

**CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN MUJERES MENORES
DE 18 AÑOS EN LOS MUNICIPIOS DE DABEIBA, PALMIRA Y
PEREIRA EN EL AÑO 2010 Y 2013**

**HUGO ANDRÉS AGUIRRE
ADA CECILIA MONRROY
LEONARDO OCAMPO ACEVEDO
CARLOS ALBERTO PINEDA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNMOLOGIA E INGENIERIA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2 0 1 3**

**CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN MUJERES MENORES
DE 18 AÑOS EN LOS MUNICIPIOS DE DABEIBA, PALMIRA Y
PEREIRA EN EL AÑO 2010 Y 2013**

**HUGO ANDRÉS AGUIRRE
ADA CECILIA MONROY
LEONARDO OCAMPO ACEVEDO
CARLOS ALBERTO PINEDA**

Trabajo de Grado
Presentado como requisito
Para optar al título de
Tecnólogo en Regencia de Farmacia

Asesor:

DILSON RIOS ROMERO

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNMOLOGIA E INGENIERIA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2 0 1 3**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	4
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
2. OBJETIVOS	8
2.1 OBJETIVO GENERAL	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
3. JUSTIFICACIÓN	9
4. LIMITACIONES	10
5. MARCO DE REFERENCIA	11
6. MARCO TEORICO	12
6.1 CONCEPTOS BÁSICOS	12
6.2 FACTORES ASOCIADOS	12
6.3 FACTORES DE RIESGO	13
6.4 FACTORES BIOLÓGICOS	13
6.5 FACTORES ORGÁNICOS	14
7. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	15
8. METODOLOGÍA	18
8.1 FUENTES DE DATOS	18
8.2 VARIABLES SELECCIONADAS	18
8.3 CLASIFICACIÓN DE LOS SUJETOS DE ANÁLISIS POR VARIABLES ESTRATIFICADORAS	19
8.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO	19
8.5 TABLAS ESTADÍSTICAS	22
9. RESULTADOS	23
9.1 ANÁLISIS DE FRECUENCIAS	24
9.2 BUENAS PRACTICAS DE ANTICONCEPCIÓN	26
9.3 ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENTES	28
9.4 RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y FACTORES CONTEXTUALES	28
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	34

INTRODUCCIÓN

Actualmente los embarazos en jóvenes adolescentes se ha convertido en una problemática de salud pública que tiende al aumento. Especialmente importante es la falta de prevención y programas de educación sexual lo que puede estar conllevando el incremento de dicha problemática, a pesar de algunos esfuerzos realizados por los gobiernos no ha sido suficiente para educar de manera adecuada a los ciudadanos adolescentes entre 12 y 18 años, periodo de edad en el cual se ha registrado la mayor tasa de embarazos.

Según estadísticas de la OPS/OMS, los embarazos en adolescentes se han vuelto una de las problemáticas en Salud Pública de mayor inversión social, ya que afectan el crecimiento demográfico, las muertes infantiles y la deserción educativa a nivel mundial. Desafortunadamente en nuestra estructura social existen muchos mandatos distintos para hombres y mujeres con respecto a la conducta de género donde especialmente las mujeres son víctimas de algún tipo de discriminación si se conoce acerca de su actividad sexual, esto conlleva a una sensación de temor a ser juzgadas por la sociedad debido a su condición, lo cual a largo plazo se inhibe su participación en el tema de la sexualidad y no poder recurrir a algún tipo de ayuda o consejo por lo cual terminan en un estado de completo desconocimiento donde toda la responsabilidad recae sobre sí misma y en ocasiones es compartida con su pareja. Adicionalmente no proceden al uso de métodos anticonceptivos por falta de información o para evitar estigmatización por parte de la sociedad lo cual incrementa el riesgo no solo de embarazo sino también de adquirir enfermedades de transmisión sexual.

En los países suramericanos, con excepción de Paraguay, la proporción de adolescentes madres ha tendido a aumentar en las última décadas (Rodríguez, 2008). En América Latina sobresale el caso de Colombia, que de acuerdo con información de las Encuestas de Demografía y Salud de la región, es el país suramericano en que la prevalencia del embarazo adolescente (proporción de adolescentes madres o embarazadas) aumentó más rápidamente entre 1990 y 2005. En el 2005, el embarazo adolescente era de 20,5 % en Colombia, uno de los niveles más altos de la región suramericana, siendo similar, o incluso superior, al de algunos países de Centroamérica o del Caribe que se han caracterizado por tener un alto embarazo adolescente.

La literatura sociodemográfica muestra que la fecundidad adolescente, al igual que la fecundidad global, está determinada por factores individuales (psicosociales, socioculturales, socioeconómicos), interpersonales (del hogar, de los pares) y contextuales (comunidad y política social) que actúan a través de los determinantes próximos: inicio de relaciones sexuales, uso de métodos de control natal y aborto, principalmente. En el caso de Colombia, la evidencia indica que entre las adolescentes, la exposición al riesgo de embarazo, el uso de métodos de control natal y el aborto inducido han venido aumentando, mientras que el rol de

las uniones ha sido pasivo (Flórez y Núñez, 2003; Flórez y Soto, 2007); este proceso ha estado acompañado por un descenso significativo en la edad de inicio de las relaciones sexuales (Flórez y Soto, 2007).

En Colombia, varios estudios han examinado los factores distales que se asocian con el embarazo adolescente (Gaviria, 2000; Barrera e Higuera, 2003; Flórez et ál., 2004; Vargas-Trujillo y Barrera, 2003; Vargas-Trujillo, Henao y González, 2004; Vargas-Trujillo, Barrera, Burgos y Daza, 2004; Flórez y Soto, 2006; Cortés et ál., 2010). Los hallazgos de estas investigaciones indican que la probabilidad de embarazo adolescente está asociada con factores personales individuales, como nivel educativo, acceso a información y a métodos anticonceptivos, percepciones sobre la norma social, la maternidad y sobre las oportunidades de movilidad social; factores interpersonales, como nivel socioeconómico del hogar, estructura familiar y violencia intrafamiliar, apertura a la comunicación con figuras parentales, supervisión parental, las actitudes de los pares hacia las relaciones sexuales en la adolescencia y factores contextuales como nivel de urbanización, la oferta de servicios de calidad, la política social en educación para la sexualidad, normas sociales sobre la maternidad, el inicio de las relaciones sexuales, y factores culturales regionales.

Contrario a lo esperado, el aumento de las últimas décadas en la prevalencia del embarazo adolescente se ha dado paralelo a un aumento en el nivel educativo de la población, a mayores tasas de asistencia escolar primaria y secundaria, mayor cobertura del sistema de salud, mayor uso de métodos de control natal y mejores indicadores sociales de los hogares, tales como Índice de Calidad de Vida, Índice de Desarrollo Humano, el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas y crecimiento económico (Profamilia, 2013).

En general, las intervenciones para disminuir el embarazo adolescente han estado centradas en factores de nivel individual (cogniciones, conocimiento y uso de métodos modernos, percepciones y actitudes) y contextual de política pública (educación y oferta de servicios) (Vargas-Trujillo, Henao y González, 2004; Flórez et ál., 2004). Como algunos estudios cuantitativos y cualitativos lo evidencian, el aumento del embarazo adolescente podría estar relacionado, entre otros, con: a) un conocimiento deficiente de la fisiología reproductiva y del uso apropiado de los métodos de control natal, lo que resulta en altas tasas de falla en el uso de los mismos; b) los resultados deficientes de los programas en educación sexual; c) un impacto importante de factores psicosociales y socioculturales (tanto a nivel individual, interpersonal y contextual), cuyo efecto probablemente ha estado subestimado (Vargas-Trujillo, Henao y González, 2004; Flórez et ál., 2004).

En el presente trabajo se enfatizara en la problemática sobre las causas y consecuencias de los embarazos en adolescentes entre 12 y 18 años, considerando que es un campo muy amplio y difícil de tratar, nos concentraremos en la percepción y conocimientos que tienen las personas de los municipios a los

cuales pertenecemos. La investigación busca la concientización sobre los conceptos básicos de las posibles causas y consecuencias que conllevaría un embarazo en la adolescencia, y de esta manera dar un apoyo a los problemas relacionados con el mismo.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente la frecuencia de embarazos en jóvenes adolescentes se ha incrementado trayendo consigo un problema de salud pública, demandando mayor inversión social por parte de los gobiernos el cual se canaliza hacia un grupo muy específico de adolescentes ciudadanos que tratan de afrontar los nuevos retos en la crianza de sus hijos. La falta de responsabilidad, educación sexual, ambientes de convivencia adversos y falta de oportunidades tanto laborales como académicas han sido algunos de los principales factores que conllevan al surgimiento de los embarazos en los jóvenes. Adicionalmente la falta de apoyo familiar, la ausencia de los gobiernos y la pobreza son factores en los cuales se debe enfatizar los esfuerzos para controlar la tasa de natalidad en dicha población.

