosis:

realización de jornadas de vacunación en coordinación con la UMATA

Manejo de residuos sólidos y líquidos:

No existe un sistema adecuado de disposición final de residuos, la forma más frecuente de su eliminación es la quema a campo abierto.

Enfermedades transmitidas por vectores:

Jornadas de educación a la comunidad en general sobre el modo de prevención y trasmisión. realización de jornadas de fumigación en compañía de la secretaria de salud

ANEXO 5.

PLAN TERRITORIAL DE SALUD EN SOACHA CUNDINAMARCA POR GLORIA ALCIRA SANCHEZ TOLOZA

El Plan Territorial de Salud, tiene como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de la población de los Departamentos, Distritos y Municipios, para lograr en el mediano y largo plazo evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de la enfermedad, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuirlas inequidades territoriales en salud.

5.1. UBICACIÓN GEOGRAFICA

El municipio hace parte de la Cuenca Alta del Río Bogotá, que ocupa una extensión total de 4.305 kilómetros cuadrados, esta superficie corresponde a la quinta parte de la extensión del departamento de Cundinamarca que tiene 23.960 kilómetros cuadrados. Limitado por el norte con los municipios de Bojacá y Mosquera, al sur Sibaté y Pasca, al oriente con Bogotá y al occidente con Granada y San Antonio del Tequendama. El municipio de Soacha se encuentra dividido políticamente en 6 comunas y dos corregimientos: Área rural (veredas) y Área urbana.

El municipio de Soacha es uno de los sitios a nivel del departamento de Cundinamarca que por sus actividades industriales variadas localizadas en dos corredores industriales, el primero de ellos ubicado en la zona de Casuca y el otro en la zona de Santa Ana, y otros puntos

critico ubicados en la Vereda Panamá están generando desmejoramiento de la calidad del ambiente y generando problemas de salud generados por el deterioro ambiental.

5.2. PRINCIPALES PROBLEMAS DE LA COMUNIDAD Y PROPUESTAS DE SOLUCIÓN:

Tabla 39.

PROBLEMA	SOLUCION
Déficit en la atención de los centros de salud y hospitales. Los funcionarios no saben de leyes ni de normas	Fortalecer la ESE municipal por ser del municipio, mejorar los centros de salud y construir nuevas instalaciones en la comuna uno, brindando calidad humana.
No hay contratación de las EPS subsidiadas con hospitales	Ampliación de cobertura de contratación.
Deficiencia en los controles de la proliferación de caninos	Construir el centro de zoonosis.
Incrementos en el consumo de drogas en todas las edades, descomposición social, problemas socioeconómicos y desplazamiento.	Realizar talleres de sensibilización de deberes y derechos, fomentar estilos de vida saludable, participación del ciudadano y construcción de la casa de la cultura por comunas.

Tabla 40.

PROBLEMA	SOLUCION
Ubicación del matadero en zona residencial, mal manejo de residuos sólidos, deficiencia en la administración de la plaza de mercado.	Reubicar el matadero de acuerdo a la normatividad, reorganizar y realizar el control sanitario permanente en la plaza de mercado.
No existe un centro especializado en rehabilitación de consumo de sustancias psicoactivas	Establecer políticas y realizar programas de promoción y prevención de uso de sustancias psicoactivas.
Alta contaminación del río Soacha, proliferación de roedores y zancudos.	Dragado y mantenimiento del río, control sanitarios permanente, implementación PEGIRS y cultura ciudadana.

Déficit de la oferta de salud en la veredita.	Reabrir y poner en funcionamiento el centro de salud adscrito a la ESE municipal.
Inexistencia de alcantarillado	Realzar un plan maestro de alcantarillado.
Invasión de antenas de telefonía móvil. Contaminación auditiva y ambiental.	Dar cumplimiento a la normatividad de instalación de antenas, mayor control por partes de la autoridad competente.
Proliferación de perros callejeros	Construir el COSO municipal, crear cultura.
Embarazos no deseados	Programas de salud sexual y reproductiva involucrando a la juventud, comunidad educativa y a la familia.

Su principal objetivo consiste en mejorar la cobertura en el sistema de urgencias y SISBEN, con la redefinición de modelos asistenciales y la construcción de redes de servicios, coherentes en el nuevo sistema de seguridad social en salud; para ello es necesario ampliar la estructura de rangos del sistema de selección de beneficiarios, mejorar la calidad. A su vez, se propone la consecución de recursos con el Departamento y la Nación por inversión a través de estrategias de cofinanciación.

De igual forma es necesario el diseño de políticas públicas para la atención, Promoción, Prevención y Fomento de la salud. Descentralizar los servicios de atención a usuarios y mejorar la coordinación y planeación interinstitucional para optimizarlo.

Su finalidad es obtener un Sistema de Selección de Beneficiarios óptimos para el municipio, mayor cobertura del Sistema de Salud y disminución de los índices de morbilidad y mortalidad del municipio.

