

**ANÁLISIS DE EMBARAZOS REPORTADOS EN ADOLESCENTES DE LA IPS  
COOPERATIVA DE SALUD SAN ESTEBAN DEL CORREGIMIENTO DE SAN  
CRISTÓBAL DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN DURANTE EL PERIODO 2015.**

**POR:**

**SONIA QUICENO RENDÓN**

**JUHDY PATRICIA RINCÓN VÉLEZ**

**CARLOS MARIO MUÑOZ SÁNCHEZ**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**ASESOR:**

**JUAN JOSÉ ACOSTA GOMEZ M.D**

**FUNDACION UNIVERSITARIA LUIS AMIGO**

**ESCUELA DE POSGRADOS**

**ESPECIALIZACION DE GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

**MEDELLIN**

**2016**

## Tabla de contenido

Introducción .....	5
1. Marco referencial.....	6
<b>1.1. Planteamiento del problema.</b> ....	6
<b>1.2. Justificación</b> .....	8
<b>1.3. Objetivos</b> .....	11
<b>1.3.1. Objetivo General</b> .....	11
<b>1.3.2. Objetivos Específicos</b> .....	11
2. Marco Teórico .....	11
<b>2.1. Adolescencia</b> .....	11
<b>2.2. Embarazo en la adolescencia</b> .....	12
<b>2.3. Características Socio-demográficas</b> .....	21
<b>2.3.1. Demografía</b> .....	21
<b>2.3.2 Economía</b> .....	22
<b>2.3.3 Tecnología</b> .....	23
<b>2.3.4. Cultura</b> .....	23
<b>2.3.5. Entidades de Salud</b> .....	24
<b>2.4. Cambios en la Adolescencia</b> .....	24
<b>2.4.1. Desarrollo físico</b> .....	24

<b>2.4.2. Desarrollo intelectual</b> .....	24
<b>2.4.3. Desarrollo emocional</b> .....	25
<b>2.4.5. Desarrollo social</b> .....	25
<b>2.5. Dependencia de la adolescente embarazada</b> .....	26
<b>2.6. Marco Legal</b> .....	27
3. Marco conceptual.....	30
<b>3.1. Adolescencia</b> .....	30
<b>3.2. Planificación familiar</b> .....	30
<b>3.3. Sexualidad</b> .....	31
<b>3.4. Proyecto de vida</b> .....	31
<b>3.5. Control Prenatal</b> .....	31
4. Metodología.....	31
<b>4.1. Tipo de Estudio</b> .....	31
<b>4.2. Universo</b> .....	32
<b>4.3. Población y muestra</b> .....	32
<b>4.4. Criterios de Inclusión</b> .....	32
<b>4.5. Recolección de Información</b> .....	32
<b>4.6. Análisis y resultados de la información</b> .....	33
<b>4.7. Ética del Proyecto</b> .....	36
<b>4.8. Presupuesto o análisis de Costos</b> .....	37

5. Conclusiones.....	38
6. Recomendaciones .....	39
Referencias .....	42
Anexos .....	44
<b>Anexo A. Árbol de problemas.....</b>	<b>44</b>
<b>Anexo B. Árbol de soluciones .....</b>	<b>44</b>
<b>Anexo C. Cronograma.....</b>	<b>44</b>
<b>Anexo D. presupuesto o análisis costos.....</b>	<b>44</b>
<b>Anexo E. Marco Lógico .....</b>	<b>44</b>
<b>Anexo F. Plataforma estratégica IPS Cooperativa de Salud San Esteban ....</b>	<b>44</b>
<b>Anexo G. Matriz DOFA IPS Cooperativa de Salud San Esteban .....</b>	<b>44</b>
<b>Anexo H. Formato encuesta embarazo en adolescentes.....</b>	<b>44</b>

## **Introducción**

La edad de inicio de la vida sexual es cada vez más temprana; el embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública por tanto uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y a agrandar el círculo de enfermedad y pobreza, con el descenso de esta edad se han presentado para la sociedad problemas personales, de pareja, familiares y sociales que tienen grandes e innegables consecuencias en el engranaje social.