De esta manera se procedió a conocer las condiciones de vida en madres jóvenes adolescentes de 4 municipios de Colombia con el fin de averiguar un poco acerca de las posibles causas y consecuencias del embarazo, así como sus perspectivas para afrontar los nuevos retos y cambios que se deben afrontar a nivel individual y social.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo, causas y consecuencias que están directamente relacionados con el surgimiento del embarazo y la actividad sexual temprana en jóvenes adolescentes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el estado social en el cual se han desarrollado las madres adolescentes y su relación con la actividad sexual temprana
- Indagar acerca de la reacción por parte del núcleo familiar y la sociedad inmediatamente relacionada con la joven.
- Averiguar su estado de conocimiento sobre la educación sexual, así como el apoyo brindado por parte del gobierno local.

3. JUSTIFICACIÓN

Debido al gran impacto que se ha observado actualmente en los jóvenes en lo que respecta a su actividad sexual y casos de embarazo, un estudio más directo con la problemática es de crítica importancia, de esta manera se procede a conocer más a fondo las causas de este fenómeno y así poder plantear posibles soluciones que se puedan llevar a cabo por parte de los gobiernos locales y nacional. Por otra parte conocer la opinión de la sociedad frente a la problemática es de vital importancia ya que es necesario educar tanto a los jóvenes como a los ciudadanos para afrontar las consecuencias del problema y así proceder con nuevos sistemas de control y prevención del embarazo en las jóvenes.

4. LIMITACIONES

Los principales obstáculos que afrontamos en el presente estudio recaen en el pequeño muestreo realizado en esta investigación lo cual comprendió únicamente 4 municipios de los 1.123 registrados por el DANE, sin embargo cada uno de los interesados del equipo realizó su aporte a partir de la toma de una pequeña muestra que podemos considerar como un pequeño nicho cuya información fue adquirida a través de encuestas realizadas de manera aleatoria en zonas muy concurridas de cada uno de los municipios, aunque nos proporcionó una gran información para nuestro proyecto, también nos arrojó información valiosa del embarazo en mujeres adolescentes. A pesar de que las campañas de salud y prevención para los adolescentes se han incrementando dramáticamente, los jóvenes no están mostrando un cambio de actitud ya que su actividad sexual inicia a muy temprana edad y buscan experimentar, conocer acerca de su sexualidad pero no de una manera irresponsable provocando embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Debido a esto se tomó la gran importancia de la pequeña muestra obtenida para poder estimar brevemente las causas y consecuencias del embarazo en madres jóvenes adolescentes y poder lograr los objetivos propuestos en el presente estudio para llegar a conclusiones que puedan ser útiles a la comunidad y alcanzar así un mayor grado de concientización en la cual se pueda deducir la prevención de embarazos no deseados, relaciones sexuales a tan temprana edad y enfermedades de transmisión sexual.

5. MARCO DE REFERENCIA

El caso de los embarazos en adolescentes actualmente y a través del tiempo ha existido con gran frecuencia, por lo que se iniciara investigando lo que es la adolescencia así como las características de esta, en la investigación se enuncian las causas y aspectos psicológicos, familiares y sociales ya existentes por lo cual la investigación se expresa en las consecuencias que los embarazos adolescentes acarrear consigo ante el impacto de la sociedad en la que viven, las consecuencias ante cuestiones familiares, así como las secuelas psicológicas que sufren las mujeres que se embarazan en la adolescencia. En las siguientes líneas se muestra parte de la información que ha sido la más relevante para la investigación basada en otros autores.

Según Luis Pedro Menacho (2005) afirma que la adolescencia es un periodo de transición o una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la llegada de la *Dra jeannevive* que menciona la adolescencia y abarca 3 etapas:

- Adolescencia temprana: 10 y 13 años
- Adolescencia media: 14 a los 16 años
- Adolescencia tardía: 17 a 19 años

De acuerdo con Marisol Gutiérrez (2004) la sexualidad es fuente de comunicación y se presenta principalmente en tres zonas:

- Biológica: aspectos fisiológicos
- Erótica: búsqueda del placer
- Moral: valores y normas propias y de la sociedad

El embarazo en adolescentes según Gonzales (2004) señala reacciones de angustia propias en el momento y trastorno en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómeno que condiciona la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo, se dice que una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la influencia ambiental y la visión de la sexualidad sin compromiso para 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, el ser requeridas sexualmente, las hace sentirse valoradas, entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quiere mantener a su lado (Molina 2004).

6. MARCO TEORICO

La fecundidad de las adolescentes es uno de los temas de mayor interés en la actualidad, las consecuencias de un embarazo temprano son muy costosas para las familias, para la sociedad y para el desarrollo nacional; propicia el aumento de las tasas de mortalidad materna e infantil, aumentan los costos para el sistema de salud y seguridad social, reduce las posibilidades de erradicar la pobreza, disminuye el capital humano calificado y limita las posibilidades de desarrollo personal de las madres y de los hijos.

6.1 CONCEPTOS BÁSICOS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es un periodo durante el cual: 1) el individuo pasa de la aparición inicial de las características sexuales secundarias a la madurez sexual; 2) vive la evolución de los procesos psicológicos y los patrones de identificación de niño/a a adulto/a; 3) se da una transición de un estado de total dependencia económica y social a un estado relativo de independencia en estas áreas (OMS, 2002). En general, la adolescencia está definida por un rango de edad lo suficientemente amplio: de 10 a 19 años. Dado que durante este periodo se dan cambios físicos y psicológicos profundos, la mayoría de los investigadores dividen el periodo de adolescencia en tres estadios: adolescencia temprana, intermedia y avanzada (Elliott y Feldman, 1991; Crockett y Petersen, 1994). Según Smetana et ál. (2006), el primer estadio corresponde a las edades entre los 10 y los 13 años, cuando los profundos cambios físicos y sociales coinciden con la pubertad.

El estadio intermedio va de los 14 a los 17 años y corresponde a un periodo de creciente independencia de los padres y la familia; la deserción escolar y el embarazo temprano pueden acortar este periodo. El último estadio, la adolescencia avanzada, va hasta los 19 años, pero puede extenderse hasta más allá de los 20 para aquellos jóvenes que permanecen en el sistema escolar y posponen su entrada al mercado laboral y la formación de una nueva familia.

6.2 FACTORES ASOCIADOS

Los eventos de fecundidad a nivel global en adolescentes está determinada por factores próximos y por factores distales, los cuales según Davis y Blake (1956) identificaron tres grupos de determinantes próximos: a) aquellos relacionados con la exposición al riesgo de embarazo (relaciones sexuales heterosexuales dentro o fuera de una unión estable), b) con la concepción (uso eficiente de métodos de control natal) y c) con la gestación (terminación exitosa o no del embarazo).

Desarrollos posteriores han incluido la infertilidad posparto y se han centrado en aquellos factores que son determinantes importantes de la fecundidad y que, al mismo tiempo, varían entre grupos poblacionales, a saber: inicio de las relaciones

sexuales/matrimonio/unión, anticoncepción, aborto e infertilidad posparto (Moreno y Singh, 1996).

Los determinantes distales afectan directa o indirectamente la fecundidad a través de los determinantes próximos. Bajo el enfoque ecológico, los factores distales están presentes en diversos niveles de influencia: factores intrapersonales o individuales (variables socioeconómicas, demográficas y psicológicas), interpersonales (variables de los grupos primarios de referencia como la familia, los pares y la red de apoyo social) y contextuales (variables comunitarias, institucionales y políticas)

6.3 FACTORES DE RIESGO

Dentro de los principales factores de riesgo se incluyen, entre otros, variables educativas (nivel de escolaridad y conocimientos), cognitivas (actitudes, expectativas, percepciones, creencias, perspectiva de tiempo futuro, conformidad con las normas sociales y comportamentales (habilidades comunicativas para la solución de problemas, la negociación, la toma de decisiones y la búsqueda de apoyo). Adicionalmente las características del hogar/familia, la estructura y funcionalidad de la red de apoyo social y la calidad de las relaciones con figuras significativas (familia, amistades y grupo de pares); así como las características sociodemográficas, expectativas, normas y comportamientos de figuras parentales, agentes sociales de influencia y grupos de referencia. Otras características de gran influencia se relacionan en el contexto del desarrollo cuyos factores están del orden institucional (por ejemplo, regulaciones y políticas que promueven o restringen comportamientos), los de orden comunitario (como características físicas del vecindario, organización y capacidad comunitaria) y los de la política pública (leyes o normas locales o nacionales que regulan o apoyan las prácticas y acciones en salud para la prevención, detección temprana y control) (National Cancer Institute, 2005; Glanz, Rimmer y Lewis, 2002; Small y Luster, 1994).

6.4 FACTORES BIOLÓGICOS

El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivada de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, lo cual aumenta considerablemente los embarazos en las últimas décadas (Vázquez et al 2001).

En los últimos tiempos se ha multiplicado el interés de las ciencias biomédicas y sociales en el logro de un estilo de vida sano por parte de los adolescentes, especialmente, en lo referente a su salud reproductiva. El embarazo en la adolescencia implica alto riesgo para la salud de la madre, del feto y del recién nacido, que puede incluso llevarlos hasta la muerte. Los riesgos derivan de 2

situaciones: una de tipo biológica y la otra condicionada por factores psicosociales.

