

**DIAGNOSTICO SITUACIONAL SOBRE LA FECUNDIDAD COMO  
PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.**

**FIDIAN JESUS SOSSA ZAMBRANO**

**COD. 5009905**

**CLAUDIA MARCEL A GOMEZ ANGEL**

**COD. 39744464**

**ALEXANDER MENDOZA GRANADOS**

**COD. 88198537**

**JHON HOOVER MARQUEZ CASTELLANO**

**COD. 71.192.536**

**MARIA ESPERANZA ERAZO NARVAEZ**

**COD. 36758749**

**GRUPO: 252828\_19**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA  
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGIA E INGENIERIA  
REGENCIA EN FARMACIA  
COLOMBIA  
2009**

**DIAGNOSTICO SITUACIONAL SOBRE LA FECUNDIDAD COMO  
PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.**

**FIDIAN JESUS SOSSA ZAMBRANO  
COD. 5009905**

**CLAUDIA MARCEL A GOMEZ ANGEL  
COD. 39744464**

**ALEXANDER MENDOZA GRANADOS  
COD. 88198537**

**JHON HOOVER MARQUEZ CASTELLANO  
COD. 71.192.536**

**MARIA ESPERANZA ERAZO NARVAEZ  
Cod. 36758749  
GRUPO: 252828\_19**

**TUTORA  
MARIA CONSUELO BERNAL**

**Proyecto Investigativo presentado para optar por el título de Regente en  
Farmacia**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA  
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGIA E INGENIERIA  
REGENCIA EN FARMACIA  
COLOMBIA  
2009**

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	7
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	6
1.1 TITULO DEL PROBLEMA	6
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3 OBJETIVOS	8
1.3.1 Objetivo General	8
1.3.2 Objetivos Específicos	8
1.4 JUSTIFICACION	8
1.5. DELIMITACION	10
1.5.1 Delimitación Espacio – Temporal	10
2 MARCO REFERENCIAL	11
2.1 FUNDAMENTOS TEORICO	12
2.1.1 Métodos Folclórico	13
2.1.2 Métodos Naturales	13
2.1.2.1 ritmo o calendario	13
2.1.2.2 temperatura basal	13
2.1.2.3 moco cervical o método de Billings	13
2.1.2.4 coito interrumpido	14
2.1.2.5 lactancia materna	14
2.1.3 Método de Barrera	14
2.1.3.1 espermicidas	14
2.1.4 Métodos Hormonales	14
2.1.4.1 implante subdermicos	15
2.1.4.2 píldoras anticonceptivas	15
2.1.4.3 inyectable	15
2.1.4.4 dispositivos intrauterino	16
2.1.5 Método Definitivo	16
2.1.5.1 esterilización quirúrgica femenina	16
2.1.5.2 esterilización quirúrgica masculina	17
2.1.6 Método Anticonceptivo de Emergencia	17
2.1.6.1 cuando puedo o debo usarlos	17
2.1.6.2 cuales son los anticonceptivos de emergencia	17
2.2 ANTECEDENTES DEL TEMA	34
2.3 HISTORIA DEL PROBLEMA	35
2.4 ESCENARIO SOCIOCULTURAL DEL PROBLEMA ESCOGIDO	36
2.5 ESCENARIO AMBIENTAL DEL PROBLEMA ESCOGIDO	36
2.6 SOLUCIONES ALCANZADAS EN EL ENTE TERRITORIAL O POR EL ESTADO	37
3. ASPECTOS METODOLOGICOS	37
3.1 TIPO DE ESTUDIO	37
3.2 METODO DE INVESTIGACIÓN	37
3.3 POBLACIÓN	38

3.4 MUESTRA	38
3.5 TECNICAS DE ANALISIS	38
3.5.1 Técnicas estadísticas	38
3.5.2 Presentación de la información	38
3.5.3 Tabulación, ordenamiento y procesamiento de la información	38
3.6 FUENTES DE DATOS	45
3.6.1 Fuentes Primarias	45
3.6.2 Fuentes Secundarias	46
3.7 SISTEMAS DE HIPÓTESIS	46
3.7.1 Hipótesis de Primer grado	46
3.7.2 Hipótesis de Segundo grado	46
3.7.3 Hipótesis de tercer grado	47
3.7.4 Hipótesis Nula	47
3.8 IDENTIFICACION DE LAS VARIABLE	47
3.8.1 Variable independiente	47
3.8.2 Variable dependiente	47
3.8.3 Variable interviniente	47
4 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	48
4.1 Recursos Humanos	48
5 CONCLUSIONES	49
6. RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

## LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Rango de edad y sexo	40
Gráfica 2. Acceso a los servicios de planificación familiar.	40
Gráfica 3. método de planificación que mas usa	41
Gráfica 4. edad en que inicio a usar método de planificación familiar	41
Gráfica 5. Ventajas y desventajas de los métodos de planificación familiar	42
Gráfica 6. por quien es suministrado su método de planificación familiar	42
Gráfica 7. planifica usted en un centro u hospital	43
Gráfica 8. Cuantos hijos tiene.	43
Gráfica 9. tiene usted pareja estable.	44
Gráfica 10. edad en que inicio su vida sexual.	44
Gráfica 11. edad en que tuvo su primer hijo.	45

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. Presupuesto	55
ANEXO B. Formato de Encuesta	56
ANEXO C. Resultado de Encuesta Municipio Curumani	59
ANEXO D. Resultado Encuesta Municipio de Cúcuta	62
ANEXO F. Cronograma de Actividades	65

## INTRODUCCION

A lo largo de la historia, diversos personajes han previsto desgracia debidas al "impacto terrorífico" de un supuesto exceso de población sobre la tierra. El primero en enunciar estas teorías fue Thomas Robert Malthus, economista inglés que en 1798 escribió el "Un ensayo sobre el principio de la población", obra en la que abordaba el incipiente desequilibrio entre "incremento natural de la población y de los alimentos".

Pese que historia ha desmentido esta teoría, de todos modos, el pensamiento de Malthus sigue ejerciendo gran influencia en muchos ámbitos. En 1968, el entomólogo (ni siquiera demógrafo) Paul Ehrlich, publicó su libro "La bomba de la población", donde profetizaba que "la batalla para alimentar a toda la humanidad se acabó.

.La carencia a que se referían estos autores no sólo afectaba a los alimentos, sino también a otro tipo de productos vitales para la sociedad: los minerales, combustibles fósiles, lugares para depositar los desechos, etc.

Es una realidad que entre 1825 y 1925 (revolución industrial en Occidente), la población mundial se duplicó, pasando de 1.000 a 2.000 millones de habitantes. Durante los años siguientes, hasta la década de los '80, la población aumentó más del doble, con una tasa de crecimiento insólitamente alta. En estas estadísticas se basan los demógrafos para afirmar que, de no implementar políticas serias de contención de la natalidad, estamos destinados a una tragedia universal.

Los programas de planificación familiar han desarrollado innovadores enfoques para la provisión de servicios, a fin de que las mujeres y los hombres que estén interesados en usar algún método de anticoncepción puedan encontrar fácilmente una fuente de información, asistencia sobre qué método adoptar, apoyo permanente para el uso de anticonceptivos y una fuente de reabastecimiento.

La planificación familiar es un derecho que tiene todo hombre y toda mujer a decidir voluntariamente en qué momento y cuantos hijos desean y puedan tener. Toda pareja debe definir cuándo, cómo y con qué planificar el nacimiento de sus hijos puesto que son ellos responsables de velar por su bienestar.

Estos planes no solo ayudan a prevenir embarazos no deseados, sino también a proteger la salud de las mujeres, espaciar el nacimiento de sus hijos, evitar abortos clandestinos así como infecciones de transmisión sexual como el VIH.

La planificación familiar contribuye a mejorar la calidad de vida de los seres humanos, evitando embarazos no deseados, permitiendo a las parejas programar su descendencia. Los jóvenes pueden dedicar su tiempo y su esfuerzo a su capacitación y aprendizaje. Los padres con menor número de hijos tienen una mejor 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 humanidad, ya que ante recursos naturales escasos como el agua y los suelos fértiles, el crecimiento demográfico no controlado disminuye la oportunidad de vida en el planeta.



# 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1 TITULO

DIAGNOSTICO SITUACIONAL SOBRE LA FECUNDIDAD COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Universidad Nacional Abierta y a Distancia es una organización pública, educativa, del Orden Nacional que mediante la concepción y práctica de la Educación a Distancia contribuye a promover el desarrollo local y regional con procesos y servicios académico - pedagógicos que incorporen y respeten las identidades culturales y sociales e impulsen la gestión y generación participativa del conocimiento.

Para lograr este objetivo la UNAD exige a sus Estudiantes como requisito de grado el desarrollo de proyectos de calidad que vayan acordes con las necesidades de la región.

La fecundidad en la adolescencia es un fenómeno de grandes implicaciones al nivel personal y social, más aún cuando ocurre a edades tempranas en la adolescencia. Desde el punto de vista individual, las consecuencias del embarazo durante la adolescencia son amplias, siendo en su mayoría de carácter negativo, tanto para el niño como para la madre, y mucho más cuando este ocurre en las edades tempranas de la adolescencia y fuera del matrimonio. Los riesgos de salud, la deserción escolar, la pérdida de oportunidades de ingresos futuros, el rechazo familiar y social, las dificultades emocionales, físicas y aún financieras, son algunas de las consecuencias para la madre. En general, la fecundidad alta en la adolescencia, y con mayor fuerza en la adolescencia temprana, está asociada al truncamiento de la trayectoria educativa y a limitaciones en el ámbito laboral de la adolescente en su vida futura.

Los elementos que determinan la fecundidad de una población son de diversos órdenes; demográficas, fisiológicos, sociales, económicos, culturales, políticos

y geográficas. Los primeros factores como la edad y estado civil son fundamentales para explicar el proceso reproductivo de una población.

Sin embargo, otros factores tales como el modelo de atención, el conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos, el nivel educativo o de instrucción, las tradiciones culturales y religiosas también determinan el comportamiento de la fecundidad.

El problema de la fecundidad en nuestra región, se ha convertido en unos de los problemas de salud pública que preocupa tanto a los entes Nacionales, Departamentales y locales, ya que tanto adolescentes como mujeres jóvenes están sobrepasando la tasa de Natalidad a un promedio mayor de 4 hijos, en un rango de edad de 15 a 20 años.

La idiosincrasia cultural de las mujeres en edad reproductiva, específicamente en el rango de edad de 14 a 25 años, es muy folclórica, y la accesibilidad, conocimiento y manejo de los métodos anticonceptivos es muy deficiente, a pesar que, teniendo en cuenta los lineamientos del ministerio de la Protección social, en la Resolución 0412/2000, los métodos de anticonceptivos están incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) tanto para el régimen Contributivo, subsidiado, población pobre vulnerable, desplazados y otros, que se encuentran amparados por la Ley 100/1993.

El incremento de la Fecundidad, en ciertos casos se debe a desconocimiento de los planes del gobierno, bien sea por fallas en la comunicación, red eléctrica, conectividad, falta de educación y poca promoción de de salud hacia la comunidad.

### **1.2.1 Formulación del Problema**

¿Será que el diagnostico situacional sobre la fecundidad como problema de salud pública, ayudará a identificar a fondo la causa específica del incremento de la natalidad en la región, a pesar de que los métodos de Planificación familiar son totalmente gratis?

## 1.3 OBJETIVOS

### 1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un diagnóstico situacional sobre la fecundidad y su estrecha relación, con los diferentes métodos de planificación, como problema de salud pública, por medio de un proceso de investigación para identificar casos del alto índice de la tasa de natalidad.