Los embarazos en adolescentes y niñas aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo.

Dichos embarazos son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales, esta problemática tiene repercusiones sociales y económicas negativas para las jóvenes, sus familias y la comunidad. Muchas adolescentes que quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo

La sola adolescencia es un reto personal, es la oportunidad para que el joven aprenda de sus experiencias.

El embarazo en los adolescentes genera además de los impactos personales, otros económicos y sociales, toda vez que se afecta una sociedad en todo su contexto que no puede ser ajena a dicha situación.

## **1. Marco referencial**

### **1.1. Planteamiento del problema.**

La proporción de adolescentes madres ha tendido a aumentar en las últimas décadas en la mayoría de los países suramericanos (Rodríguez, 2008). 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 (1). 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; además el ICBF cito cifras del Dane que revelan que entre el 2008 y el 2013, en promedio cada año han nacido 159.656 hijos de madres entre los 10 y los 19 años. De acuerdo con este indicador, la tasa diaria estaría alrededor de los 435 nacimientos diarios. Según el Observatorio Nacional e Intersectorial de Embarazos en Adolescentes (ONIEA) se presentaron durante el año 2000 (19,1%), en el 2005 (20.5%) y 2010 (19.5%) de embarazos en adolescentes, con una razón de mortalidad materna de 74 por 100.000 nacidos vivos.

Cristina Plazas, directora del ICBF (2014), dijo que sobre esa cifra, el 64 por ciento son embarazos no planeados. Añadió que otra de las preocupaciones es el embarazo subsiguiente, pues se estima que el 20 por ciento de las mujeres gestantes vuelven a quedar embarazadas entre los 7 y 14 meses siguientes, y el 33 por ciento, entre los 14 y 24 meses siguientes (2).

En la IPS Cooperativa de Salud San Esteban del Corregimiento de San Cristóbal del municipio de Medellín se observa un aumento de casos de embarazos en la población adolescentes durante el año 2015. Necesitamos una política Institucional para mitigar esta situación articulando todas las acciones del Gobierno para poder bajar esos índices y cumplir entre otros con el Objetivo del Milenio en el que estamos en deuda como país, departamento, municipio e institución.

Dentro de las causas que generan el embarazo en adolescentes se tienen en lo personal: baja autoestima como se demuestra en el estudio de doctora Carmen de la Cuesta Benjumea (2002), necesidad de reconocimiento, rebeldía y la influencia de grupos o amigos; en lo socioeconómico: la baja estratificación, el desempleo y por ende la falta de recursos, el trabajo infantil, la desescolaridad, la drogadicción y el conflicto armado; en la disminución de la calidad e impacto de los programas de Promoción y Prevención: los programas ineficientes y políticas institucionales deficientes; a nivel familiar: hogares disfuncionales, violencia intrafamiliar, hacinamiento y la baja o deficiente comunicación y por último en el ámbito cultural: creencias religiosas, mitos acerca de los métodos anticonceptivos y la inequidad de género.

Estas causas enunciadas dan como consecuencia la baja calidad de vida enmarcada en deserción escolar: generando el estancamiento personal; inestabilidad económica: empleo informal, sentimiento de culpa y baja autoestima; ausencia de apoyo familiar: madre soltera, frustración y maltrato infantil; equivocado proyecto de vida: falta de planeación familiar y maduración acelerada.

Por último y no menos importante debemos, hacer un llamado a las autoridades competentes para judicializar y condenar a quienes tienen relaciones sexuales con niños menores de 14 años, pues incurren en el delito de violencia sexual.