En el primer caso los peligros están determinados por la inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor en general, adicionalmente el bajo peso del neonato al nacer, mal nutrición y problemas fisiológicos asociados como la hipóxia, problemas de anemia y de azúcar son los más comunes entre estos casos. Por otra parte la maternidad en adolescentes constituye un riesgo potencial de alteraciones biológicas, ya que existe inexperiencia en el cuidado de los niños, modelos parentales inadecuados y la existencia de difusión familiar que determinan un contexto que se asocia con alteraciones tanto maternas como perinatales (Pelaez 1996; Wolk et al. 1996).

6.5 FACTORES ORGÁNICOS

Durante la gestación, el parto y el postparto son mucho más probables toda una serie de problemas orgánicos que pueden afectar notablemente a la madre y al hijo. Esto ha motivado que los embarazos en la adolescencia hayan sido considerados de alto riesgo por la Organización Mundial de la Salud.

Durante la gestación son más frecuentes las anemias, las alteraciones de peso, el crecimiento uterino inferior a lo normal y los abortos espontáneos.

Las complicaciones durante el parto y el postparto son también muy importantes.

La tasa de mortalidad es también más elevada.

Tradicionalmente estas consecuencias orgánicas se habían explicado en base a la inmadurez biológica inherente a la edad de la madre. Sin embargo, investigaciones recientes llegan a la conclusión de que la inmadurez biológica es un factor muy importante sólo en las adolescentes más jóvenes (menores de 15 ó 16 años).

7. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

De acuerdo con los resultados de la serie de Encuestas de Demografía y Salud en Colombia, la proporción de adolescentes madres o embarazadas se incrementó significativamente entre 1990 y 2010 al pasar de 12,8 % a 19,5 %, aunque en los últimos cinco años ha mostrado una leve tendencia a la baja. El embarazo adolescente es más común en las zonas rurales que urbanas y mayor entre las mujeres de menor nivel socioeconómico. Sin embargo, la tendencia creciente del embarazo adolescente de las últimas décadas se observa tanto en áreas urbanas como rurales y en mujeres de diferente nivel socioeconómico. Entre 1995 y 2005, la proporción de adolescentes madres o embarazadas aumentó más en la zona urbana que en la rural, mientras que entre el 2005 y 2010 disminuyó un poco en la zona urbana pero se mantuvo en la rural. Por nivel socioeconómico, entre 1995 y 2005 el aumento a sido mayor. En 1995 la proporción de adolescentes madres entre los grupos más pobres es 11,5 veces mayor que entre los más ricos, mientras que en el 2005, el diferencial baja a casi 3 veces. Por el contrario, entre el 2005 y 2010 se observó un descenso especialmente en los grupos de mayor nivel socioeconómico, ampliando nuevamente la brecha por nivel de riqueza. Este comportamiento del embarazo adolescente indica que no es un fenómeno asociado solamente a los grupos más desventajados socialmente. (Profamilia 2013).

El aumento en el embarazo adolescente, sin un cambio importante en los patrones de unión (legal o consensual), ha llevado a un aumento en la longitud del período de exposición al riesgo de embarazo adolescente prematrimonial y ha generado un aumento en la proporción de madres solteras: aumentó de 18 % en 1990 a 29 % en 2010. Sin embargo, a pesar de este aumento, en 2010 la mayor parte de los embarazos tempranos (71 %) ocurrió dentro de las uniones, siendo la prevalencia del embarazo adolescente de 78 % y de 27 % en las no unidas pero sexualmente activas (Flórez, 2011).

La proporción de recién nacidos de madres menores de 18 años ha continuado aumentando o bien se mantiene estable, en la mayoría de los países de América Latina, con consecuencias negativas tanto para las adolescentes que asumen precozmente la maternidad sin la debida preparación, como para toda la sociedad.

La adolescencia al estar condicionada por características sociales, culturales y económicas bajo las cuales se va formando la joven, no implica únicamente cambios fisiológicos y psicológicos, sino que también puede considerársela como un fenómeno social. (Parra Visoso, 1992).

Identificar los factores individuales, interpersonales, de la comunidad o entorno que afectan la probabilidad de un embarazo precoz es de gran importancia dada las implicaciones del embarazo adolescente evidentes en estudios previos. Por ejemplo, la maternidad adolescente tiene implicaciones en su mayoría de carácter

negativo, tanto para la madre como para el niño, y mucho más cuando ocurre en las edades tempranas de la adolescencia y fuera de uniones estables. Los riesgos de salud, el truncamiento en la trayectoria educativa, la pérdida de oportunidades de ingresos futuros, el rechazo familiar y social, las dificultades emocionales, físicas e incluso financieras son algunos de los costos socioeconómicos para la joven madre. Bajo peso al nacer y riesgos de mortalidad infantil son algunos de las consecuencias negativas para los niños. En el caso específico de Colombia, varios estudios de corte transversal y un estudio pseudo panel corroboran los efectos negativos de la maternidad precoz en el corto y en el largo plazo, tanto para las madres como para sus hijos (Flórez y Soto, 2006; Barrera e Higuera, 2003; Núñez y Cuesta, 2006; Gaviria, 2000; Urdinola y Ospino, 2010).

Las carencias nutricionales, el mal manejo de la sexualidad y la escasa integridad o continencia de los roles familiares, son factores predominantes sobre todo en los grupos de bajos recursos económicos o marginados. También lo son las curvas crecientes de prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA (June, 1997), embarazos no deseados, adicciones, prostitución, delincuencia y sus consecuencias en la marginación. (Kahhle, 1997), (Ferrando, 1993), (Population Reports, 1995).

En varias investigaciones se ha documentado que las madres adolescentes (es decir, de 15 a 18 años de edad) de Colombia presentan los peores indicadores de salud materno infantil, comparadas con las de mayor edad. Esto obedece a factores tanto biológicos como del comportamiento; por ejemplo, las madres adolescentes tienen mayor posibilidad de dar a luz un hijo con bajo peso, importante factor determinante de la mortalidad infantil. En Colombia la tasa general de fecundidad ha bajado muy rápido durante los últimos 30 años. Sin embargo, esta disminución, que se debe principalmente a las tasas específicas de fecundidad en mujeres mayores de 19 años, se ha manifestado poco en las adolescentes.

Estudios realizados en el municipio de Palmira a través del perfil epidemiológico publicado en el año 2010 muestran el incremento en el porcentaje de embarazos adolescentes entre los años 2007 y 2010 en cuyo periodo de tiempo se observó un 4,5% para el primer año de estudio; posteriormente el porcentaje ha ido creciendo mostrando porcentajes de 4,31% para el año 2008, 9,72% para el año 2009 y 11,6% para el año 2010, presentandose así un incremento del 7,1% en 4 años de estudio.

Por otra parte en el departamento de Risaralda, el porcentaje de embarazo adolescente ha sido mayor en la zona rural con un porcentaje de 26,7% comparado con la zona urbana la cual presentó un valor de 17,3% según estadísticas del ministerio de salud. En la ciudad de Pereira en el 2011, 54 niñas menores de 14 años fueron madres y 41 en el 2012, cifra que ha preocupado a las autoridades de salud pública, ya que a esa edad no están preparadas ni física ni

emocionalmente para la responsabilidad que implica la crianza de un hijo. En el rango de edades entre 15 a 19 años 1.226 jovencitas fueron madres en el 2011 y 1.265 en el 2012, de esta manera se observa un incremento de 39 casos más.

La historia es compleja, ya que a través del tiempo en vez de mejorar empeora, los daños sociales son cada vez más y el estado interviene menos, las ayudas no son suficientes o el método educativo no es el adecuado, por tal razón debemos seguir trabajando en ello.

8. METODOLOGÍA

8.1 FUENTES DE DATOS

El estudio se realizó en cuatro municipios de Colombia (Dabeiba – Antioquia; Palmira – Valle del Cauca y Pereira – Risaralda), cuya población de estudio fueron las jóvenes adolescentes en estado de embarazo con edades que oscilaron entre 14 y 18 años. Para la obtención de los datos se procedió a visitar un lugar concurrido en cada uno de los cuatro municipios, lugares como las zonas del centro fueron los escogidos para realizar las encuestas. Inicialmente se identificaron las mujeres jóvenes en estado de embarazo que transitaban por el sector, se procedió a indagar si estaban de acuerdo con la encuesta. Este tipo de muestreo aleatorio se llevó a cabo para conocer la relación que pudiese existir entre el estado de embarazo de la joven y el estrato socioeconómico donde habita además de las diversas variables que se plantearon en la encuesta. Este tipo de muestreo se planteó para evitar el sesgo de los resultados ya que el objetivo fue conocer en cuál de los estratos socioeconómicos las adolescentes son más afectadas en este problema.

Dichas variables comprenden información que se relaciona con su edad, estrato socioeconómico, número de hijos, estado civil, apoyo de su familia y uso de métodos anticonceptivos. Esta encuesta fue diseñada con el fin de conocer las posibles causas del embarazo y ahondar un poco en el ambiente donde se desarrolla la joven madre y el apoyo que ella recibe por parte de su pareja y su familia.