### 1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Desarrollar un trabajo de investigación para identificar el problema de la fecundidad, debido al no uso de un método de planificación familiar acorde con las necesidades de la gente de la región
- ❖ Plantear un plan estratégico para incentivar a la población femenina en edad fértil a consultar los programas de Planificación familiar que oferta el ministerio de la salud y al uso del método de anticoncepción.
- ❖ Promocionar los métodos anticonceptivos a través de difusión radial, distribución de folletos, utilización de la estrategia de información y educación y comunicación (IEC), en la comunidad e instituciones educativas, y en especial en la población adolescente y joven.
- ❖ Utilizar métodos de la investigación como aplicación de encuestas para detectar la causa del incremento de la natalidad y la accesibilidad hacia los programas de Planificación familiar.

## 1.4 JUSTIFICACIÓN

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en salud pública

Colombia ha sido considerado uno de los países latinoamericanos más exitosos en lograr un descenso rápido de su fecundidad. A este hecho han contribuido entre otros: la rápida urbanización, el aumento de la escolaridad y la gran aceptación de la planificación familiar por parte de la comunidad. Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia en el uso de métodos mostrada en la última Encuesta de Demografía y Salud (ENDS 2005)<sup>1</sup>, existe una gran demanda insatisfecha, especialmente en las poblaciones rurales y en las urbanas menos favorecidas.

En el año 2003 se lanzó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en la cual se hacen explícitas las estrategias y acciones en cuanto a planificación familiar, las cuales tienen como propósito proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo mediante los controles necesarios para la óptima utilización y adaptación a cada usuario/a. De igual forma menciona que se deben desarrollar competencias para decidir el número de hijos/as que se quieran tener y el espaciamiento entre ellos, como decisión que compete a ambos miembros de la pareja. Igualmente, debe enfatizarse que la utilización o no de métodos de planificación familiar es una decisión que se mueve en el ámbito de la autonomía y la responsabilidad personal y social, en el contexto del proyecto de vida que cada cual escoge para sí:

Según la encuesta aplicada con respecto a la planificación familiar, se encontró que el conocimiento de los métodos es universal, independiente del estado de exposición. Los métodos más conocidos son el condón, la píldora, la inyección y la esterilización femenina. El 81% de las mujeres participantes de la encuesta, alguna vez en su vida ha usado un método anticonceptivo; siendo los más usados la píldora, el condón, el retiro y la inyección.

El porcentaje de uso alguna vez en la vida, tanto en mujeres casadas y unidas como las que no lo son pero tienen actividad sexual es alto, siendo del 97% respectivamente.

Para dar cumplimiento a lo estipulado en la Política Nacional de SSR y en el Decreto 3039 de 2007, que adopta el Plan Nacional de Salud Pública e incluye dentro de sus estrategias la promoción del uso de métodos anticonceptivos modernos, mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud, de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil.

## **1.5 DELIMITACION**

**1.5.1 Delimitación Espacio- Temporal.** Este proyecto se realizará y se desarrollara específicamente en las diferentes regiones donde reside cada uno de los participantes de este trabajo de investigación.

El tiempo disponible para la realización del proyecto será el periodo comprendido entre, noviembre del 2009 hasta diciembre del 2009.

## 2. MARCO DE REFERENCIA

Según el DECRETO 412 DE 2000 Ministerio de la protección social

Esta consulta debe ser realizada de acuerdo con el método seleccionado y el grado de complejidad del servicio, por un médico(a) o enfermero(a) debidamente capacitados en planificación familiar.

Adolescentes colombianos le tienen 'miedo' a planificar

Aunque el 57% de los jóvenes colombianos entre 14 y 21 años usa algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, pocos continúan usándolos.

Entre las razones que los adolescentes tienen para no usar métodos de planificación están míticas razones como la pérdida del placer por el uso del preservativo, el miedo a quedar estéril, hasta la excusa de que no se tenía 'planeado' tener relaciones sexuales.

De acuerdo a un estudio presentado por el Centro Latinoamericano Salud Mujer -Celsam-, que encuestó a seis mil jóvenes de América Latina (Argentina, Ecuador, México, Perú, Venezuela y Colombia) entre los 14 y 21 años, sólo el 40 por ciento de ellos usa el condón de una forma permanente después de la primera relación sexual.

Según el doctor Germán Salazar, de Celsam, a pesar de que el preservativo es el método de planificación y protección más usado por los jóvenes colombianos, "no existe un uso adecuado, los muchachos creen que se las saben todas y se aseguran con un solo método sin siquiera consultar a un especialista".

Esto se ve reflejado en el miedo que tienen los adolescentes con vida sexual activa a quedar en embarazo, a pesar del uso de métodos anticonceptivos. De los 1.000 colombianos encuestados, un 80% manifestó preocuparse por esta contingencia.

Aunque para los jóvenes la mayor preocupación es convertirse en padre de familia, el doctor Salazar manifiesta que deben empezar a "tomar conciencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y comenzar a tener el uso combinado del condón y de la anticoncepción oral".

#### Educación sexual...no biológica

Los temores, mitos y tabúes sobre la salud sexual que tienen los jóvenes colombianos tienen su raíz en la educación. "En la escuela no se puede seguir pensando que la excelencia académica es lo máximo y seguir con la cátedra que se queda en lo biológico, creo que no se puede descuidar la parte humanística que reconoce al hombre como un ser sexual", asegura el doctor Salazar.

Para Sebastián Junca, Secretario de la Red de Jóvenes Líderes de la Salud Sexual y Reproductiva, si bien el método de la educación sexual debe "reevaluarse", la solución a la problemática del embarazo adolescente debe salir de los jóvenes. "La educación sexual no debe ser sólo una materia obligatoria dictada de adultos a jóvenes, sino que nosotros mismos seamos capaces de decir cómo queremos que se dicte, plantear nuestras inquietudes, pero eso sólo se logra con 'mente abierta'", dice Junca.

La planificación familiar es la definición realizada por un hombre y una mujer proyectados como familia, en la que determinan responsablemente el número de hijos que tendrán considerando las necesidades que ellos implicarán, y qué proyecto de vida aspiran a tener como familia. También se habla del tema en la actualidad haciendo referencia al "control de la natalidad".

Actualmente el concepto de planificación familiar ha tomado gran relevancia, pues cada vez más se intenta tener un mayor control en la demografía dentro de un país determinado, esfuerzo orientado a superar el círculo de la pobreza y elevar los estándares de vida y educación de la población. Por esto, los programas de planificación familiar han ido tomando más fuerza, y asimismo volviéndose más completos y sofisticados. Básicamente estos programas consisten en otorgarles a las parejas un conjunto de actividades y

procedimientos que contengan información, educación y anticoncepción para que éstos sean capaces de definir correctamente su planificación.

Los programas de planificación familiar, o control de la natalidad, además de traer beneficios en una pareja comprometida, trae consigo grandes aspectos positivos para la sociedad. En primer lugar incentivan que las mujeres den a luz durante los mejores años de salud, y además se reducen los abortos con métodos anticonceptivos o naturales por causa de embarazos no deseados. En segundo lugar se prevén de prácticas sexuales no adecuadas que podrían ser la causa de enfermedades como el SIDA. También el crecimiento de la población se vuelve más lento y controlable, lo que implicaría menos gastos de recursos para el medio ambiente. Consecuente con esto, un país, cuyo crecimiento demográfico es más pausado, puede aspirar de una manera más eficiente al desarrollo.

Dentro de los programas de planificación familiar existe lo que se llaman los métodos naturales. Consiste en determinar el momento fértil de la mujer y de esta manera saber si es conveniente tener relaciones sexuales durante ese período. Por lo general se enseñan dos métodos naturales. El primero es el método de ovulación el que permite identificar los días inmediatamente previos y posteriores a la ovulación de la mujer mediante el análisis del moco cervical. Como segundo método que enseñan es el llamado sintotérmico, en el que la mujer por medio de su temperatura corporal es capaz de saber si se encuentra en período de fertilidad, si es así, su temperatura aumenta bruscamente.

En cuanto a los métodos no naturales en el control de la natalidad, los que incluyen preservativos y anticonceptivos, consisten en evitar artificialmente una fecundación. Podría decirse que han sido más difíciles de implementar en ciertos países y sociedades, pues debido a la falta de apoyo de ciertas tendencias religiosas estos métodos han tomado una connotación negativa, pues en estos casos el acto sexual no estaría destinado a procrear, sino por el contrario tendría como fin último el placer y lo erótico, según estos grupos.



Con respecto a los dos métodos anteriormente descritos ambos poseen sus ventajas y desventajas. Por un lado el primero responde a una moral cristiana en donde destaca la abstinencia de la pareja, los une una responsabilidad en común basada en el amor. Otra ventaja de este tipo de método es que la mujer no sufre de ningún efecto colateral, pues sigue el ciclo natural de la mujer, sin embargo algunos sostienen que este tipo de métodos entorpecen la espontaneidad del acto sexual, además muchas veces no son tan precisos en la determinación del período fértil. Por otro lado en los métodos artificiales el preservativo, usándolo de modo correcto, es muy efectivo para prevenir embarazos no desados, y además protege de algunas enfermedades de transmisión sexual, sin embargo algunos de estos métodos tienen desventajas como por ejemplo al ingerir la mujer anticonceptivos o anovulatorios altera su fisiología natural, además son factores de riesgos de muchas enfermedades.

Uno de los grandes desafíos que enfrentan los gobiernos hoy en día, es la labor de llegar a acuerdos con los diferentes grupos que componen la sociedad para poder implementar con éxito los programas de planificación familiar, e intentar ir más allá de los credos o filosofías particulares para adoptar medidas que beneficien a toda la comunidad.

Entre las razones que los adolescentes tienen para no usar métodos de planificación están míticas razones como la pérdida del placer por el uso del preservativo, el miedo a quedar estéril, hasta la excusa de que no se tenía 'planeado' tener relaciones sexuales.

De acuerdo a un estudio presentado por el Centro Latinoamericano Salud Mujer -Celsam-, que encuestó a seis mil jóvenes de América Latina (Argentina, Ecuador, México, Perú, Venezuela y Colombia) entre los 14 y 21 años, sólo el 40 por ciento de ellos usa el condón de una forma permanente después de la primera relación sexual.

Según el doctor Germán Salazar, de Celsam, a pesar de que el preservativo es el método de planificación y protección más usado por los jóvenes colombianos, "no existe un uso adecuado, los muchachos creen que se las

saben todas y se aseguran con un solo método sin siquiera consultar a un especialista".

Esto se ve reflejado en el miedo que tienen los adolescentes con vida sexual activa a quedar en embarazo, a pesar del uso de métodos anticonceptivos. De los 1.000 colombianos encuestados, un 80% manifestó preocuparse por esta contingencia.

Aunque para los jóvenes la mayor preocupación es convertirse en padre de familia, el doctor Salazar manifiesta que deben empezar a "tomar conciencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y comenzar a tener el uso combinado del condón y de la anticoncepción oral".

#### Educación sexual...no biológica

Los temores, mitos y tabúes sobre la salud sexual que tienen los jóvenes colombianos tienen su raíz en la educación. "En la escuela no se puede seguir pensando que la excelencia académica es lo máximo y seguir con la cátedra que se queda en lo biológico, creo que no se puede descuidar la parte humanística que reconoce al hombre como un ser sexual", asegura el doctor Salazar.

Para Sebastián Junca, Secretario de la Red de Jóvenes Líderes de la Salud Sexual y Reproductiva, si bien el método de la educación sexual debe "reevaluarse", la solución a la problemática del embarazo adolescente debe salir de los jóvenes. "La educación sexual no debe ser sólo una materia obligatoria dictada de adultos a jóvenes, sino que nosotros mismos seamos capaces de decir cómo queremos que se dicte, plantear nuestras inquietudes, pero eso sólo se logra con 'mente abierta'", dice Junca.