Hay una gran preocupación de la comunidad por los altos niveles de contaminación ambiental por la industria la explotación de los recursos naturales de manera indiscriminada e incontrolada, aunada al mal manejo de los residuos a todo nivel tanto industrial como familiar, la falta de conciencia ciudadana y el descuido de la administración y las empresas de servicios públicos, los cuales no se han preocupado por establecer políticas de descontaminación y mantenimiento de los ríos y canales de aguas lluvias y servidas que se encuentran a cielo abierto, afectando la calidad de vida de los habitantes. La escasa presencia de las autoridades municipales ha favorecido la presencia cada vez más alta de vendedores ambulantes y tabernas en este sector.

Existen dentro del Plan Territorial de Salud seis Ejes programáticos:

- 1) Aseguramiento
- 2) Prestación y desarrollo de servicios de salud
- 3) Salud Pública
- 4) Promoción social
- 5) Prevención, vigilancia y control de aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios en salud, salud pública, promoción social, prevención vigilancia y control de riesgos profesionales, emergencias y desastres.

5.3. PERFIL EPIDEMIOLOGICO

En la actualidad el Municipio de Soacha no cuenta con un detallado diagnóstico de salud, que permita determinar acciones conjuntas de intervención a la comunidad, debido a que carece

de un sistema integral de información y además no ha habido un direccionamiento lógico de lo que debiera ser la salud.

Un Modelo de Atención Integral. Se evidencia una serie de actividades que se le brindan a la comunidad en particular al cumplimiento de la circular 018 de 2004 -Plan de Atención Básica- y, las acciones tanto del Plan Obligatorio de Salud- POS- Subsidiado y Contributivo, a través de los prestadores de servicios; pero sin mejorar las condiciones de salud de la población.

Es por esto, que para enfrentar el problema no basta sólo con lo que podamos hacer desde el punto de vista de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sino que tiene que ir inmerso en una Política de Seguridad en la cual confluyan los esfuerzos del sector público, de las instituciones de salud demás organizaciones gubernamentales o no gubernamentales y que se articule con las Políticas de Salud Mental y Salud sexual y reproductiva que es el aporte en salud para esta Política de Seguridad, y tendiente a dar respuesta oportuna no sólo a la creación de espacios de convivencia ciudadana prevención de la violencia sino también a la oportuna atención de los eventos.

No menos grave, pero si directamente relacionado con la violencia externa e intrafamiliar, se encuentra el fenómeno del desplazamiento que significa todo un reto para todos los Municipios. Decimos que directamente relacionado porque este fenómeno ataca de raíz la estructura de las familias, las cuales entran a ser parte, en nuestro Municipio, de las zonas alto riesgo geográfico ó invasiones y que por obvias razones no cuentan con los servicios sanitarios básicos; aumentando de esta forma la población objeto de reubicación, engrosando las filas de las familias en pobreza extrema por NBI.

ANEXO 6.

PLAN TERRITORIAL EN SALUD PARA EL MUNICIPIO DE SIBATE

POR SANDRA MILENA CAJAMARCA

Algunas de las estrategias más importantes que se desarrollaran en el marco de actuación del área programática „Desarrollo social“, se describen a continuación:

Promoción, prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva.

Ampliación de la cobertura del aseguramiento de la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud.

Desarrollo de programas de salud mental y ocupacional para la población en general.

Promoción y prevención integral a la población discapacitada.

Atención e integración social y familiar de discapacitados a través del centro de discapacidad.

Atención integral a la población adulta mayor, incluidas actividades ocupacionales y productivas.

Promoción de la cultura de equidad del género.

Atención prioritaria a mujeres cabeza de hogar.

Apoyo a organizaciones de mujeres.

6.1. PLAN MUNICIPAL DE SALUD PÚBLICA „SIBATE SALUDABLE“

Este programa tiene como propósito fundamental, el mejoramiento del estado de salud de la población, evitar la progresión y ocurrencia de desenlaces adversos de las enfermedades en el

mediano y largo plazo, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, como también disminuir las inequidades territoriales en salud.

Por lo anterior el plan „Sibate Saludable“ contempla todas las intervenciones en salud dirigidas a la población en general con el objetivo de identificar y modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementa la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.

6.2. METAS DE IMPACTO

Reducir cada año la morbilidad por IRA y EDA en 2%.

Reducir los índices de desnutrición global del 8% al 5% en niñas y niños de 0 a 5 años.

Brindar seguridad alimentaria y nutricional a la población vulnerable del Plan Gerontológico Municipal.

Disminuir los factores de riesgo asociados a la vulnerabilidad biopsicosocial de los adultos mayores.

6.3. PROYECTO ESTRATEGICO INNOVADOR

Apoyo y viabilidad para los proyectos productivos formulados por grupos de mujeres dentro del programa „Hechos por Mujeres“

Subprograma 1: Salud sin barreras

„SALUD SIN BARRERAS“, pretende alcanzar cobertura universal en régimen subsidiado, mejorando el acceso a los servicios de salud preventivos, para evitar el surgimiento de

enfermedades, así como la atención en servicios de salud curativos, garantizando el acceso real con oportunidad y calidad en la atención.