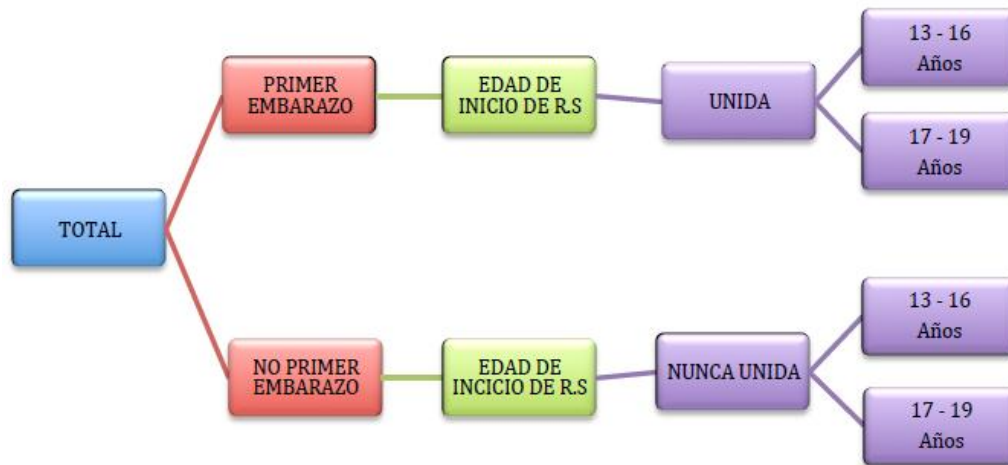
8.2 VARIABLES SELECCIONADAS

Tabla 1. No se encuentran entradas de índice.. Variables encuestadas y analizadas en el estudio

CARACTERÍSTICA	VARIABLE	DESCRIPCIÓN DE VARIABLE
VARIABLE (DEPENDIENTE)	PRIMER EMBARAZO NUMERO DE HIJOS	ESTE ES SU PRIMER EMBARAZO ES SU PRIMER HIJO
COMPORTAMIENTO (FACTORES PROXIMOS)	VIVE CON SU PAREJA EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES HA PLANIFICADO FRECUENCIA DEL USO DEL CONDON HA SUFRIDO O SUFRE DE UNA (ITS)	HA VIVIDO O VIVE CON SU PAREJA A QUE EDAD INICIÓ LAS RELACIONES SEXUALES HA USADO O USA ALGÚN MÉTODO DE ANTICONCEPCIÓN QUE TAN FRECUENTE ES EL USO DEL CONDOM HA SUFRIDO DE UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS	EDAD ASISTENCIA AL SISTEMA EDUCATIVO	EDAD EN EL MOMENTO DE LA ENCUESTA ACTUALMENTE ESTUDIA (COLEGIO, ESCUELA)
PERCEPCIÓN Y ACTITUDES	EDUCACION SEXUAL CONTROLES PRE-NATALES	HA ASISTIDO A ALGÚN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL ASISTE A LOS CONTROLES DEL EMBARAZO
FACTORES INTERPERSONALES	APOYO FAMILIAR	RECIBE APOYO FAMILIAR
FACTORES CONTEXTUALES	ESTRATO SOCIAL	ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO DONDE VIVE

8.3 CLASIFICACIÓN DE LOS SUJETOS DE ANÁLISIS POR VARIABLES ESTRATIFICADORAS

La clasificación de los individuos según la OMS se realiza de acuerdo a las etapas de desarrollo de los jóvenes las cuales comprenden: adolescencia temprana y media 13 – 16 años, adolescencia tardía 17 – 19 años. De acuerdo a estas características se procedió a realizar el siguiente esquema.



8.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Diversos procesos estadísticos se llevaron a cabo para el análisis de los datos, dichos procesos comprendieron evaluaciones de medidas de tendencia central, dispersión y posición:

Media: Es el promedio aritmético de la distribución. Es la suma de todos los valores dividida por el número de casos. Se aplica solo a mediciones de intervalo o de razón.

$$\bar{x} = \frac{x_1 + \dots + x_n}{n}$$

Donde \bar{x} es el promedio a hallar; $x_1 + \dots + x_n$ son los valores obtenidos y n es el número de observaciones.

Mediana: Es el valor que se divide a la distribución por la mitad esto es, la mitad de los casos que caen por debajo de la mediana y la otra mitad se ubican por encima de la mediana.

La mediana se utiliza en niveles de medición ordinal, intervalo o razón.

Mediana =

Donde χ corresponde a n números, χ barra al promedio y *Med* corresponde a la mediana

Moda: Corresponde al valor que más se repite dentro de las observaciones

$\chi = 8, 2, 3, 3, 5, 7, 9, 1$

El valor que más se repite es 3 por lo tanto $\chi = 3$

Se procedió a realizar tablas y gráficos en Excel® y comparación entre las poblaciones y dentro de las poblaciones de estudio para conocer la utilidad de los métodos estadísticos los cuales aplicables a diversos estudios en las ciencias naturales.

También se procedió a realizar tablas de frecuencias para las diversas variables obtenidas en las encuestas, histogramas y gráficos de barras para sintetizar los resultados del análisis.

8.5 TABLAS ESTADÍSTICAS

Frecuencia absoluta: es el número n_i , de observaciones que presentan una modalidad perteneciente a una clase en particular.

Frecuencia relativa: es el cociente f_i , entre las frecuencias absolutas de dicha clase y el número total de observaciones, es decir

$$f_i = \frac{n_i}{n}$$

Obsérvese que f_i es el tanto por uno de observaciones que están en la clase. Multiplicado por 100 % representa el porcentaje de la población que comprende esa clase.

Frecuencia absoluta acumulada N_i : se calcula sobre variables cuantitativas o cuasi cuantitativas, y es el número de elementos de la población cuya modalidad es inferior o equivalente a la modalidad:

$$N_i = n_1 + n_2 + \dots + n_i = \sum_{j=1}^i n_j$$

Frecuencia relativa acumulada F_i : se calcula sobre variables cuantitativas o cuasi cuantitativas, siendo el tanto por uno de los elementos de la población que están en alguna de las clases y que presentan una modalidad inferior o igual a la modalidad, es decir:

$$F_i = \frac{N_i}{n} = \frac{n_1 + \dots + n_i}{n} = f_1 + \dots + f_i = \sum_{j=1}^i f_j$$

9. RESULTADOS

Un total de 60 encuestas fueron realizadas en 3 municipios de Colombia (Dabeiba – Atioquia, Palmira – Valle del Cauca y Pereira – Risaralda) a mujeres adolescentes que presentaban estado de embarazo al momento de la encuesta.

La plantilla de la encuesta contenía 13 preguntas (Anexos) relacionadas con el estado de cuidados, responsabilidades y adaptaciones sociales por parte de la joven madre. 780 datos fueron registrados en los 3 municipios en cuyos rangos de edad de las mujeres que participaron en la encuesta fue de 14 a 18 años. De acuerdo a la clasificación de la etapa de la adolescencia propuesta por la OMS en la cual los adolescentes entre 13 y 16 años pertenecen a la adolescencia media y los jóvenes entre 17 y 19 años a la adolescencia tardía, en el presente estudio se observó que el 56% de las jóvenes encuestadas se clasifican dentro de la adolescencia media y el 44% dentro de la adolescencia tardía.

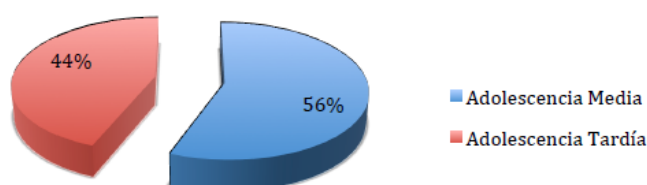


Fig. 2. Porcentaje obtenido a partir de la clasificación de la adolescencia en 60 jóvenes embarazadas encuestadas en 3 municipios de Colombia. En azul se observa la clasificación para adolescencia media y en rojo la clasificación para adolescencia tardía.

A partir de los análisis se observó el valor promedio obtenido referente a la edad a partir de las encuestas y cuyo valor fue de 16 años, así mismo el valor de la mediana fue de 16 años y la moda fue 17 años. La edad máxima registrada fue 18 años y la mínima de 14 años por lo que se observa una problemática a temprana edad de embarazos en las adolescentes pertenecientes a diversos estratos socioeconómicos.

Resultados adicionales adquiridos en las encuestas se enfocaron en la edad en la que las adolescentes comenzaron su actividad sexual, estos datos nos dan una idea del grado de impacto que se puede observar en las poblaciones menos amparadas, la falta de comunicación, educación y capacitación así como generación de conciencia acerca de la sexualidad. En general el promedio de edad observado para el comienzo de la actividad sexual fue 14 años, la mediana fue registrada para una edad de 14 años y la moda fue de 14 años.

Como se observa hay una gran proporción de jóvenes que inician su vida sexual a los 14 años y muy probablemente esta sea la edad crítica para el comienzo de esta actividad ya que comienzan a surgir caracteres sexuales que pueden generar curiosidad entre los adolescentes generando así un escenario propenso para que surja la vida sexual en estos jóvenes. A pesar de la temprana edad promedio que se observó para el inicio de las actividades sexuales, hubo valores atípicos los cuales se registraron para mujeres jóvenes adolescentes de 12 años cuya clasificación de la OMS se ubicaría dentro de la adolescencia temprana, esto demuestra que a pesar de que a esa edad los rasgos sexuales no serían tan notorios, existes jovencitas que comienzan sus prácticas sexuales a muy temprana edad incrementado el riesgo de embarazo en sus primeros estadios de la juventud.