## **1.2. Justificación**

El embarazo en adolescentes es un fenómeno enmarcado dentro de la problemática de más alto impacto en la actualidad, con innumerables consecuencias para la salud sexual, reproductiva, económica y de ambiente familiar para la madre y para el hijo. Es por ello que el fortalecimiento institucional y desarrollo de capacidades del talento humano para la atención integral y de calidad a adolescentes y jóvenes es primordial para el logro de las metas en la disminución de embarazos en adolescentes en la IPS Cooperativa de Salud San Esteban del corregimiento de San Cristóbal del municipio de Medellín, además del fortalecimiento de la oferta y acceso efectivo a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes con enfoque de derechos, de género y diferencial, e inducción de la demanda temprana hacia los servicios de Salud Sexual y Reproductiva SSR, de igual forma la ampliación de la red de servicios amigables para jóvenes y adolescentes, con enfoque de derechos, de género y diferencial; asimismo el fortalecimiento de los sistemas de evaluación de resultados de las políticas, mecanismos y planes de acción intersectoriales, que permitan conocer el impacto de estas acciones, especialmente las relacionadas con la Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes, ligado al Observatorio de maternidad segura, IVE y embarazo en adolescentes. Implica capacitación para la administración y uso de la información, análisis e interpretación de datos y gestión de la información (3).

La prestigiosa doctora Carmen de la Cuesta Benjumea (2002) invita a profundizar en un tema polémico y relevante para la sociedad actual, que persigue su erradicación como si de una patología se tratase. El discurso de su obra cambia por completo esta visión y trata de analizar el embarazo en la adolescencia como un fenómeno social que se desarrolla en un contexto determinado. La mejor forma de conocer ese contexto es preguntándole a las propias protagonistas (4). El reto es vencer algunos estereotipos y mostrar la cara humana de las cosas. Según Max Weber, la comprensión se logra cuando se muestra la intencionalidad de las acciones y uno se pone en lugar del otro (Von Wright de 1987).

La investigación de los casos de embarazos adolescentes se convierte en una herramienta para la IPS cooperativa de salud San Esteban del corregimiento de San Cristóbal del municipio de Medellín que le permite abordar el problema desde la óptica de la necesidad, para la toma de decisiones pertinentes y contextualizadas con la cual se mejoran la eficacia y eficiencia del servicio y así prepararse para brindar atención integral y diferencial en el contexto de las circunstancias a las adolescentes; aprovechando las oportunidades y generando respuestas válidas.

En la IPS Cooperativa de Salud San Esteban el corregimiento de San Cristóbal del Municipio de Medellín se observa una disminución de embarazos en adolescentes durante los años siguientes al 2015.

La IPS Cooperativa de Salud San Esteban del corregimiento San Cristóbal y los colegios deben abrir espacios con los padres de familia para, juntos, trabajar por la prevención. Tenemos que enseñarlos sobre cuál es el lenguaje que quieren oír los jóvenes y cómo tratar los temas con ellos; no hay que juzgarlos sino ver cómo les damos

oportunidades y cómo logramos que ellos mismos tomen la decisión de usar los métodos anticonceptivos y la sexualidad de manera responsable, reforzando su proyecto de vida.

Dentro de las soluciones para disminuir el embarazo en adolescentes se tienen en lo personal: confianza y seguridad, desarrollo de habilidades comunicativas, adecuada toma de decisiones y buen uso del tiempo libre; en lo socioeconómico: desarrollo de habilidades y destrezas, participación de actividades lúdicas, educación continua, educación en prevención de la drogadicción y apoyo y participación social; en el aumento de la calidad e impacto de los programas de Promoción y Prevención; programas eficientes, inversión de recursos y políticas institucionales eficientes; a nivel familiar: estructura del hogar sólida, apertura comunicación, mayor supervisión y establecer límites por la autoridad del hogar y padres instruidos y educados en el tema de la sexualidad; en el ámbito cultural: libre elección, divulgación y capacitaciones comunitarias y equidad de género.

Estas soluciones enunciadas dan como consecuencia el mejoramiento de calidad de vida enmarcada en escolaridad: dando continuidad en el proceso de formación educativa enfocada en técnica, tecnológica o profesional; estabilidad económica: explotando las habilidades y destrezas y desarrollo de aptitudes y actitudes; apoyo familiar: soporte afectivo, abriendo puertas al futuro generando éxito y bienestar; perspectiva de tiempo futuro: mayor expectativa de vida y manejo de la inteligencia emocional.