6.4. METAS DEL PRODUCTO

Alcanzar cobertura universal al 100% en régimen subsidiado en salud.

Mantener el aseguramiento universal de la población, objeto del régimen subsidiado, garantizando la prestación de los servicios de salud.

Subprograma 2: Salud publica cerca de usted

El plan de salud Publica busca direccionar el sistema salud a nivel municipal, a través de la formulación y ejecución de políticas públicas en coordinación con los diferentes actores del sistema, fomentando los mecanismos de participación social y comunitaria para garantizar el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los habitantes en materia de salud pública y de seguridad social en salud.

Es por esto que el propósito de „SALUD PUBLICA CERCA DE USTED““, es mejorar las condiciones de salud de la población, a través de las competencias en salud pública, implementando actividades de prevención de la enfermedad de carácter colectivo, para toda la población y asistencia social individual a poblaciones especiales que lo requieran, para mejorar sus condiciones de vida. Mediante la atención de las demandas identificadas por riesgo o eventos de enfermedades transmisibles en todo el municipio, implementando campañas de prevención, vacunación, seguimiento y análisis de casos.

Así mismo pretende realizar promoción de estilos de vida saludable y de factores protectores, a la población en general, y busca que conozca y aplique comportamientos que le permitan minimizar, las posibilidades de enfermar o morir, enfatiza en grupos poblacionales más vulnerables ya sea por grupos etareos y en las instituciones Educativas Publicas Municipales.

6.5. METAS DEL PRODUCTO

Ampliar la cobertura del 95% en esquema completo de vacunación para menores de 2 años Ampliar la cobertura del 95% en esquema completo de vacunación a gestantes.

Implementar una estrategia de escuela Saludable en Instituciones Educativas Publicas del Municipio.

Extender la cobertura de atención de parto institucional al 95%.

Implementar una estrategia de atención primaria en salud mental para el 50% de la población sibateña.

Salud sexual y reproductiva con coberturas del 100% por grupo etareo.

Implementar un eje programático de promoción, prevención, vigilancia y control de riesgos laborales.

Reducir los índices de desnutrición global del 8% al 5% en niñas y niños de 0 a5 años.

Control y vigilancia epidemiológica al 100% de los factores asociados con medio ambiente a través del Observatorio de Ambiente y Nutrición.

En la actualidad no se cuenta con perfil epidemiológico municipal actualizado a 2007, solo con información parcial del año 2006, teniendo en cuenta estos datos se presenta el diagnóstico sectorial.

Uno de los principales factores que afecta la salud, bienestar y desarrollo de los sibatenses, permitiendo la presencia de enfermedades respiratorias y de piel es el medio ambiente y específicamente la contaminación del embalse del muña.

De otra parte se evidencia en la población adulta mayor del municipio un aumento progresivo de las enfermedades de tipo crónico, lo anterior resalta la importancia de continuar con el diseño de estrategias que involucren todos los sectores para mejorar las condiciones de vida de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AMES, Patricia (2006) Las brechas Invencibles. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 304pp
- CARVAJAL B., Rocío. (2006) Fundación FES y Colciencias. Embarazo y salud en adolescentes afro-descendientes [en línea]. Colombia, Buenaventura,. Recuperado de: <http://especiales.universia.net.co/investigacion/destacado/embarazo-en-adolescentes-afro-descendientes/-proposito-y-obje.html>. Consultado en Junio 23 de 2014.
- Ministerio de Salud, Modulo Curso de Profundización en Fundamentos de Salud Pública Manual de Orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, 7(2), 24-31.
- MOLINA, Gabriel y Rodrigo, María F. (2009-2010). Estadística descriptiva en Psicología. Universidad de Valencia. Open Course Ware. Recuperado de: Internet: www.psicologiauned.com, consultado Junio 19 de 2014
- MURILLO, Félix. Perú: Mortalidad Infantil, Pobreza y Condiciones de Vida. Recuperado de: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/est./lib007/indice.htm>. Consultado Junio 20 de 2014.
- ORTEGÓN Pava, Milton (2010). Estadística descriptiva. Universidad Nacional Abierta y a Distancia. Ibagué.
- ORTIZ G., Nubia M.Sc. (2012) Elaboración de los proyectos de investigación. Recuperado de: Internet: <http://www.monografias.com/trabajos/elabproyec/elabproyec.shtml> , consultado en Marzo de 2014.
- ROSARIO F. Factores precipitantes del embarazo en adolescentes. Recuperado de: www.wikilearning.com/articulo/la_funcion_del_psicologoembarazo_en_adolescentes/242_05-6, consultado Junio 18 de 2014
- UNFPA COLOMBIA. Situación de la población [en línea]. Recuperado de: <http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=tt--1--&x=58714> .Consultado Junio 23 de 2014
- VERHAGEN, Koenraad 1990 La promoción del auto ayuda. Holanda: CEBEMO, 231pp