En el otro extremo el valor máximo fue 16 años lo cual aparenta ser normal en la sociedad actual pero sin embargo no deja de ser un problema de salud pública ya que precisamente la edad promedio registrada en las encuestas de embarazo en adolescentes fue 16 años, edad donde las características sexuales están completamente desarrolladas y el riesgo de embarazo es demasiado alto.

9.1 ANÁLISIS DE FRECUENCIAS

La clasificación de las jóvenes encuestadas de acuerdo al estrato socioeconómico al que pertenecen se observa en la tabla 2 de las frecuencias obtenidas para esta variable. De las 60 jóvenes encuestadas 19 pertenecen al estrato 1; 18 al estrato 2; 21 al estrato 3 y 2 al estrato 4, por ello se puede observar que 37 de las 60 jóvenes pertenecen a los estratos menos favorecidos 1 y 2 representando un 61% de los casos de embarazo en las encuestas. Por otra parte los estratos medios 3 y 4 fueron representados con 21 y 2 casos respectivamente lo cual constituye el 39% de los embarazos registrados en las encuestas (Tabla 2).

Tabla. 2. Tabla de frecuencias obtenida para la variable estrato socioeconómico.

Variable (Xi)	F. Absoluta (ni)	F. Relativa (hi)	F. Acumulada (Ni)	F. R. Acumulada (Hi)
Estrato 1	19	0,31	19	0,31
Estrato 2	18	0,3	37	0,61
Estrato 3	21	0,35	58	0,96
Estrato 4	2	0,033	60	1
	60	1		

De acuerdo con la literatura citada se observó una gran proporción de madres adolescentes en los estratos más desamparados, donde las condiciones sociales y el ambiente de desarrollo para una familia o una madre adolescente soltera se tornan muy sombríos debido a la falta de oportunidades que carecen los ciudadanos, adicionalmente la falta de educación y ambientes familiares conflictivos son de especial importancia a la hora de tomar decisiones con respecto a la sexualidad.

Un aspecto particularmente importante en el estudio fue conocer el apoyo que recibían estas jóvenes madres por parte de su familia y esta relación de apoyo con el estrato social donde se desenvuelve la problemática. Para los registros de los estratos se observó la carencia del apoyo familiar en los estratos 1 y 2 donde en el primer caso 5 de las 18 jóvenes no presentan apoyo familiar y para el segundo caso 6 de 19 adolescentes no registraron algún tipo de apoyo por parte de su familia. En contraste se observó que para el estrato 1 un 73% de las familias presentan apoyo a la joven embarazada comparado con un 26% que no lo hace, mientras en el estrato 2 el 33% de las jóvenes no presentaron apoyo con respecto al 66% que si recibieron apoyo (Fig. 3).

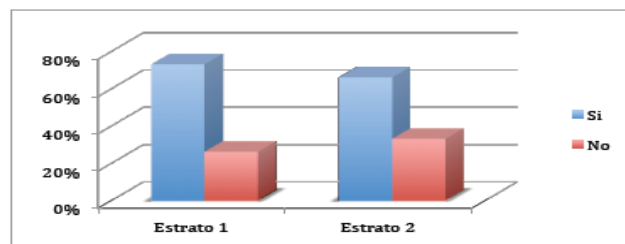


Fig. 3. Representación gráfica en porcentaje para las variables relacionadas con apoyo familiar y estrato socioeconómico donde habitan las madres adolescentes. En azul se representa las jóvenes que si reciben apoyo familiar y en rojo las que no reciben apoyo.

Esta característica observada en el apoyo de la familia hacia las adolescentes en estado de embarazo está relacionada con evitar que esta joven continúe sufriendo en un estado de abandono, adicionalmente la falta de apoyo económico que pudiese recibir por parte del padre del neonato, estas condiciones conllevan a una aceptación por parte de la familia y un cuidado parental que se remitirá principalmente a los abuelos del niño. Por otra parte las jóvenes que no han recibido apoyo por su familia tienden a formar un hogar con el padre de la criatura, sin embargo las condiciones ambientales donde se desarrolla el embarazo son precarias por la falta de ingresos económicos y de conocimiento respecto a cómo actuar bajo estas condiciones.

9.2 BUENAS PRACTICAS DE ANTICONCEPCIÓN

Los anticonceptivos son uno de los mejores métodos para evitar los embarazos, su uso responsable y cuidados a la hora de tomarlos son de gran importancia a la

hora de usar un método de planificación. Debido a su fácil acceso y uso debería ser ampliamente frecuentado por las parejas especialmente los jóvenes; es imposible intervenir en la vida sexual de las personas ya que eso es parte de su desarrollo como ser vivo y hace parte de los derechos de la vida de los Colombianos, sin embargo la falta de información sobre su uso y conocimiento lo ha conllevado al olvido por parte de los jóvenes quienes pueden presentar poca o ninguna formación educativa relacionada con el tema, por esta razón se decidió averiguar cuál es la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes embarazadas encuestadas. La tabla 3 de frecuencias nos muestra el uso relativo del condón por parte de las jóvenes encuestadas, este método ha sido de amplio uso en adultos no solamente para evitar embarazos sino también para evitar enfermedades de transmisión sexual.

Tabla.3. Frecuencias obtenidas para la variable uso de condón entre los encuestados

Variable (Xi)	F. Absoluta (ni)	F. Relativa (hi)	F. Acumulada (Ni)	F. R. Acumulada (Hi)
Siempre	19	0,31	19	0,31
A veces	22	0,36	41	0,68
Nunca	19	0,31	60	1
	60	1		

Dentro del análisis se observó que el 31% de las jóvenes encuestadas siempre usan condón, algunas incluso cuando viven con una pareja estable. Por otra parte el 36% usan este método ocasionalmente lo que puede incrementar tanto un riesgo de embarazo como una posible enfermedad de transmisión sexual, más dramático aún es el 31% restante quienes afirman nunca usar condón en sus relaciones íntimas lo cual presentaría un alto riesgo probabilístico de embarazo o enfermedad transmisible por este método. En general se puede observar que un 67% de las encuestadas usan ocasionalmente o no usan en absoluto el condón en sus relaciones, esto representa más de la mitad de la población de estudio y cuyos argumentos aplican para el no uso de este dispositivo son básicamente incomodidad a la hora de usarlo, no conocer cómo se usa e irresponsabilidad por parte de la pareja a la negativa de su uso.

En lo que respecta al uso de otros métodos anticonceptivos, la relación entre las mujeres que si lo usan y las que no está un poco más equilibrada obteniéndose un 48% de las que si lo usan contra un 52% que no lo hacen, estos malos hábitos en las relaciones sexuales ha conllevado un incremento en la tasa de natalidad en Latino América y en especial Colombia de acuerdo con lo propuesto por (Flórez y Soto, 2006; Barrera e Higuera, 2003; Núñez y Cuesta, 2006; Gaviria, 2000;

Urdinola y Ospino, 2010). En el presente estudio se pudo observar una clara relación entre el no uso de la anticoncepción, la falta de educación sexual y el embarazo en adolescentes, especialmente en su primera experiencia de maternidad (Fig. 4).

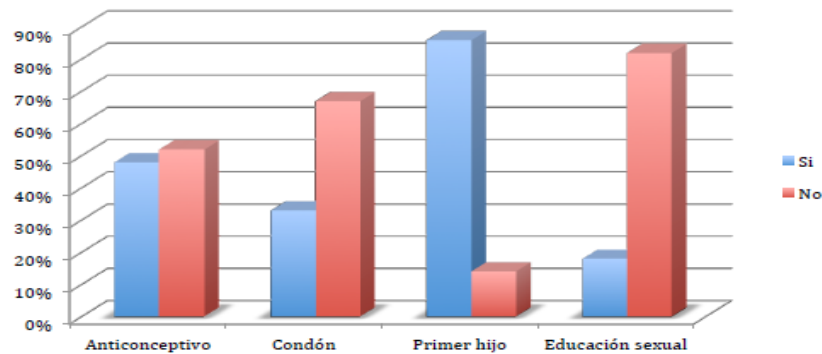


Fig. 4. Relación observada entre las variables anticoncepción, educación sexual y embarazo en 60 jóvenes adolescentes

Como se observa en el gráfico de barras de la figura 4 las malas prácticas de anticoncepción en adolescentes incrementa dramáticamente los casos de embarazos, más del 80% de estos casos se observaron en jovencitas que están experimentando su primer embarazo lo cual presenta un relación directa por la falta del uso de anticonceptivos y la falta de educación sexual, por lo que genera las condiciones óptimas para la generación de embarazos en estas jóvenes.

9.3 ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENTES

La actividad sexual en los jóvenes ha tendido a aparecer a edades mucho más tempranas incrementando así el riesgo de embarazo. En el presente estudio se observó que la edad más frecuente en la que surge la sexualidad es a los 14 años y la menos frecuente fue a los 12 años, aunque esta edad es en realidad casos atípicos que se pueden encontrar en la población, sin embargo no deja de ser preocupante estos casos tan particulares lo cual iguala en frecuencia a las jóvenes de 16 años (Fig. 5 a). La frecuencia relativa acumulada nos da una idea de cómo los datos semejantes se van acumulando de acuerdo a la variable de estudio en los diferentes niveles de comparación, es así como se pudo observar que el 95% de las jóvenes a la edad igual o menor a los 15 años ya presentan actividad sexual lo cual en la frecuencia absoluta acumulada representa 57 de los 60 individuos evaluados (Fig. 5 b). (Tabla 4)

Tabla 4. Tabla de frecuencias para la variable edad de inicio de actividad sexual.