#### Tu vida, tu decisión

La anticoncepción es un derecho de todas las personas, sin importar su edad, raza, religión o condición sexual y económica.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Ende) es un proyecto desarrollado quincenalmente por Profamilia desde 1990, con el apoyo técnico de Macro International Inc. de Calverton, Maryland. Este estudio ofrece información sobre la salud de las mujeres en edad fértil, su historia reproductiva y su entorno familiar, al recolectar información sobre las viviendas y la población de los hogares.

Según las cifras de indicadores para el municipio de Curumani, para el periodo del 2005 la esterilización femenina ocupó el primer lugar en la utilización de métodos anticonceptivos, su estudio se basa en las características y situación de las mujeres en edad fértil, estableciendo los niveles y tendencias de la fecundidad al igual que determina el nivel de conocimiento, la prevalencia y las tendencias de uso de los métodos anticonceptivos y su fuente de obtención.

El estudio desarrollado en Palmira identificó los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre planificación familiar, ETS/VIH-SIDA y uso de medios de comunicación de los (as) adolescentes entre 12 y 18 años de edad escolarizados. Los resultados están encaminados a proponer una intervención local dirigida a esta población.

Para la ENDS 2005, el tamaño de la muestra fue de 3,935 segmentos. Se entrevistaron efectivamente 37,211 hogares, 41,344 mujeres de 13 a 49 años (38.143 mujeres de 15 a 49 años). Mostrando entre otros parámetros que la fecundidad descendió casi 23% en los últimos 15 años.

Según La Organización Panamericana de la salud con representación en Colombia en el documento Diagnostico de Vida sexual y reproductiva del Libro Maternidad Saludable<sup>1</sup> al igual que la Norma Técnica para la atención en planificación familiar a hombres y mujeres<sup>2</sup>, se habla sobre la notable disminución de la fecundidad desde los años 60 como efecto de la concentración de población en áreas urbanas, la mejora de los niveles educativos y la difusión y oferta de anticonceptivos Una proporción importante

---

<sup>1</sup> Magda Palacio Hurtado M.D

<sup>2</sup> Hace parte de la resolución 00412 del año 2000

del uso de estos métodos (¾ partes), se hace con fines de limitar la descendencia y ¼ parte, para espaciar mejor los hijos. Dado este patrón de preferencias reproductivas en Colombia que van hacia la limitación del tamaño de la familia, es de esperarse que continúe el incremento en el uso de métodos anticonceptivos modernos, entre las mujeres que todavía tienen necesidad no satisfecha de ellos especialmente en poblaciones rurales y en las urbanas menos favorecidas.

De igual manera el Trabajo de Comportamiento Reproductivo y organización Familiar<sup>3</sup> de Curumani (2000), realizado en el Municipio de Curumani, se estudiaron los inconvenientes para una planificación familiar racional, ya que gran parte de las mujeres presentaban un uso ineficiente de métodos anticonceptivos por: desconocimiento y/o descuido, efectos secundarios en la salud sobre todo de las hormonas anticonceptivas (principalmente las pastillas), junto con los problemas de pareja como la oposición del compañero, o el desinterés por parte de algunos hombres que aluden este tema exclusivamente a su pareja.

## **2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS.**

### **Adolescencia**

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros." (Escobar & Muñoz, 1995, p. 7).

En el área cognitiva el adolescente debe ser capaz de "examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar" (Pérez, 1992, p. 31). En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y,

---

<sup>3</sup>Investigación realizada con el apoyo técnico y la Financiación del Programa de Desarrollo Paz del Magdalena Medio y del Fondo de Población de Naciones Unidas.

además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. El autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo. (Castillo, López, Muñoz & Rivera, 1992). Otra de las tareas en esta área es la de "alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores." (Castillo et al., p. 12).

### **Sexualidad en la adolescencia**

La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: genital o biológica, que expresa en los aspectos fisiológicos; área erótica, relacionada con la búsqueda de placer; y la moral expresada en la estructura social fijados en los valores o normas aceptados (Molina, Luengo & Toledo, 1994).

### **Embarazo Adolescente**

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. González señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (en Molina et al., 1991, p.29).

Una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la erotización ambiental y la seudovaloración de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado. "Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. La ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado." (Molina et al., 1994, p.92).

"La situación de embarazo ocurre en un contexto afectivo en un período denominado como "pololeo" y que culmina con relaciones sexuales de poca ocurrencia. En la fase culminante, y una vez conocida la notificación de embarazo, se desencadena una conflictiva psicosocial grave, con consecuencias personales en la propia adolescente y socio-familiares a nivel

de la familia de origen y entorno inmediato." (Peña, Quiroz, Muñoz, Molina, Guerrero & Masardo, 1991, p. 25).

Como factor de índole biológico se puede señalar que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas. Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquia (primera menstruación), ésta se sitúa como promedio a los 12 años. "Esta parcial madurez fisiológica trae como consecuencia la emergencia de relaciones sexuales más tempranas (que se calcula en un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores)..." (Castillo et al., 1992, p.21). Los jóvenes desconocen, por lo tanto, riesgos médicos de un embarazo a tan temprana edad, implicancias de la menarquia, como también el conocimiento de métodos anticonceptivos con sus ventajas y desventajas.

En relación con los factores de riesgo de carácter sociocultural, es importante señalar la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente. Éstos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una seudovaloración de éste como placer, es decir, sin compromiso afectivo.

### **Embarazo en la Adolescente:**

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema de salud de primer orden en la actualidad. Reeder (1998), afirma que: cada año se embarazan en Estados Unidos 1.2 millones de adolescentes, lo que representa el 20% de nacimientos. Un 25% de estas niñas embarazadas tienen apenas 14 años de edad, y una de cada siete están decididas a abortar. Cabe señalar que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen entre 14 y 16 años de edad, encontrándose en la clasificación de adolescentes en edad media (p. 20-23).

Silber (1992), refiere que cada año 3.312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término su embarazo. Se ignora el número de abortos. Sin embargo, en la adolescencia se relaciona a factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, iniciación de la actividad sexual a muy temprana edad, por falta de conocimientos en educación sexual e irresponsabilidad por parte de los adolescentes. Además podemos evidenciar que los embarazos

sucesivos en los adolescentes contribuyen a perpetuar el ciclo de la pobreza y la miseria.

En el II Congreso de la Mujer, se señala la incidencia cada vez mayor de embarazos precoces en el grupo etáreo entre 12 y 14 años. Esto se lo atribuye a la falta de educación sexual y desconocimiento sobre la sexualidad humana. Cabe destacar que uno de los factores que han sido asociados con el embarazo en adolescentes es la falta de educación sexual y el inicio temprano de la actividad sexual, lo cual trae como consecuencia enfermedades de transmisión sexual, abortos, hijos no deseados, familias con solo madre y un hijo; además existen mitos e ignorancia referente al embarazo, parto, anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual que se convierten en un problema para nuestra sociedad.

En relación con los factores causales del embarazo en adolescente, podemos referir así en relación que Tapia (1991), en un trabajo de investigación donde se estudió La violencia y la realidad de la madre joven de sectores populares refiere como principales causas de embarazo en adolescentes, la inestabilidad familiar, el abuso sexual y el incesto, la menarquia temprana (12 años) la falta de educación sexual oportuna y formal, la carencia habitacional y los medios de comunicación. Por consiguiente los factores antes mencionados están presentes en el ambiente en el cual se desarrollan los adolescentes, contribuyendo a propiciar una actividad sexual temprana y en embarazos sucesivos en la adolescente, cabe resaltar la constante publicidad sobre la sexualidad en los medios de televisión, cine, radio y publicaciones.

Las adolescentes embarazadas de bajo nivel socioeconómico. La edad promedio del embarazo fue de los 16 años (moda), la mayoría de ellas con un deficiente grado de instrucción, con escasos conocimientos sobre aspectos sexuales y temprano inicio de la vida sexual activa, cuya condición las mantenía aún, en su mayoría dependiente del núcleo familiar de donde procedía. Igualmente la mayoría de las adolescentes embarazadas presentan una invasión cultural distorsionada, facilitada por la televisión, las revistas pornográficas, la violencia, etc. En contraposición a la falta de programas oficiales sobre educación sexual, han hecho que estas adolescentes se

adelanten en su vida reproductiva sin culminar su educación y capacidad para enfrentarse a un futuro más prometedor.

Reeder (1988), refiere que la maduración sexual de la mujer se inicia en la pubertad, con la aparición de cambios corporales, estos cambios anteceden a la primera menstruación que es el signo más claro y constituye una indicación de que están madurando los órganos internos de la reproducción. La secuencia cronológica de estos cambios culminan en la obtención de la capacidad reproductora la cual varía de una mujer a otra, las manifestaciones corporales como el comienzo del desarrollo de las mamas, la aparición de vello púbico y la aceleración del crecimiento anteceden en un lapso muy variable, el comienzo real de la menstruación.

Zambrano (1996), refiere que los datos estadísticos que se registran en Mexico expresan la crítica situación de las adolescentes provenientes de los sectores marginales, aunado a lo expuesto precisó que el embarazo precoz es como una patología social, ya que en la actualidad la mayoría de las mujeres adultas controlan su maternidad, lo que refleja una baja en la tasa de fecundidad, mientras que en las adolescentes ocurre lo contrario, en ellas existe un incremento del embarazo precoz, lo cual constituye un problema social

### **Crecimiento y Desarrollo:**

En los adolescentes hay un periodo de transición y se va a caracterizar por la presencia de cambios biológico, psíquicos, comportamiento social del joven. Los cambios biológicos se deben al aumento de la secreción de hormonas. Va a aparecer en los jóvenes los caracteres sexuales secundarios, crecimiento y desarrollo de los músculos, sistema respiratorio, circulatorio, gónadas, órganos reproductores.

Silber (1992), acotó que en la mujer el proceso de crecimiento se inicia entre los 9 y 10 años, alcanzando los máximos valores entre 12 y 13 años. En los varones se inicia entre los 14 y 15 años. Los profesionales de la salud tienen a cargo la evolución biológica de los adolescentes que le va a permitir, conocer de una forma amplia el crecimiento normal, diversidad de factores que influyen en el crecimiento, entre ellos tenemos los ambientales y las condiciones nutricionales.



Sileo (1992), plantea que la evaluación integral del crecimiento y desarrollo se basa en los aspectos: 1) Elaboración de una buena historia, 2) Evaluación antropométrica, 3) Examen paraclínico, 4) Interpretación de los hallazgos (orientación diagnósticos). El profesional de salud para conocer el crecimiento de estos jóvenes adolescentes debe tener dimensión corporal, peso, tallas, edad y su composición corporal.

### **Desarrollo Psicológico:**

En los adolescentes por el crecimiento normal hay cambios rápidos, notables en la conducta, manera de pensar, comprensión, hay crecimiento corporal, incluyen la capacidad de reproducción. Presenta un proceso de aprendizaje acerca de sí mismo, intimidad emocional, integridad, identidad, independencia, toma de decisiones con responsabilidad de un adulto.

### **Aspectos Psicológicos:**

Como factores de índole psicológica, hay que considerar que las adolescentes generalmente se involucran en relaciones sexuales por razones no sexuales, como una manera de independizarse de los adultos y sus valores asociados a un sentimiento de rechazo hacia las figuras de autoridad, o bien las realizan como un medio de satisfacer aquellas necesidades afectivas. "Se ha encontrado algunos factores de personalidad que facilitan el embarazo adolescente, como lo son la dificultad de establecer metas apropiadas y gratificarse a sí misma por sus propios logros; escasa tolerancia a la frustración; labilidad emocional; falla en el control de los impulsos; afectividad empobrecida; y escaso nivel de madurez emocional." (op cit.,p.26). Otro factor de personalidad es la presencia de una autoestima disminuida, por lo que ellas buscarían en el sexo llenar una necesidad de autoafirmación

Psicológicamente la adolescencia se caracteriza por una serie de cambios en los planos intelectual, emocional y social, conjuntamente con las transformaciones corporales propias de este período.