Variable (Xi)	F. Absoluta (ni)	F. Relativa (hi)	F. Acumulada (Ni)	F. R. Acumulada (Hi)
12 Años	3	0,05	3	0,05
13 Años	13	0,21	16	0,26
14 Años	24	0,4	40	0,66
15 Años	17	0,28	57	0,95
16 Años	3	0,05	60	1
	60	1		

De acuerdo a estos resultados se podría observar que estamos viviendo un fenómeno social como lo afirma (Parra Visoso, 1992) en cuyos planteamientos afirma que la adolescencia al estar condicionada por características sociales, culturales y económicas bajo las cuales se va formando la joven, no implica únicamente cambios fisiológicos y psicológicos, por ello se observa a diario jovencitas que no presentan ningún tipo de preparación tanto física como mental para afrontar los cambios generados por el embarazo.

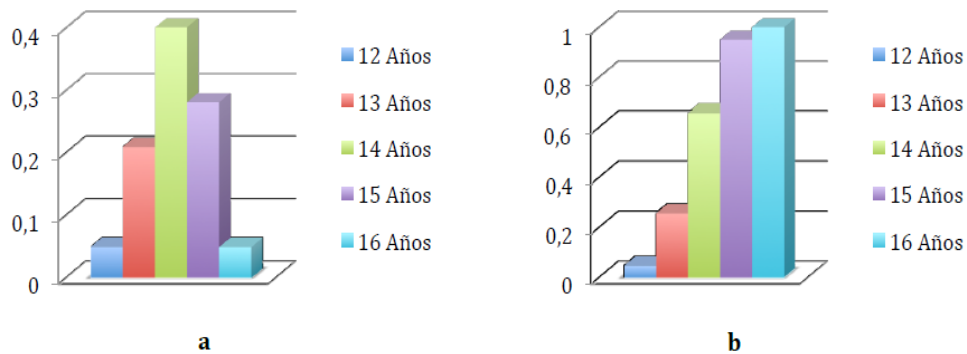


Fig. 5. a. Histograma de frecuencias relativas donde se muestra la edad del comienzo de la actividad sexual en 60 jóvenes adolescentes encuestadas. b. Histograma de frecuencias relativas acumuladas para la edad del comienzo de la actividad sexual.

Las consecuencias de un fenómeno social como el que atraviesa América Latina y en especial Colombia por el incremento de casos de embarazo en adolescentes puede acarrear grandes problemas a mediano y largo plazo. Debido a la falta de preparación, la pobreza, la falta de oportunidades entre otras, la mayoría de los niños que nacen en ambientes adversos tendrán pocas opciones de progreso ya que sus jóvenes madres probablemente no posean los recursos para una mejor

calidad de vida, por lo tanto fenómenos como la delincuencia, drogadicción y prostitución son las fuentes de riesgo que afrontan los nuevos ciudadanos, esto conllevaría a la agudización de las problemáticas sociales e incremento en la inversión para seguridad y reparación social, lo cual en términos más amplios generarían un déficit en la economía y calidad de vida en las personas evitando el desarrollo de un país.

9.4 RELACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y FACTORES CONTEXTUALES

La agrupación de los individuos de acuerdo a su edad y estrato socioeconómico ha demostrado que las jóvenes de 14 y 15 años embarazadas se encuentran principalmente en los estratos 1 y 2 con un 23% respecto al total de encuestadas, para los estratos 3 y 4 no hubo representación de jóvenes de edades menores o iguales a 14 años, por lo que se observa que esta problemática está presente principalmente en los estratos más bajos en la sociedad. Las jóvenes de 16 años estuvieron presentes en los 4 estratos socioeconómicos obtenidos en las encuestas; para el estrato 1 se observó un 8% de los embarazos, en el estrato 2 fue de 6%, el estrato 3 presentó el mayor valor para esta condición con un 11% comparado con el 1% registrado en el estrato 4. Para los embarazos a las edades de 17 y 18 años los estratos más afectados fueron el 2 y el 3 con un 10% cada uno, siendo este valor mayor para el estrato 3 en mujeres de 18 años (8%) relacionado con el 1% en estrato 1. Como se puede observar a esta edad, la proporción de embarazos en el estrato 1 disminuye, aunque no es una diferencia muy significativa es un valor que representa algún grado de conciencia por parte de las jóvenes de estas edades en los sectores más difíciles de la población (Fig. 6a).

El abandono de la escolaridad es uno de los rasgos más dramáticos que pueda experimentar una adolescente ya que interrumpe su proceso de formación académica y disminuye las probabilidades de mejorar su condición económica, además de incrementarse los gastos generados en la crianza de un hijo. Al analizar esta condición que están viviendo algunas madres jóvenes, se revela un panorama sombrío para los estratos más bajos en este aspecto del estudio. Gran parte de las adolescentes encuestadas en los estratos 2, 3 y 4 asisten al colegio, mostrando una relación directa, generando así mayores oportunidades en estas clases sociales comparado con aquellos menos amparados (Fig. 6b)

Desafortunadamente como se observa en la figura 6 a y b gran parte de la población de adolescentes que se clasificaría como “adolescente intermedio” se encuentra en los estratos 1 y 2 lo que conllevaría a un incremento de deserción escolar y la tendencia a agudizar la problemática de la pobreza en estas clases sociales tan desfavorecidas. A partir de estos estudios es cuando se deben tomar medidas drásticas para mitigar el impacto social y económico que trae consigo estos desafortunados eventos de embarazos en las zonas más pobres de los

departamentos, es a partir de aquí que se deben aplicar nuevas estrategias de manejo social en los adolescentes y tratar de controlar la tasa de natalidad a partir de nuevos programas de anticoncepción, pero principalmente una mejor educación no solamente la relacionada con la sexualidad sino a nivel académico en general, adicionalmente trabajar mucho a nivel de la violencia intrafamiliar y la vulnerabilidad de las jóvenes bajo estos ambientes.

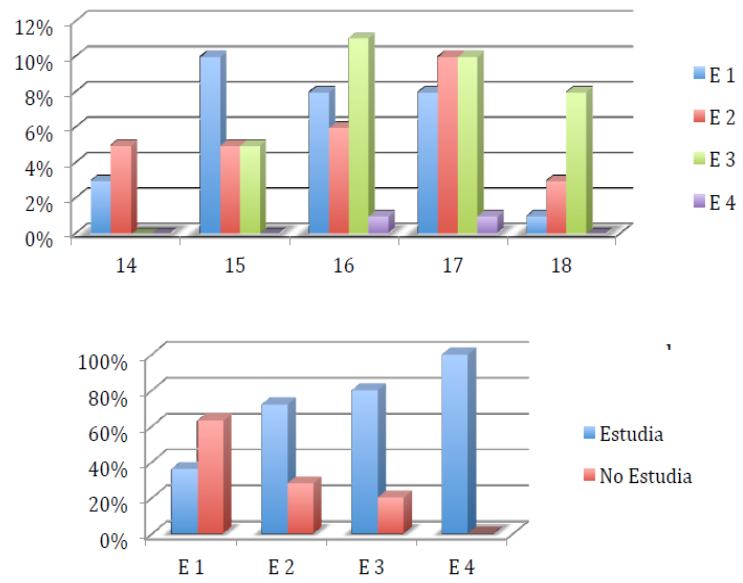


Fig. 6. a. Gráfico de barras que representa los porcentajes relacionados para la edad y el estrato social al cual pertenecen las 60 jóvenes encuestadas. **b.** Comparación de la variable “estudia” con respecto al estrato donde vive la adolescente.

CONCLUSIONES

La sexualidad en los jóvenes se ha transformado en una problemática social debido a los casos de embarazos que se han incrementado últimamente en los estratos menos favorecidos. Debido a esta tendencia se ha planteado este estudio con el fin de conocer las causas y las consecuencias del embarazo en jóvenes adolescentes, para que a partir de aquí proceder a estrategias que puedan ser de gran aplicabilidad en la problemática que se experimenta hoy en día.

Nuevas estrategias de comunicación y capacitación en jóvenes sin importar su género son necesarias para prevenir los casos de embarazos no deseados. Es importante conocer los puntos críticos de una sociedad en particular y las tendencias y estilos de vida de los jóvenes actualmente para comenzar a organizar las estrategias que puedan tener gran impacto en la población objetivo.

Las situaciones más complejas y comunes que se pueden vivir por parte de estas jóvenes madres y cuya decisión del comienzo de una vida sexual se relacionan directamente con la violencia intrafamiliar y ambiente adverso donde ellas se desarrollan, por lo tanto planes de control de violencia a nivel intra e inter familiar puede ser una de las primeras estrategias para llevar a cabo en el control de la natalidad en este grupo particular.

Proceder a fortalecer la educación en las zonas marginadas, despertar el interés por el conocimiento o por el apoyo a su comunidad transformaría el pensamiento y conllevaría a una nueva forma de vida con un pensamiento más crítica acerca de la vida y las oportunidades que puedan surgir para mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Barrera, F., e Higuera, L. (2003). *Embarazo y Fecundidad Adolescente: Análisis de encuestas de coyuntura social*, octubre. Bogotá: Fedesarrollo.

Cortés D., Gallego J., Latorre C., Maldonado, D., Ortegón M., y Piñeros L. (2010).

Evaluating policies to reduce teenage childbearing in Bogotá, Colombia: The effects of policies reducing costs of education faced by households. Bogotá: Informe preliminar. BID.

Crockett y Petersen (1994). Adolescent Development: Health, risks and opportunities for health promotion. En: Millstein, S., y Petersen, A. (editores): *Promoting the health of adolescents: new directions for the 21st century*. New York: Oxford University Press.

Davis K. y Blake J. (1956). Social Structure and Fertility: An analytical framework. En: *Economic Development and Cultural Change*. vol. 4, 211-235. Chicago: The University of Chicago Press.

Elliott, G., y Feldman, S. S. (1991). Capturing the adolescent experience. En: Feldman, S.S., y Elliott, G. (editores): *At the threshold: the developing adolescent*. Cambridge: Harvard University Press.

Ferrando, D. The teenage mother and the early pregnancy. Lima, UNICEF/consorcio mujer 1993. P. 199 – 205

Flórez et al. (2004). *Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida*. Documento CEDE No. 31, agosto. Bogotá: Universidad de los Andes.

Flórez C.E. y Núñez J. (2003). Teenage childbearing in Latin American countries. En: Duryea, Cox and Ureta (editores): *Critical decisions at a critical age: adolescents and young adults in Latin America*, Capítulo 2, 23-90. Nueva York: BID.

Flórez C.E. y Soto V. (2006). *Salud sexual y reproductiva de las adolescentes*, 91. Bogotá: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Gaviria, A. (2000). Decisiones: sexo y embarazo entre las jóvenes colombianas. En: *Coyuntura Social*, no. 23, noviembre. Bogotá: Fedesarrollo.

Glanz, K., Rimmer, F., y Lewis, M. (2002). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, Practice*, tercera edición. San Francisco: Jossey-Bass.

Interpersonal Societal Contexts. En: *Annual Review of Psychology*, 57, 255–84.

June, J. Y Díaz, A. Situación de la salud materno infantil y sus tendencias en América Latina y el Caribe. Acciones de salud a nivel local. OPS, OMS; 1997

Kahhale, E. et al. Development of teenager's sexuality and mother-child relationship. *Rev. Ginecol. Obstet* 1997; 8(1):23-9

Moreno, L. y Singh, S. (1996). Fertility decline and changes in proximate determinants in the Latin America and the Caribbean region. En: Guzmán, J.M.,

Singh, S., Rodríguez, G., y Pantelides, E.A. (editores): *The Fertility Transition in Latin America*. Nueva York: Oxford University Press.

National Cancer Institute (2005). *Theory at a Glance: A guide for Health Promotion Practice*. US Department of Health and Human Services, NIH Publication, no. 05-3896.

Núñez, J., y Cuesta, L. (2006). *Efectos de algunos factores demográficos sobre el bienestar de las madres y sus hijos en Colombia*. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005. Serie Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá: Profamilia. Organización mundial de la Salud (2002). Progreso en investigación de la Salud Reproductiva, No. 58.

World Health Organization (2002). *Progress in Reproductive Health Research*, no. 58.

Parra Visoso, A. Sexualidad en la adolescencia, Mexico. Secretaria de salud. Dirección general de planificación familiar, 1992 p. 59-65

Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. *Rev Cubana ObstetGinecol* 1996; 22 (19): 11-5

Population Reports. Control de las enfermedades de transmisión sexual. Crecimiento, cambios y riesgos. 1995 ; 23: 3, p 2 - 3

Profamilia 2013. Florez C E. Soto V E. Serie de estudios a profundidad ENDS 1990 – 2010. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia.

Rodríguez, J. (2008). *Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción*. Santiago de Chile: OIJCELADE.

Small, S.A., y Luster, T. (1994). Adolescent sexual activity: An ecological, risk factor approach. En: *Journal of Marriage and the Family*, 56, 181-192.

Urdinola, P., y Ospino, C. (2010). *Long term consequences of adolescent fertility in Colombia*, Informe Preliminar al BID. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Vargas-Trujillo, E., y Barrera, F. (2003). Actividad sexual y relaciones románticas durante la adolescencia: algunos factores explicativos. En: *Documentos Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales (CESO)*, No. 56. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales.

Vargas-Trujillo, E., Henao J., y González C. (2004). *Fecundidad adolescente en Colombia. Un enfoque de historia de vida*. Resultados preliminares del estudio cualitativo. Informe no. 4. Bogotá: Universidad de Los Andes, CEDE.

Vargas-Trujillo, E., Barrera, F., Daza, B., Burgos, M. (2004). Influencia de los programas televisivos con contenido sexual sobre el comportamiento de los adolescentes. En: *Documentos Centro de Estudios Socioculturales e Internacionales (CESO)*, no. 82. Bogotá: Universidad de Los Andes, Facultad de Ciencias Sociales.

Vázquez Márquez A, Guerra Verdecia C, Herrera Vicente V, De la cruz Chávez F, Almiral Chávez A M. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y parental más frecuentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2001; 27 (2): 158-64

Wolk LI, Rosebaum R. The benefits of school-based condom availability: crosssectional analysis of a comprehensive – high school program. *J Adolescent Health* 1996; 17 (3): 184 – 8

ANEXOS

Encuesta Embarazo en Jóvenes adolescentes

Nombre _____

1. Edad _____

2. Estrato social _____

3. Actualmente estudia Si _____ No _____

4. Es su primer embarazo Si _____ No _____

5. Asiste a los controles del embarazo Si _____ No _____ A veces _____

6. Número de Hijos _____

7. Vive con su pareja Si _____ No _____

8. Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad de transmisión sexual

Si _____ No _____ No Sabe _____

9. Ha usado algún método de planificación Si _____ No _____

10. Que tan frecuente es el uso de condón en sus relaciones sexuales

Siempre _____ A veces _____ Nunca _____

11. Desde que edad tiene relaciones sexuales _____

12. Ha asistido a algún programa de educación sexual Si _____ No _____

13. Recibe apoyo de su familia Si _____ No _____ A veces _____

Datos de las 60 jóvenes encuestadas en 3 municipios de Colombia.

NOMBRE	EDAD	ESTRATO	ESTUDIA	P. EMBARAZO	CONTROLES	# HIJOS	V. PAREJA	ITS	PLANIFICAC	CONDON	ER S	E SEXUAL	A FAMILIA
JULIANA CARVAJAL	16	1	SI	SI	A VECES	13	NO	SI	NOS	SIEMPRE	136	NO7	A VECES
ANA MARÍA SOLARES	16	1	NO	NO	NO	2	SI	NO SABE	NO	NUNCA	12	NO	NO
KATERINE LEIVA	16	4	SI	SI	SI	1	NO	NO	SI	A VECES	14	SI	SI
KARLA CARVAJAL	15	1	NO	SI	A VECES	1	SI	NO SABE	NO	NUNCA	12	NO	A VECES
MICHEL ZANABRIA	16	2	SI	SI	A VECES	1	NO	NO	SI	SIEMPRE	14	SI	SI
KAREN CASTILLO	17	4	SI	SI	SI	1	NO	NO	SI	SIEMPRE	15	SI	SI
NAIDU FUENTES	17	1	NO	NO	A VECES	2	SI	NO	NO	NUNCA	14	SI	A VECES
SAMANTA OLIVARES	18	3	NO	SI	SI	1	SI	NO	SI	A VECES	16	SI	SI
KELY CARMONA	14	2	SI	SI	SI	1	NO	NO SABE	SI	A VECES	13	NO	SI
ANDREA ARIAS	15	1	SI	SI	SI	1	NO	NO SABE	NO	A VECES	13	SI	SI
USNAVY ZAPATA	17	1	NO	NO	SI	2	SI	SI	NO	NUNCA	13	NO	NO
YURANI ROSALES	15	1	NO	SI	NO	1	NO	NO SABE	NO	A VECES	12	SI	SI
YURLEIDY TABARES	17	1	NO	NO	A VECES	2	SI	SI	NO	A VECES	14	NO	A VECES
NATALIA RODRIGUEZ	15	1	SI	SI	A VECES	1	NO	NO SABE	SI	NUNCA	13	NO	A VECES
FALON JULIANA CARDENAS	18	1	NO	NO	NO	2	SI	NO	NO	NUNCA	14	NO	A VECES
MOMICA PEREZ	18	2	SI	NO	A VECES	2	NO	NO	NO	A VECES	15	NO	A VECES
JULIANA ALEXANDRA CARMONA	16	1	NO	SI	NO	1	NO	NO SABE	NO	A VECES	13	NO	SI
SOFIA RAVE	17	1	NO	SI	NO	1	SI	NO	NO	NUNCA	15	NO	A VECES
MARITZA CUARTAS	16	3	SI	SI	SI	1	NO	NO	SI	A VECES	14	SI	SI
CAROLINA PALACIOS	17	2	NO	SI	A VECES	1	NO	NO	SI	A VECES	15	NO	SI
ANGIE	17	2	SI	SI	SI	1	NO	NO	NO	A VECES	14	NO	SI
CLAUDIA	15	3	SI	SI	SI	1	NO	NO	NO	NUNCA	14	NO	SI
LORENA	16	2	NO	SI	SI	1	SI	NO	SI	A VECES	14	NO	SI
YESICA	15	2	SI	SI	SI	1	NO	NO	NO	NUNCA	14	NO	SI
MONICA	16	3	SI	SI	SI	1	SI	NO	SI	A VECES	13	NO	SI
ALEJANDRA	18	3	SI	SI	SI	1	NO	NO	SI	A VECES	13	NO	SI
DANIELA	16	3	SI	SI	SI	1	NO	NO	SI	A VECES	15	NO	SI
MARIA	14	2	SI	SI	SI	1	NO	NO	NO	NO	13	NO	SI
GISELLA	17	3	SI	SI	SI	1	NO	NO	NO	NUNCA	15	NO	SI
NATALIA	15	3	SI	SI	SI	1	NO	NO SABE	NO	A VECES	14	NO	SI