### **Cambios en la adolescencia:**

#### **Cambios Intelectuales:**

El pensamiento desarrollado en esta edad se vuelve más flexible, puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender y aceptar una gama más amplia de situaciones sociales y teorizar sobre aquellas que no son comprendidas en forma directa; Comienzo del empleo de la lógica formal para solucionar problemas, el pensamiento adopta el método hipotético - deductivo, pueden realizarse planificaciones y elaborar proyectos a largo plazo, Las operaciones mentales incluyen conceptos abstractos, los cuales permiten desligar al pensamiento de la realidad perceptible.

### **Cambios Emocionales:**

García (1992) refiere que los adolescentes deben enfrentarse a conflictos de la primera infancia, los cuales no han sido totalmente resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y el concepto de sí mismos, la aparición de la genitalidad como posibilidad real de procreación, la necesidad de identificación es entonces el tema central de la adolescencia. Desubicación temporal, el ansia de satisfacción de las necesidades es apremiante ideación omnipotente, el yo se ha constituido en el eje central de la conflictiva adolescente.

### **Cambios Sociales:**

Crítica de las normas o valores familiares, especialmente aquellos provenientes de los padres. Por extensión se cuestiona también la autoridad y la disciplina externa.

## **Planificación Familiar**

### **Definición:**

Esterilización quirúrgica, método definitivo de anticoncepción.

La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

## **Epidemiología:**

La mayor parte de las encuestas nacionales muestran que la anticoncepción quirúrgica femenina y los anticonceptivos orales es el método prevalente. Cuando el método se mezcla y se analiza por grupo de edad, los datos de las encuestas muestran que las mujeres de más edad prefieren la anticoncepción quirúrgica voluntaria a otros métodos anticonceptivos, mientras las mujeres más jóvenes prefieren la píldora anticonceptiva.

**Embarazo:** Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados

Los métodos anticonceptivos sirven para prevenir el embarazo y se clasifican en:

### **2.1.1 METODOS FOLCLORICOS**

Son creencias populares que las personas tienen con la convicción de que les ayudan a prevenir un embarazo, pero realmente no son efectivas ni tienen bases científicas.

### **2.1.2 METODOS NATURALES**

Consisten en evitar tener relaciones sexuales en los días fértiles de la mujer. Estos métodos tienen un alto riesgo de embarazo si no se utilizan correctamente.

Los métodos naturales son los que tienen mayor riesgo de falla porque muchos factores pueden alterar el momento de tu ovulación y hacer que se presente antes o después de lo previsto. Siempre debes usarlos con el condón y los óvulos, tabletas o cremas anticonceptivas.

Si han tenido fiebre, has tomado un medicamento, has estado angustiada o con mucho estrés no deberías confiar en los métodos naturales.

#### **2.1.2.1 Ritmo o calendario**

Se basa en observaciones del ciclo menstrual hechas durante seis meses, la mujer define en que días del ciclo puede tener relaciones sin quedar embarazada.

#### **2.1.2.2 Temperatura Basal:**

La mujer debe tomar su temperatura todos los días y observar los cambios. Con base en estos cambios se puede definir el período fértil de la mujer.

#### **2.1.2.3 Moco Cervical o Método de Billings:**

Consiste en abstenerse de tener relaciones sexuales desde 2 días antes hasta 4 días después de la aparición del moco cervical en la vagina de la mujer. Durante todos los días fértiles el flujo vaginal tiene una consistencia espesa y filamentosa.

Durante el período de fertilidad (ovulación) se puede tener relaciones sexuales, pero con la protección del condón.

#### **2.1.2.4 Coito Interrumpido o retiro**

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación durante la relación sexual.

### **2.1.2.5 Lactancia Materna:**

La mujer debe alimentar a su bebe por lo menos cada 3 horas durante el día y la noche.

### **2.1.3 METODOS DE BARRERA:**

Interfieren con el encuentro del ovulo con los espermatozoides

#### **2.1.3.1 Espermicidas:**

Son sustancias químicas que destruyen los espermatozoides. Vienen en forma de óvulos, tabletas o espumas vaginales. Se deben colocar en la vagina de la mujer 10 minutos antes de la relación sexual. Son 85% seguros.

Diafragma

Es un aro flexible con capuchón de látex, se necesita de asesoría profesional sobre que aro usar. Se introduce el diafragma lleno de jalea hasta el fondo de la vagina, tiene una efectividad del 95%.

Condón:

Es una funda de material delgado (látex) que se coloca el hombre en el pene erecto antes de la penetración para evitar que los espermatozoides entre al útero de la mujer. Además, sirve para evitar el contagio de enfermedades venéreas y del SIDA.

### **2.1.4 METODOS HORMONALES:**

Son aquellos que impiden la ovulación y hacen que el moco que se produce a nivel del cuello uterino se haga más espeso, con lo que se impide el paso de los espermatozoides. La eficacia de estos métodos alcanza un 98%, supeditado a la regularidad en su toma o aplicación.

#### **2.1.4.1 Implantes subdérmicos:**

Consiste en la colocación de 6 cápsulas que contiene progestágenos (liberados de forma diaria a la circulación), que se colocan debajo de la piel de uno de los brazos. Su efecto dura hasta por 5 años.

Necesitan asesoría y control médico su efectividad es de 98%.

#### **2.1.4.2 Píldoras Anticonceptivas:**

Son hormonas (estrógenos y progesterona) que evitan el embarazo.

Se inicia las píldoras el día que llega la menstruación, tomándose una cada día y preferiblemente a la misma hora. Son 98 % efectivas.

- **Cartón de 21 Píldoras:**

Se toma todo el cartón, se espera 4 días sin tomar nada y luego se empieza el otro cartón.

- **Cartón de 28 Píldoras:**

Se toman primero las píldoras del grupo más grande y luego las del más pequeño. Cuando se acaba el cartón se empieza el otro al siguiente día.

- **Anticonceptivos orales trifásicos:**

Se toman primero las blancas, luego las crema, después las naranja y cuando estas se acaben no se debe tomar nada durante 7 días, para iniciar de nuevo.

#### **2.1.4.3 Inyectables**

Existen dos tipos de inyecciones y cada una contiene hormonas diferentes, ambas pueden presentar desordenes menstruales al principio.

- **Las de aplicación mensual:** como *Mesigyna*

Está compuesta por estrógenos y progestágenos, se aplica a partir del primer día de la menstruación y se repite mensualmente, sin excepción. No se recomienda su uso durante la lactancia.

- **Las de aplicación trimestral:** como *Depo-provera*

Sólo contiene progestágenos, por lo que es ideal para ser aplicada durante la lactancia. Se debe colocar a partir del primer día de la menstruación. Después del parto se colocará sólo hasta que se compruebe que la usuaria no ha vuelto a quedar embarazada.

#### **2.1.4.4 Dispositivo Intrauterino:**

Actualmente se usa la “T de Cobre”, fabricada en un plástico especial y dos barras de cobre. Este dispositivo está diseñado para ser colocado vía vaginal y dejarlo dentro de la cavidad del útero. Su mecanismo de acción se basa en el hecho de que al introducirse un cuerpo extraño dentro del matriz, ésta genera una reacción inflamatoria especial, dejando que se liberen ciertas sustancias a este nivel. Los efectos que logra son: alterar la consistencia del moco, haciendo que los espermatozoides no entren a la matriz; el cobre liberado actúa directamente sobre los espermatozoides, haciéndolos débiles y disminuyendo su movilidad. Su eficacia alcanza un 98% de protección.

Puede causar más sangrado menstrual y cólico. Dura 10 años con control médico cada seis meses.

#### **2.1.5 METODOS DEFINITIVOS:**

Son métodos que el (la) usuario(a) decide utilizar cuando ha determinado no tener más hijos o ninguno. Dentro de este grupo existe un método para el hombre y otro para la mujer.

##### **2.1.5.1 Esterilización Quirúrgica femenina:**

Es un procedimiento quirúrgicos de tipo ambulatorio que liga y/o corta la trompa de Falopio, pero cuyo resultado final es crear una interrupción en la trompa uterina para que el ovulo y el espermatozoide no puedan encontrarse.

#### **2.1.5.2 Esterilización quirúrgica masculina:**

Procedimiento de tipo ambulatorio, en el cual se corta y se liga el conducto deferente que es por el cual salen los espermatozoides desde los testículos. Sin embargo, se advierte a los usuarios que los tres meses siguientes a la cirugía deberán usar otro método de planificación hasta que terminen de salir todos los espermatozoides que quedan en la parte distal del conducto ligado.

### **2.1.6 METODOS ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA**

Son métodos anticonceptivos utilizados para prevenir un embarazo no deseado cuando se ha tenido una relación sexual sin protección.

#### **2.1.6.1 ¿Cuándo puedo o debo usarlos?**

- cuando tuviste relaciones sexuales sin protección.
- Cuando tuviste un accidente anticonceptivo, por ejemplo: se rompió el condón o se deslizó dentro de la vagina.
- Cuando olvidaste tu método, ejemplo: has dejado de tomar dos o más píldoras anticonceptivas o no te aplicaste la inyección.
- Cuando fuiste víctima de abuso sexual.
- Los métodos anticonceptivos de emergencia debes usarlos lo más pronto posible después de la relación sexual sin protección.
- Estos métodos previenen el embarazo, no lo interrumpen, por lo tanto si la mujer ya esta embarazada no causara efecto sobre ella o sobre el feto.

#### **2.1.6.2 ¿Cuáles son los anticonceptivos de emergencia?**

- **producto dedicado o anticonceptivo de emergencia.**



A este producto le han llamado de muchas maneras: "píldoras del día después", del día siguiente "o "de la mañana siguiente", pastilla de emergencia "o" método postcoital", entre otros.

Son píldoras anticonceptivas de emergencia que contienen un derivado hormonal y sirven para evitar, después de una relación sexual sin protección, un embarazo no deseado.

Su efectividad es de 98%.

- **Píldoras anticonceptivas tradicionales (método YUZPE).**

es un método anticonceptivo que consiste en administrar 2 tabletas de anticonceptivo oral de macrodosis que incluya 50 ug de Etinilestradiol y 250 ug de Levonorgestrel (Noral ®, Neogynon ®), durante las primeras 72 horas después del coito sin protección y repetir la ingesta 12 horas más tarde.

Si las tabletas de macrodosis no están disponibles, pueden administrarse 4 tabletas de microdosis que incluyan 30 ug de Etinil-Estradiol y 150 ug de Levonorgestrel (Nordette ®, Microgynon ®) en las primeras 72 horas después del coito sin protección y tomar otras 4 píldoras 12 horas más tarde.

Es un método seguro, económico, accesible y con efectos secundarios que implican en muy pocos casos náuseas. En ningún caso este método impide el contagio de enfermedades de transmisión sexual, tales como SIDA, hepatitis, sífilis, etc.

- **Dispositivo intrauterino (DIU), más conocido como la T de cobre.**

Un dispositivo intrauterino (abreviado DIU) es un dispositivo pequeño, plástico y en forma de T que tiene un cordón pegado en el extremo, con el objeto de que usted pueda verificar si el DIU todavía está en su lugar. El DIU se coloca dentro del útero para prevenir el embarazo. La colocación puede hacerse durante una visita al consultorio. Una vez en su lugar, el DIU se mantiene dentro del útero hasta que su médico lo retira.