Continuación tabla 2

NOMBRE	EDAD	ESTRATO	ESTUDIA	P. EMBARAZO	CONTROLES	# HIJOS	V. PAREJA	ITS	PLANIFICAC	CONDON	E R S	E SEXUAL	A FAMILIA
VALENTINA	18	3	NO	SI	SI	1	NO	NO	SIS	NUNCA	14	NO	SI
SUSANA	18	2	NO	SI	SI	1	SI	NO	SI	A VECES	15	NO	NO
SALOME	16	3	SI	SI	SI	1	NO	NO	NO	A VECES	15	NO	SI
LORENA	18	3	NO	SI	SI	1	SI	NO	SI	A VECES	16	NO	SI
GILARY	16	2	SI	SI	SI	1	NO	NO	NO	A VECES	15	NO	SI
MARCELA	17	3	SI	SI	SI	1	NO	NO	SI	A VECES	16	NO	SI
MANUELA	15	3	SI	SI	SI	1	NO	NO	NO	NUNCA	14	NO	SI
LINA	18	3	SI	SI	SI	1	NO	NO	SI	SIEMPRE	15	NO	SI
KEILA	17	3	SI	SI	SI	1	NO	NO	SI	NUNCA	14	NO	SI
MARIA ANGEL	16	3	SI	SI	SI	1	NO	NO	NO	A VECES	15	NO	SI
CAROLINA TORRES	17	2	SI	SI	SI	1	NO	NO	SI	SI	15	NO	SI
XIMENA RESTREPO	16	3	SI	SI	SI	1	NO	NO	SI	SI	14	NO	SI
LUCIA CORDOBA	14	1	SI	SI	SI	1	NO	NO	SI	SI	13	NO	SI
SANDRA LÓPEZ	15	1	NO	SI	SI	1	NO	NO	NO	NO	14	SI	NO
DAYANA MUÑOZ	15	2	SI	SI	SI	1	SI	NO	NO	SI	14	SI	NO
ELIZABETH GALINDO	17	2	SI	SI	SI	1	SI	NO	SI	NO	15	NO	NO
YAKELINE FLORES	14	2	NO	SI	SI	1	SI	NO	SI	SI	13	NO	NO
FRANC RENTERIA	16	3	NO	SI	SI	1	NO	NO	SI	NO	14	NO	SI
SOFIA RAMOS	17	3	SI	NO	SI	2	NO	NO	NO	SI	14	NO	SI
MILENA ZEA	17	3	SI	SI	NO	1	NO	NO	NO	SI	14	NO	SI
INGRID SANTANA	15	2	SI	SI	SI	1	NO	NO	SI	SI	14	NO	SI
STELLA GRAJALES	14	1	NO	SI	SI	1	SI	NO	SI	SI	13	NO	NO
MARIA TABORDA	17	2	SI	SI	SI	1	NO	NO	SI	SI	14	NO	NO
GLORIA PALACIO	16	1	SI	SI	NO	1	NO	NO	SI	NO	14	NO	SI
BLANCA DUQUE	15	1	SI	SI	SI	1	SI	NO	NO	SI	13	NO	SI
ADRIANA TAPASCO	17	3	SI	SI	SI	1	NO	NO	SI	SI	15	NO	SI
YEIMI CARDONA	17	2	SI	SI	SI	1	NO	NO	SI	SI	15	SI	SI
KATHERINESANCHOZ	16	2	NO	SI	SI	1	NO	NO	NO	SI	14	NO	NO
VALENTINA GIL	16	1	NO	SI	SI	1	SI	NO	NO	SI	15	NO	NO
DANIELA BETANCURTH	17	1	SI	NO	SI	2	SI	NO	SI	NO	15	NO	SI

PLAN TERRITORIAL DE SALUD PÚBLICA MUNICIPIO DE PALMIRA

OBJETIVO ESPECÍFICO. Mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población intercultural y diversa, ciclos vitales y grupos vulnerables con enfoques determinantes.

Estrategia. Las acciones de salud pública y promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud, además del fortalecimiento de los servicios de baja y mediana complejidad para mejorar la capacidad resolutive en la prestación de servicios de salud.

Meta /resultado. Cumplir en 90% el Plan Territorial de Salud para mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población.

Indicador. Porcentaje de cumplimiento del Plan Territorial de Salud (Anexo: Tabla de Indicadores del Plan Territorial de Salud).

Subprograma. Protección en salud.Meta / producto. Cubrir en 95% la población objetivo con el programa protección en salud.

Subprograma. Salud materna.

Meta/Producto. Aumentar en 6% el número de madres gestantes vinculadas al programa de control prenatal antes de la semana N° 12 de gestación.

Subprograma. Salud en la primera infancia "Niños y niñas con estilo de vida saludable"

Meta/Producto. Cumplir el 95% de cobertura en niños y niñas de 0 a 5 años con el esquema completo de vacunación.

Indicador. Número de niños y niñas de 0 a 5 años cubiertos con el esquema completo de vacunación.

Meta/Producto. Realizar dos campañas anuales de prevención en mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años.

Indicador. Porcentaje de población menor de cinco años beneficiada con las campañas anuales de prevención en mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA).

Meta/Producto. Reducir en 2,7% la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años.

Indicador. Porcentaje de reducción de la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años.

Meta/Producto. Realizar dos campañas anuales de prevención en mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años.

Indicador. Porcentaje de población menor de cinco años beneficiada con las campañas anuales de prevención en mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA).

Meta/Producto. Implementar la estrategia de lactancia materna en las veinticuatro Instituciones Prestadoras de Salud IPS.

Indicador. Número de IPS con la estrategia implementada.

Subprograma. Prevención en VIH/SIDA.

Meta/Producto. Realizar cuatro jornadas de pruebas voluntarias de VIH para población en riesgo.

Indicador. Número de jornadas de pruebas voluntarias de VIH realizadas para población en riesgo.

Meta/Producto. Promover cuatro campañas de comunicación de prevención de VIH/SIDA en población heterosexual, LGTBI y trabajadoras sexuales.

Indicador. Número de campañas de comunicación de prevención de VIH/SIDA en población heterosexual, LGTBI y trabajadoras sexuales realizadas.

PROGRAMA. Aseguramiento

OBJETIVO ESPECÍFICO. Alcanzar el 100% en aseguramiento de la población pobre no asegurada.

Estrategia. Realizar procesos de promoción de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS-, actualizando, identificando, priorizando, depurando, y sistematizando las bases de datos del régimen subsidiado, contributivo, y otras bases necesarias, como medida de transparencia y eficacia con los recursos, realizando adecuación tecnológica y recurso para procesos de afiliación, gestión financiera de recursos y actividades de Inspección Vigilancia Control, -IVC- y auditoría del régimen subsidiado.

Meta/Resultado. Alcanzar el 100% en aseguramiento de la población pobre no asegurada.

Indicador. Porcentaje de población pobre no asegurada en el SGSSS.

Subprograma. Fomento y monitoreo del aseguramiento

Meta/Producto Afiliar al SGSSS 16.177 personas de la población pobre no asegurada.

Indicadores

- Número de personas de la población pobre no asegurada, afiliadas al SGSSS (Sistema de Seguridad Social en Salud).
- Ocho campañas para promover la afiliación al SGSSS realizadas.

Meta/Producto. Realizar inspección, vigilancia y control al 100% de las aseguradoras del SGSSS.

Indicador. Porcentaje de cumplimiento del Plan de Inspección, Vigilancia y Control a las SGSSS.

PROGRAMA. Atención Primaria en Salud

OBJETIVO ESPECÍFICO. Fortalecer la prestación de servicios de atención primaria en salud.

Estrategia. Llegar a cada familia Palmirana a través de los equipos básicos de atención primaria en salud, como facilitadores de la prestación de servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación, con un estricto seguimiento mediante actividades de Inspección, Vigilancia y Control IVC.

Meta/Resultado. Alcanzar el 90% la calidad de los servicios de atención primaria en salud.

Indicador. Porcentaje de calidad de los servicios de atención primaria en salud alcanzado.