El DIU previene que el espermatozoide se una con un óvulo. Lo hace imposibilitando la penetración del espermatozoide dentro del óvulo y cambiando el tejido de revestimiento del útero. Hay dos tipos de DIU: un DIU de cobre y un DIU hormonal. El DIU de cobre libera partículas de cobre para prevenir el embarazo, mientras que el DIU hormonal libera la hormona progestina para prevenir el embarazo

## **2.2 ANTECEDENTES DEL TEMA.**

El embarazo y maternidad de adolescentes son más frecuentes que lo que la sociedad quisiera aceptar. Es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

La madre encabeza la mayoría de las familias de bajos ingresos, asume el rol de administradora del hogar y se convierte en la proveedora principal de los alimentos, por tanto, desatiende aspectos significativos de su casa y a menudo no tiene en quien delegar esas responsabilidades. Las consecuencias son múltiples: en primer lugar, los jóvenes carecen de modelos morales de referencia para guiar sus conductas; muchos de los roles adultos se transfieren tempranamente a las jóvenes. Por tanto, muchas de ellas ingresan prematuramente en la vida adulta con el cuidado de sus hermanos menores. Con ello se les pone en contextos sociales que las conducen a buscar gratificaciones inmediatas.

El embarazo de adolescentes se relaciona con tres factores: las probabilidades de iniciar precozmente las relaciones sexuales y tener un embarazo no deseado. En familias donde la autoridad moral es débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre, y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a las adolescentes, también se provoca la actividad sexual temprana y el riesgo de una gravidez consecuente.

Los embarazos en adolescentes, en la mayor parte del mundo, son el resultado directo de la condición inferior de la mujer cuyo papel en la sociedad está devaluado. Sabemos que es característica de todas las sociedades que la mujer tenga menos acceso o ejerza menos control de los recursos de valor que el hombre; por ejemplo, en los países en vías de desarrollo, generalmente a ellas se les niega la educación y las habilidades para competir. Así, la maternidad se presenta como el único modo de alcanzar un lugar en la sociedad.

Muchas adolescentes de comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, con frecuencia ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo.

Todos los años 15 millones de mujeres menores de 20 años dan a luz, y estos nacimientos representan la quinta parte de todos los nacimientos anuales registrados en el mundo. Muchos de estos embarazos y nacimientos son involuntarios. Una selección al azar de algunas mujeres de Curumani, un 20% a 60% de las mujeres menores de 20 años actualmente embarazadas declararon que sus embarazos eran inoportunos o no deseados.

### **2.3 HISTORIA DEL PROBLEMA**

Historia de la planificación familiar en el mundo, y particularmente en México, reúne numerosos acontecimientos y anécdotas que conviene conocer, para entender la génesis y el desarrollo en el tiempo de la metodología anticonceptiva, que ha permitido adecuar la conducta sexual de la humanidad, y consecuentemente ha contribuido a mejorar las condiciones de su salud reproductiva y de su bienestar familiar, así como a reducir su crecimiento indiscriminado.

Al conmemorarse en este año el vigésimo quinto aniversario de la promulgación de la Ley General de Población, que ordenó realizar programas de planificación familiar a los servicios educativos y de salud pública de nuestro

país, es oportuno referir los antecedentes que dieron origen a ese precepto legal, así como sus impactos en la salud pública y en la demografía de México.

La planificación familiar es objeto de una intensa polémica en los campos científicos y universitarios contemporáneos. Planear una familia es un derecho humano que consiste en la decisión de la pareja de tener el número de hijos que desee y pueda mantener. Se planea una familia cuando una pareja estéril asiste a una consulta médica a fin de lograr tener un hijo o desea regular su fecundidad con el propósito de espaciar los hijos o no tenerlos más.

La preocupación actual sobre el exceso de la población es, en apariencia, un acontecimiento reciente en la historia de la civilización: sin embargo, el hombre ha tratado de limitar el número de individuos de su especie con el fin de evitar la inanición por superpoblación, y así proporcionar un mejor ambiente para sus hijos y preservar la salud materna.

## **2.4 ESCENARIO SOCIOCULTURAL DEL PROBLEMA ESCOGIDO**

- Falta de conocimiento del uso de la planificación familiar.
- Dificultad a la accesibilidad de la planificación.
- Poca información de la planificación familiar
- Poca promoción y prevención de la planificación familiar.
- Insensibilización de los usuarios para el uso de los métodos de planificación familiar.

## **2.5 ESCENARIO AMBIENTAL DEL PROBLEMA ESCOGIDO**

La población rural tiene dificultad para acceder a los servicios de planificación familiar por zonas carretables destapadas y veredas dispersas.

## **2.6 SOLUCIONES ALCANZADAS EN EL ENTE TERRITORIAL O POR EL ESTADO.**

Que a través del plan operativo anual de salud reproductiva programan actividades de promoción de salud, información, educación y comunicación, jornadas sobre métodos anticonceptivos y distribución de todos los métodos totalmente gratuitos.

## **3. ASPECTOS METODOLOGICOS**

### **3.1 TIPO DE ESTUDIO.**

Para la elaboración de este trabajo se hace necesario tener en cuenta el Estudio Descriptivo bajo el Método Observacional y Transversal.

Es descriptivo porque plantea un diagnóstico general de un tema de salud Pública, el cual permite utilizar técnicas específicas de recolección de la información tales como la observación, las entrevistas y los cuestionarios, logrando así identificar diferentes características de uso de los distintos métodos de planificación que hacen parte de este segmento.

### **3.2 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

El método que se utilizara para el presente trabajo de grado parte del proceso de observación, Entrevista y recolección de datos sobre los diferentes métodos de planificación familiar más usados en las diferentes regiones donde vive cada uno, y como resultado de éstos procesos se determinaran las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades que derivan de ellas y afectan positiva o negativamente a los adolescentes.

Lo anterior permitirá tener claro los requerimientos necesarios para la construcción de un diagnóstico situacional que determine la fecundidad como problema de salud pública y permita brindar una mejor y más ágil información a la población juvenil.

### 3.3. POBLACIÓN.

La población objeto para estudio se constituye por las usuarias que pertenezcan a los programas de planificación familiar de los diferentes hospitales de las regiones donde vive cada uno de los miembros del proyecto de investigación. El tamaño de la población estimada es de aproximadamente 25 mujeres de los diferentes hospitales de las regiones donde reside cada uno.

### 3.4 MUESTRA

El tipo de muestreo fue el de aleatorio simple y se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(N \cdot z^2)(p \cdot q)}{(N \cdot e^2) + (z^2 p \cdot q)}$$

$$N = 25$$

$$P = 95\% = 0,95$$

$$q = 1 - p = 5\% = 0,05$$

$$z = 1,96$$

$$e = 5\% = 0,05$$

$$n = \frac{[(25)(1,96)^2][(0,95)(0,05)]}{[(25)(0,05)^2] + [(1,96)^2(0,95)(0,05)]}$$

$$= \frac{4,5619}{0,244976}$$

$$= 18,621824 \simeq 19 \text{ pobladores}$$

**Nota:** Se aplicaran 19 encuestas.

## **3.5 TECNICAS DE ANALISIS**

### **3.5.1 Técnicas Estadísticas.**

La información es sometida a técnicas matemáticas de tipo bioestadística que permitan obtener las medidas suficientes para la búsqueda de soluciones del problema mencionado anteriormente, se emplearan Medidas de Tendencia Central, de posición y de dispersión.

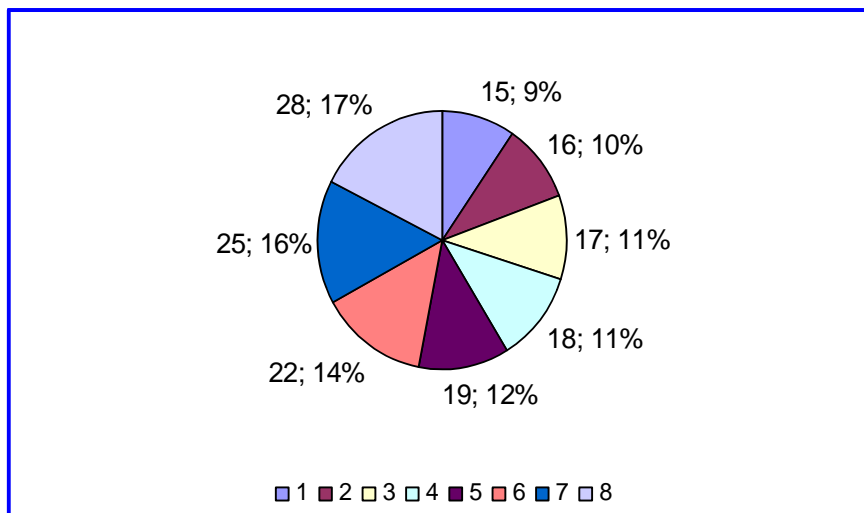
### **3.5.2 Presentación de la Información.**

Se presentan datos escritos, tabulados y descritos mediante base de datos, tablas de frecuencia, tablas de contingencia y su representación gráfica con su respectiva interpretación, mediante programas como Epi-info, Excel, SPSS

### **3.5.3 Tabulación, Ordenamiento y procesamiento de la información**

A continuación se detallan los resultados de dicha encuesta y los respectivos requerimientos encontrados.

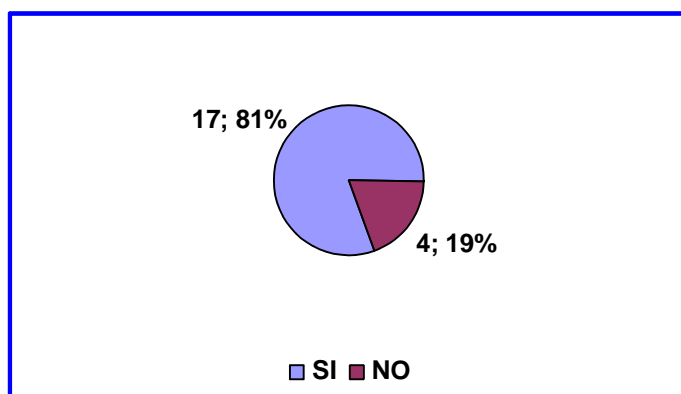
De las 21 personas encuestadas todas fueron del sexo femenino entre las edades de 15 años una, para un porcentaje del 9%, 16 años tres, para un porcentaje del 10%, de 17 años cuatro para un porcentaje 11%, de 18 años dos un porcentaje del 11%, de 19 años tres con un 12%, de 22 años cuatro con un 14%, de 25 dos para 16% y 28 años 2, para un porcentaje del 17%. Ver grafico 1.



**Grafico 1 rango de edad y sexo**

La primera pregunta conoce usted el acceso a los servicios de Planificación Familiar, está orientado a determinar que tanto usa la población los servicio de consulta de planificación familiar,

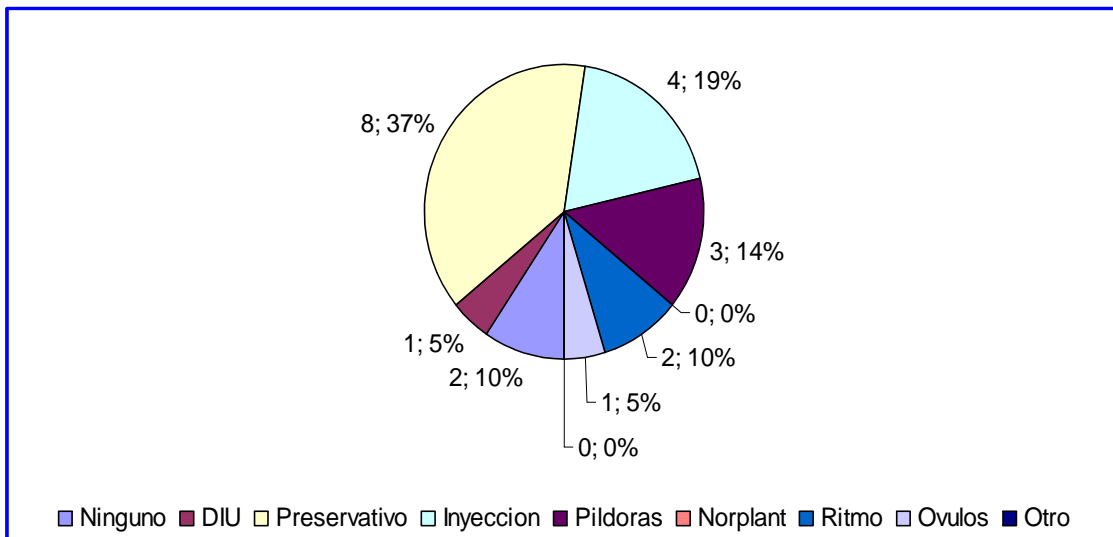
21 de los encuestados de los cuales 17 conocen el acceso a los servicios de P.F lo que equivale al 81%. Los otros 4 encuestados no conocen el acceso lo que equivale al 19% (Ver gráfico 2).



**Grafica 2.** acceso a los servicios de planificacion familiar.

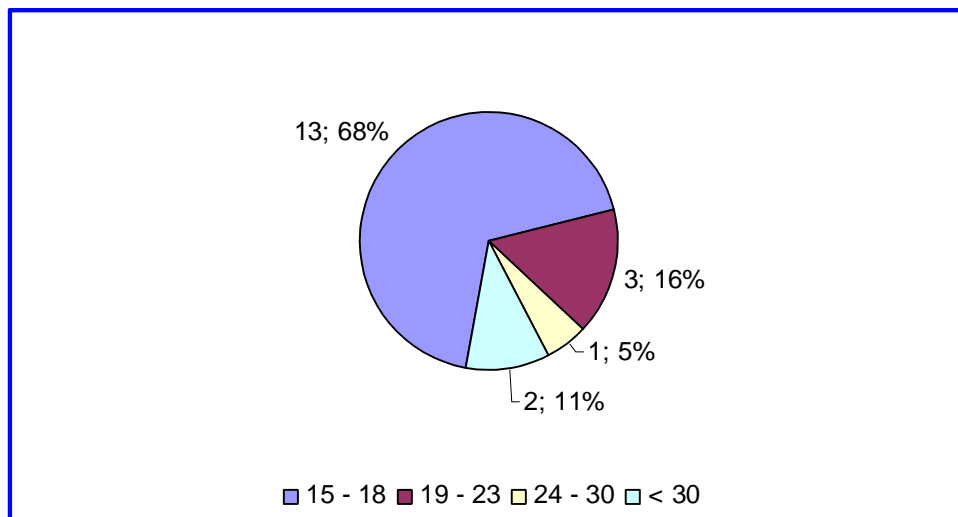
La segunda pregunta Que método de planificación Familiar ha usado en los últimos seis meses. De las 21 mujeres encuestadas el 5% corresponde al DIU, preservativo 37%, Inyección 19%, Píldoras 20%, Ritmo 10% Ver (grafico 3)





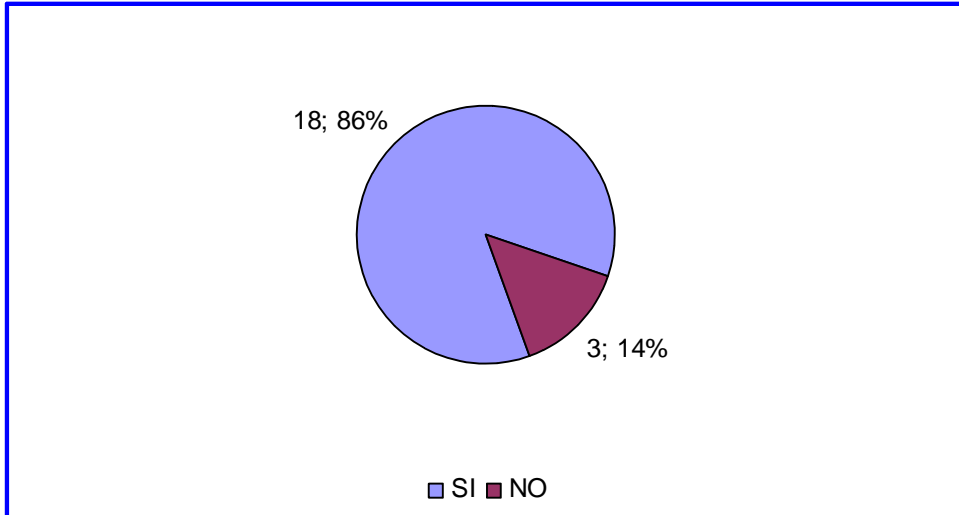
**Grafica 3.** Metodo de planificacion que mas usa.

La tercera pregunta A que edad inicio a usar métodos de planificación Familiar. De las 21 personas encuestadas 3 de 19 a 23 años de edad con un porcentaje del 16%, una de 24 a 30 años con un porcentaje del 5%, y dos de mayores de 30 con un porcentaje del 11% notándose que la mayoría de las mujeres empezaron a una edad temprana de 15 a 18 con un 68%. ver grafico 4



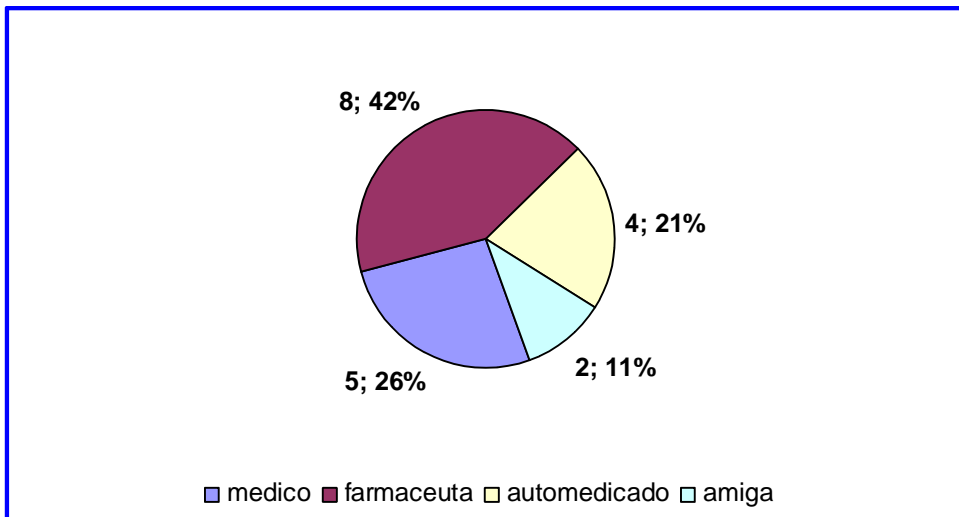
**Grafica 4.** edad en que inicio a usar metodos de planificacion familiar

La cuarta pregunta Conoce usted las ventajas y desventajas de los métodos de Planificación Familiar de las 21 personas encuestadas 18 respondieron que si para un porcentaje del 86% y 3 respondieron que no con un porcentaje del 14%. Ver grafico 5



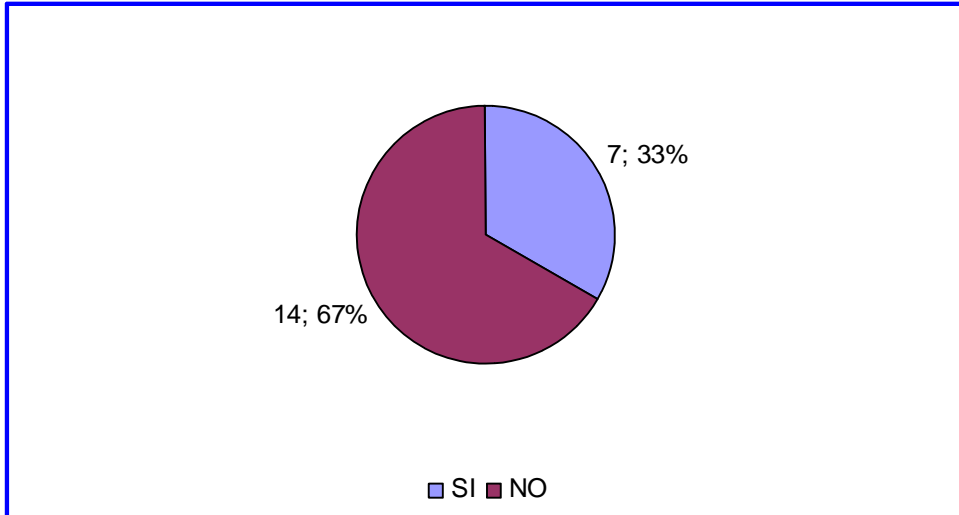
**Grafica 5.** ventajas y desventajas de los metodos de planificacion familiar

La quinta pregunta su método de anticonceptivos es suministrado por; de las 21 personas encuestadas 5 respondieron que es suministrado por el medico con un porcentaje del 26%, 8 por un farmaceuta por un total del 42% y automedicado para un 21%, amiga 11%. Ver grafica 6.



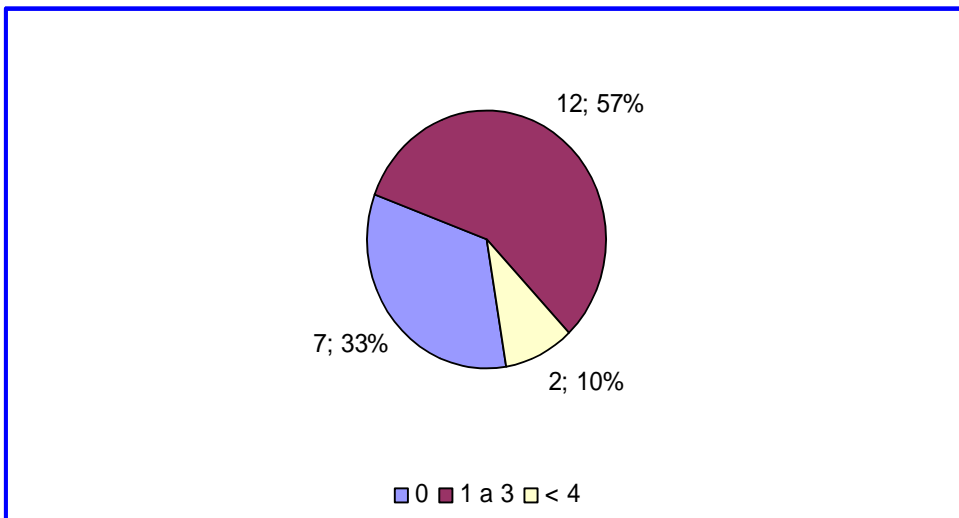
**Grafica 6** por quien es suministrado su metodo de anticonceptivo.

La pregunta sexta Usted planifica en un Centro u Hospital, de las 21 encuestadas 7 de ellas contestaron que si para un porcentaje del 33% y no para un porcentaje del 67%. Ver grafico 7



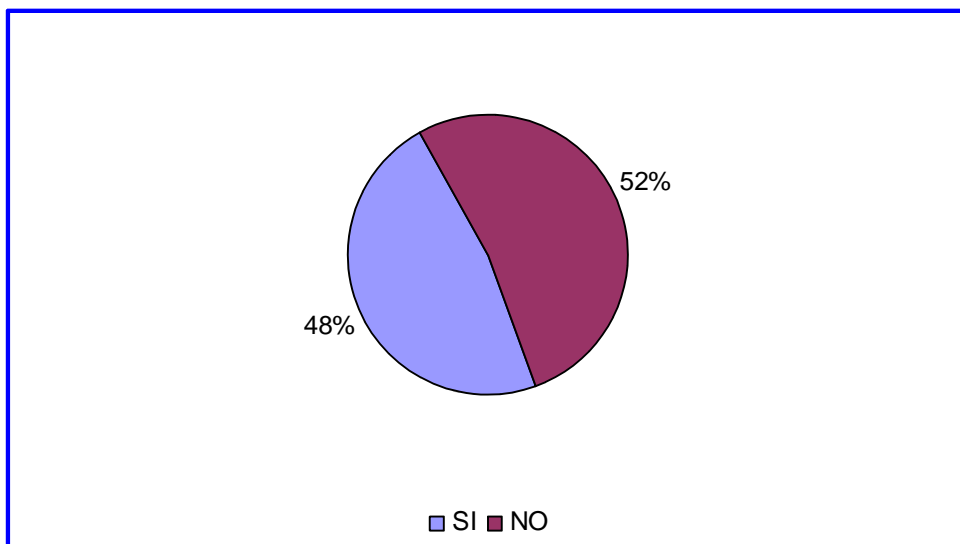
**Grafica 7** Planifica usted en un centro de salud u hospital.

La séptima pregunta Cuantos hijos tiene, de las 21 mujeres encuestada 12 respondieron tener de 1 a 3 hijos lo que corresponde a un porcentaje del 57% y mas de cuatro hijos 2 para un porcentaje del 10%. Ver grafico 8



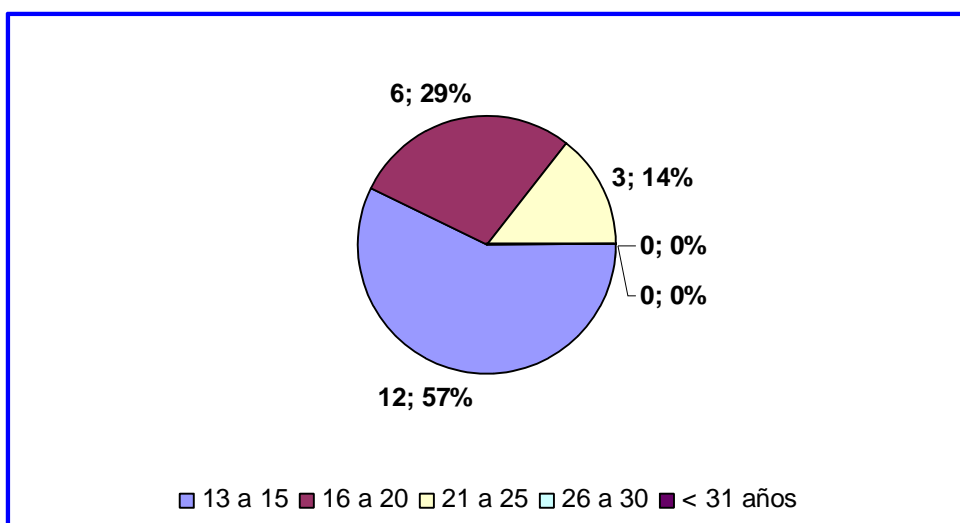
**Grafica 8** Cuantos hijos tiene.

La octava pregunta nos dice que si Tiene usted pareja estable de las 21 encuestada 10 de ellas respondieron que si para un porcentaje del 48% y 11 dijo que no para un porcentaje del 52% ver grafica 9.



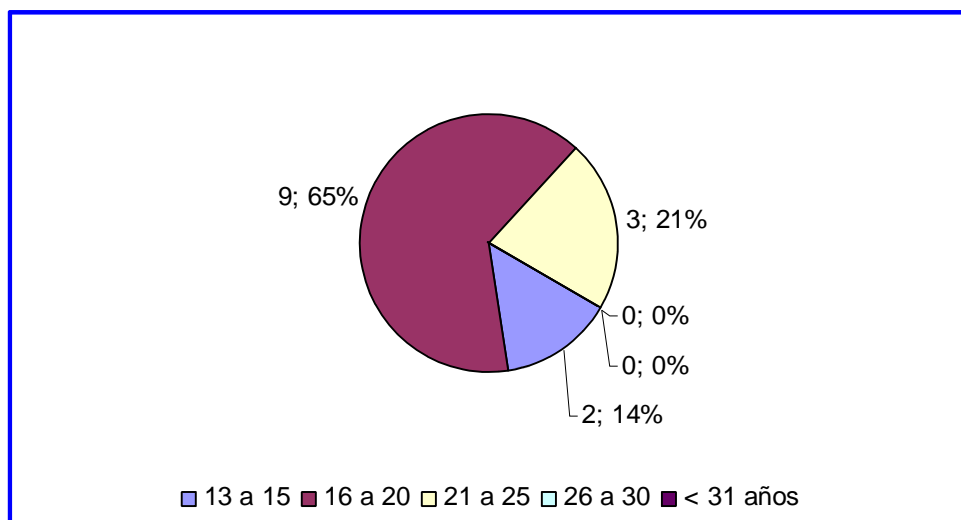
**Grafica 9** tiene usted pareja estable.

La pregunta nueve A que edad inicio su vida sexual se puede observar que de las 21 personas encuestadas 12 empezaron de 13 a 15 años con 57%; 6 empezaron de 16 a 20 años con un porcentaje del 29% y 3 de ellas empezó de 21 a 25 años con un 14%. Ver grafico 10



**Grafica 10** edad en que inicio su vida sexual.

La décima pregunta A que edad tuvo su primer hijo de las 21 personas encuestada se puede observar que dos de las mujeres tuvieron su hijo a una edad de 13 a 15 años con un porcentaje 14%; 9 de ellas tuvo su hijo en el rango de 16 a 20 años para un porcentaje del 65%, siendo totalmente notorio, 3 en el periodo de 21 a 25 años con un porcentaje del 21%. Ver grafico 11



**Grafica 11.** edad en que tuvo su primer hijo.

### 3.6 FUENTES DE DATOS

#### 3.6.1 Fuentes Primarias

Este trabajo además de recolectar información de forma directa de fuentes primarias, implica utilizar técnicas y procedimientos que permiten resolver el tema ya mencionado

Las fuentes primarias serán detalladas a continuación:

- Encuesta dirigida a las usuarias de programas de planificación de los municipios ya citados.
- Entrevistas y sondeos informales al Personal de Salud encargados de estos programas como son: Trabajadora Social, Enfermeras Jefe y Auxiliares de Enfermería
- Entrevistas informales y sondeos al personal que labora en el área de Farmacia (Regente y Auxiliar de Farmacia).

### **3.6.2 Fuentes Secundarias**

Todo estudio de investigación implica acudir a fuentes secundarias, por esta razón se ha acudido a:

- Documentos de Profamilia en el área de Planificación familiar
- Indicadores demográficos del DANE 2005.
- Proyectos de Investigación del Fondo de Población de Naciones Unidas concretamente programa de comportamiento reproductivo y organización familiar de la región de Magdalena Medio
- Documentos del Ministerio de Protección Social- Salud Pública.
- Visitas a EPS Sanitas y Profamilia.

### **3.7 SISTEMA DE HIPOTESIS.**

#### **3.7.1 Hipótesis de primer grado**

En este municipio, la pastilla anticonceptiva es el método de planificación más empleado, debido a su: economía, fácil consecución y porque están incluidas en el POS., a pesar de presentar desventajas como migrañas aumento de peso y porcentaje de efectividad bajo.

#### **3.7.1 Hipótesis de segundo grado**

La mayoría de las mujeres de Curumani, no emplea el preservativo como práctica más segura para las enfermedades de transmisión sexual y/o porque son incómodos, poco placenteros o es considerado para personas promiscuas.

#### **3.7.2 Hipótesis de tercer grado.**

Las mujeres de los municipios de Curumani buscan información para elegir su método anticonceptivo mas adecuado con el encargado de la droguería, familiar y en menor grado con el personal de la salud.

### **3.7.3 Hipótesis nula**

La píldora Anticonceptiva de emergencia no tienen utilización en estos municipios o porque: no se tiene conocimiento de ella, es utilizada solo por las jóvenes o porque es considerada abortiva o por su costo.

## **3.8 IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES**

### **3.8.1 Variable Independiente**

Son los altos índices de embarazos a temprana edad a causa del bajo nivel educativo, socioeconómico, violencia intrafamiliar e hijas de madres víctimas de la violencia sexual, doméstica y social.

### **3.8.2 Variable Dependiente**

Las adolescentes embarazadas por su falta de experiencia sobre la maternidad responsable, trae consecuencia sobre las menores por desconocimientos en los patrones de crianza, mal nutrición, maltrato infantil, muerte perinatal y/o en menores de cinco años, entre otras.

### **3.8.3 Variable Interviniente.**

Son las estadísticas sobre el número de casos y causas de embarazos a temprana edad. No es muy evidente, los registros clínicos son inconclusos y las embarazadas y las madres adolescentes brindan poca información sobre su situación biosicosocial.

## **4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.**

La parte administrativa son las instituciones que les brindan atención a las jóvenes embarazadas, hospital local primer nivel, comisaría de familia, IPS privadas, secretaria de salud municipal.

#### **4.1 Recursos humanos.**

Las jóvenes adolescentes son atendidas por médicos, Ginecoobstetra, enfermería, psicólogas, nutricionista, odontología, comisaría de familia



## 5. CONCLUSIONES

- La planificación familiar es el control racional de la población realizado a nivel familiar, a través de un dialogo abierto; Para poder hacer una planificación familiar hay distintas formas de poder hacerla, todo depende de que tipo de familia uno desea tener, ejemplo: con hijos o sin hijos.
- Es importante que la gente se de cuenta que la paternidad no es cosa de juego y tome con responsabilidad el papel de ser padre, además de que la vida de otro ser esta en nuestras manos, de la paternidad depende el futuro de las sociedades.
- Es importante inculcar valores para que las nuevas generaciones no crezcan sin ellos y así evitar la perdida de moral y la indiferencia ante cualquier circunstancia.
- Para tomar con importancia este tema, debemos partir de un punto muy importante, la responsabilidad; asimismo para obtener una vida próspera, debemos planificar cuán numerosa deseamos nuestra familia.
- Es necesario pues concurrir a Métodos Anticonceptivos para una buena Planificación
- Los Métodos Anticonceptivos son de diferentes tipos, cada uno con altos y bajos porcentajes de seguridad para que la mujer no pueda quedar embarazada.
- Estos suelen ser eficaces dependiendo del organismo de la persona
- Dentro del grupo de mujeres entrevistadas algunas tienen familias numerosas, agregado a ello las precarias condiciones de algunas viviendas, limita el tiempo para atender su salud incluida la planificación familiar.
- El grupo de mujeres entrevistadas realizaron su primera relación sexual a temprana edad lo cual se relaciona con el número de hijos que cada una tiene, reflejando al mismo el no uso de los métodos temporales de planificación familiar a pesar de tener conocimientos sobre ellos.
- La mayoría de la población no planifica el nacimiento de sus hijos, lo que demuestra la no aceptación de los métodos temporales de planificación familiar, por la influencia tanto de factores sociales como culturales.

- En conclusión, las verdaderas razones por las cuales el embarazo adolescente ha venido a constituirse en un problema social no son, como frecuentemente se aduce, su supuesta colaboración en el crecimiento desmesurado, las malas condiciones de salud y la pobreza de la población, sino el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente; la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres –que tienden a conducir a la formación temprana de las familias y que se asocian con mayores riesgos para la salud de éstas–; los cambios sociales y culturales que han llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aun deseosos de hacerlo.
- Como trasfondo del problema quiero agregar la siguiente reflexión: ¿no será que muchos de los problemas que llevan al embarazo adolescente y a los que éste conduce –y, repito, no niego que sean problemas reales– se derivan de la manera como hemos valorado la sexualidad premarital y, particularmente, sancionado la sexualidad adolescente?
- La valoración negativa del ejercicio de la sexualidad antes de la unión podía justificarse en el contexto de una sociedad en la que la sexualidad y la reproducción se encontraban casi indisolublemente unidas, como resultado del periodo relativamente breve entre la fecundabilidad y la unión y de la función prácticamente exclusiva de la mujer como esposa y madre, pero debiera justificarse cada vez menos, pues conforme dichas condiciones van cambiando, se amplían las opciones para las mujeres y se extiende el periodo entre la maduración sexual y la formación de la familia, durante el cual se requiere reforzar la preparación de los y las jóvenes para la prevención de embarazos no deseados e inconvenientes.
- La sanción negativa obstaculiza el acceso a la información, la educación y la preparación para ejercer la sexualidad de una manera placentera y responsable, de modo que buena parte del problema estriba en la manera como los adultos calificamos el fenómeno; en la forma como las

instituciones sociales –la familia, la escuela, las instituciones religiosas, el Sector Salud, etcétera– lo interpretan y lo manejan.

- El embarazo de jóvenes de entre 14 y 16 años se convierte en una problemática de salud pública, mientras que el comercio sexual y la desintegración familiar son un aliciente y motivan al despertar sexual temprano en los adolescentes.

## 6. RECOMENDACIONES

La planificación familiar nos enfatiza a tener conocimientos y para que tenga un buen funcionamiento se sugieren las siguientes recomendaciones:

- Reduce la mortalidad materna y mejora la salud de las mujeres, ya que previene los embarazos no deseados y los de alto riesgo, disminuyendo así la práctica de abortos realizados en condiciones de riesgo.
- El uso de anticonceptivos por parte de hombres y mujeres ayuda a las familias a espaciar los nacimientos, prevenir los embarazos no deseados y, en caso del uso sistemático del condón, sirve para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), entre las que se incluye el VIH
- Aprovechar la oportunidad y la gratuidad de los métodos temporales de planificación familiar como elemento para mejorar su calidad de vida.
- Interesarse por obtener conocimiento sobre salud sexual y reproductiva

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Artículo publicado en la revista «Medicina Holística». Edita: [Asociación de Medicinas Complementarias \(A.M.C.\)](#).
- David Werner. «Crecimiento a cualquier precio». Revista de Medicinas Complementarias.
- Ensayos breves, Salud Pública Méx 1997; Vol. 39.
- Toro-Calzada RJ. Embarazo en adolescentes. Comparación de complicaciones, peso, somatometría y calificación con la población general.
- Fernández-Paredes F, Ávila-Reyes MA, Castro-García MA, Montiel Martín-Blanco E, Godínez-González ME. Problemas perinatales del embarazo en edad precoz. Rev. Salud.
- Adolescente. Reflexiones: Sexualidad, Salud y Reproducción. Ed. El Colegio de México. 1999;13:1–17.

## DIRECCIONES ELECTRONICAS

- [http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo\\_de\\_Yuzpe](http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_de_Yuzpe)
- <http://familydoctor.org/online/famdoces/home/women/contraceptive/319.html>
- [http://es.wikipedia.org/wiki/Planificaci3B3n\\_familiar](http://es.wikipedia.org/wiki/Planificaci3B3n_familiar)
- [http://www.geocities.com/amirhali/\\_fpclass/anticonceptivos.htm](http://www.geocities.com/amirhali/_fpclass/anticonceptivos.htm)
- <http://www.reproline.jhu.edu/spanish/1fp/1methods/1methods.htm>
- [http://es.wikipedia.org/wiki/Metodos\\_anticonceptivos](http://es.wikipedia.org/wiki/Metodos_anticonceptivos)
- [colombiamedica.univalle.edu.co](http://colombiamedica.univalle.edu.co)
- resolución 412 DE 2000 Ministerio de la protección social
- [www.profamilia.org.co](http://www.profamilia.org.co)
- [Invima.gov.co](http://Invima.gov.co)

# ANEXOS

## ANEXO A .PRESUPUESTO

<b>MATERIAL FUNGIBLE</b>	<b>CANT</b>	<b>V. U</b>	<b>TOTAL</b>
Resma de papel	01	12.000	12.000
Cartuchos de impresora (tinta negra)	01	45.000	45.000
Cartucho de impresora a color	01	60.000	60.000
Discos compactos	1	1.000	1.000
Memoria flash	01	60.000	60.000
<b>Subtotal material fungible</b>			<b>\$ 178.000</b>
<b>GASTOS VARIOS POR SERVICIOS</b>			
Fotocopias	50	100	5.000
Carpeta de informes	01	2.000	2.000
Servicio de Internet	100h	1500	150.000
Asesorías	20 h	20.000	400.000
<b>Subtotal gastos varios por servicio</b>			<b>\$ 557.000</b>
<b>Total presupuesto</b>			<b>\$ 735.000</b>

## ANEXO B. ENCUESTA

Encuesta para recolección de datos acerca del acceso al servicio de consulta de planificación familiar

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA  
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGIA E INGENIERIA  
REGENCIA EN FARMACIA  
BOGOTA - COLOMBIA  
2009**

**Encuesta aplicada a:** A mujeres que asisten o no al control de consulta de planificación familiar

**Objetivo:** Recolectar información acerca del “uso de los servicios consulta de planificación familiar”, analizar los datos obtenidos y determinar algunas acciones de salud pública.

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

### CUESTIONARIO:

edad \_\_\_\_\_ sexo \_\_\_\_\_

#### 1. Conoce usted el acceso a los servicios de Planificación Familiar

SI\_\_ NO\_\_

#### 2. Que método de planificación Familiar a usado en los últimos seis meses.

- Ninguno\_\_\_\_\_
- DIU\_\_\_\_\_
- Preservativo\_\_\_\_\_
- Píldoras\_\_\_\_\_
- Inyección\_\_\_\_\_
- Norplant\_\_\_\_\_
- Ritmo\_\_\_\_\_
- Óvulos\_\_\_\_\_
- Otro\_\_\_\_\_



**3. A que edad inicio a usar métodos de planificación Familiar.**

- 15 \_\_\_\_\_
- 15 a 18 \_\_\_\_\_
- 19 a 23 \_\_\_\_\_
- 24 a 30 \_\_\_\_\_
- < 30 \_\_\_\_\_

**4. Conoce usted las ventajas y desventajas de los métodos de Planificación Familiar.**

SI\_\_

NO\_\_\_\_

**5. Su método de anticonceptivos es suministrado por:**

- Medico\_\_\_\_\_
- Farmaceuta\_\_\_\_\_
- Automedicado\_\_\_\_\_
- Amiga\_\_\_\_\_

**6. Usted planifica en un Centro u Hospital.**

SI\_\_

NO\_\_\_\_

**7. Cuantos hijos tiene:**

- 0\_\_\_\_\_
- 1 a 3\_\_\_\_\_
- < 4 \_\_\_\_\_

**8. Tiene usted pareja estable**

SI\_\_\_\_\_

NO\_\_\_\_\_

**9. A que edad inicio su vida sexual**

- 13 a 15\_\_\_
- 16 a 20 \_\_\_
- 21 a 25 \_\_\_
- 26 a 30 \_\_\_
- < 31 años\_\_

**10.A que edad tuvo su primer hijo**

- 13 a 15 \_\_\_\_\_
- 16 a 20 \_\_\_\_\_
- 21 a 25 \_\_\_\_\_
- 26 a 30 \_\_\_\_\_
- < 31 años\_\_\_\_\_

## ANEXO C. RESULTADO DE ENCUESTA MUNICIPIO DE CURUMANI - CESAR

1. Conoce usted el acceso a los servicios de Planificación Familiar

<b>Acceso a los servicios P.F</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
SI	3	60%
NO	2	40%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

2. Que método de planificación Familiar ha usado en los últimos seis meses.

<b>METODO DE PLANIFICACION QUE USA</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
Ninguno		
DIU	1	20
Preservativo	1	20
Inyección	1	20
Píldoras	1	20
Norplant		
Ritmo	1	20
Óvulos		
Otro		
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

3. A que edad inicio a usar métodos de planificación Familiar.

<b>EDAD DE INICO</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
15 - 18	0	0
19 - 23	2	40
24 - 30	1	20
< 30	2	40
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

4. Conoce usted las ventajas y desventajas de los métodos de Planificación Familiar.

<b>ventajas y desventajas</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
SI	3	60%
NO	2	40%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

5. Su método de anticonceptivos es suministrado por:

<b>método de anticonceptivo</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
Medico	3	60%
Farmacéuta	1	20%
Automedicado	1	20%
Amiga		0%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

6. Usted planifica en un Centro u Hospital.

<b>Usted Planifica</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
SI	3	60%
NO	2	40%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

7. Cuantos hijos tiene:

<b>cantidad de hijos</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
0	0	
1 a 3	3	60%
< 4	2	40%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

8. Tiene usted pareja estable

<b>tiene usted pareja estable</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
SI	4	80%
NO	1	20%
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

9. A que edad inicio su vida sexual

<b>EDAD DE INICIO</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
13 a 15	0	0
16 a 20	2	40%
21 a 25	3	60%
26 a 30	0	0
< 31 años	0	0

<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>
--------------	----------	-------------

10. A que edad tuvo su primer hijo

<b>EDAD DE INICIO</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
<b>13 a 15</b>	0	0
<b>16 a 20</b>	2	40%
<b>21 a 25</b>	3	60%
<b>26 a 30</b>	0	0
<b>&lt; 31 años</b>	0	0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

**ANEXO D. RESULTADO DE ENCUESTA MUNICIPIO DE CUCUTA  
NORTE DE SANTANDER**

1. Conoce usted el acceso a los servicios de Planificación Familiar

<b>Acceso a los servicios P.F</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
SI	14	87.5 %
NO	2	12.5 %
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100 %</b>

2. Que método de planificación Familiar ha usado en los últimos seis meses.

<b>METODO DE PLANIFICACION QUE USA</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
Ninguno	<b>2</b>	<b>12.5%</b>
DIU		
Preservativo	7	43.75%
Inyección	3	18.75%
Píldoras	2	12.5%
Norplant		
Ritmo	1	6.25%
Óvulos	1	6.25%
Otro		
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

3. A que edad inicio a usar métodos de planificación Familiar.

<b>EDAD DE INICO</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
15 - 18	13	81.25%
19 - 23	1	6.25%
24 - 30		
< 30		
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>87.5%</b>

4. Conoce usted las ventajas y desventajas de los métodos de Planificación Familiar.

<b>ventajas y desventajas</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
SI	15	93.75%
NO	1	6.25%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

5. Su método de anticonceptivos es suministrado por:

<b>método de anticonceptivo</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
Medico	<b>2</b>	12.5%
Farmaceuta	<b>7</b>	43.75%
Automedicado	<b>3</b>	18.75%
Amiga	<b>2</b>	12.5%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>87.5%</b>

6. Usted planifica en un Centro u Hospital.

<b>Usted Planifica</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
SI	<b>3</b>	18.75%
NO	<b>12</b>	75%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>93.75%</b>

7. Cuantos hijos tiene:

<b>cantidad de hijos</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
0	<b>8</b>	<b>50%</b>
1 a 3	<b>8</b>	50%
< 4		%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

8. Tiene usted pareja estable

<b>tiene usted pareja estable</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
SI	<b>5</b>	31.25%
NO	<b>11</b>	68.75%
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100%</b>

9. A que edad inicio su vida sexual

<b>EDAD DE INICIO</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
<b>13 a 15</b>	<b>12</b>	<b>75%</b>
<b>16 a 20</b>	<b>4</b>	<b>25%</b>
<b>21 a 25</b>		
<b>26 a 30</b>		
<b>&lt; 31 años</b>		
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

10. A que edad tuvo su primer hijo

<b>EDAD DE INICIO</b>	<b>No.</b>	<b>porcentaje</b>
<b>13 a 15</b>	2	12.5%
<b>16 a 20</b>	7	43.75%
<b>21 a 25</b>		
<b>26 a 30</b>		
<b>&lt; 31 años</b>		
<b>Total</b>	9	56.25%



## ANEXO E. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MES OCTUBRE				MES NOVIEMBRE				MES DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Asesoría Metodológica del trabajo de campo												
Recolección de la información necesaria para la elaboración de la propuesta para el trabajo de campo												
Presentación de la propuesta al trabajo de campo												
Recolección de la información para la elaboración de las encuestas												
Organización e interpretación y presentación de la información de las encuesta												
Redacción y organización del trabajo de campo												
Sustentación del trabajo de campo												