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo General**

Disminuir los embarazos en adolescentes en la IPS Cooperativa de Salud San Esteban del corregimiento de San Cristóbal del municipio de Medellín a partir del año 2016, mejorando su calidad de vida y perspectivas del futuro.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- ✓ Promover en las adolescentes una sexualidad sana y responsable desde los Programas Instituciones de Promoción y Prevención.
- ✓ Fortalecer los conocimientos, actitudes y prácticas, reconociendo principios de equidad/igualdad, para poner en práctica las estrategias de orientación y atención diferenciada en sexualidad en las adolescentes en un desarrollo positivo.
- ✓ Revisar y Reorientar los Protocolos de Educación sexual y reproductiva para lograr Integralidad en los programas de educación sexual teniendo en cuenta las diferentes dimensiones de la población adolescentes.

## **2. Marco Teórico**

### **2.1. Adolescencia**

Es una etapa de la vida en la que hombres y mujeres experimentan cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. La adolescencia se inicia con la pubertad y concluye cuando estos cambios alcanzan mayor estabilidad alrededor de los 19 años. La pubertad

marca el inicio de la adolescencia que generalmente ocurre entre los diez y los 13 años de edad (5).

Esos años desde la pubertad hasta la edad adulta, se pueden dividir a grosso modo en tres etapas: adolescencia temprana, generalmente entre los 10 y 13 años de edad; adolescencia media, entre los 14 y 16 años de edad; y adolescencia tardía, entre los 17 y 19 años de edad. Además del crecimiento fisiológico, de estos años se pueden extraer siete tareas clave de desarrollo intelectual, psicológico y social. El propósito fundamental de estas tareas es formar la propia identidad y prepararse para la edad adulta (6).

## **2.2. Embarazo en la adolescencia**

Se le define como: El que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica y se entiende por tal, el tiempo transcurrido desde la menarquía o cuando la adolescente depende aún de su núcleo familiar de origen.

El embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública por tanto uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y a agrandar el círculo de enfermedad y pobreza.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones. Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre mujeres de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados (7). El 90% de las muertes maternas ocurre en lugares en vías de desarrollo, y la mayoría (un abrumador 74 %) se puede prevenir (8). “Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de

defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior”, según el consultor en salud de los adolescentes James E Rosen, que está cargo de un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS (9).

Los embarazos en adolescentes y niñas aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo.

Dichos embarazos son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales; un 11% aproximadamente de todos los nacimientos en el mundo se producen entre adolescentes de 15 a 19 años. La gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 adolescentes.

Las diferentes estrategias adelantadas por organizaciones, los gobiernos locales y departamentales han surtido efecto en la merma de indicadores de embarazo adolescente; sin embargo, creció el embarazo infantil, entre 2012 y 2015 la tasa de embarazo adolescente en Medellín pasó de 69,6% a 64,1%; es decir, se registró un descenso de 5,5 puntos. La tasa corresponde a cada mil mujeres entre los 15 y 19 años. Por su parte, la tasa de embarazos de niñas, entre los 10 y 14 años aumento al pasar de 3,0 en 2014, a 3,2 en 2015 a pesar de que en el código penal colombiano, Ley 599 de 2000, se indica que cualquier acto sexual con un menor de 14 años es un delito (10).

Estas problemáticas tienen repercusiones sociales y económicas negativas para las jóvenes, sus familias y la comunidad. Muchas adolescentes que quedan embarazadas se ven

obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. También tiene un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz.

Algunas mujeres no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos países no hay educación sexual. Es posible que se sientan demasiado cohibidas o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción. Las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. (9)

“El embarazo en adolescentes es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las niñas a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas”. (Informa Theresa Braine). Los expertos en salud convienen en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés. "El contexto es complicado, porque las cuestiones culturales influyen en el comportamiento sexual. Los proveedores de salud deben estar capacitados para brindar atención adecuada a las adolescentes embarazadas y asesoramiento a las jóvenes que no quieren quedar embarazadas" dice la Dra. Virginia Camacho, del departamento de salud y desarrollo del niño y del adolescente de la OMS. Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe.

La Dra. Valentina Baltag, funcionaria médica de la OMS que trabaja en el tema de la salud de los adolescentes, dice que se necesita más información para orientar a este grupo de edad con programas adecuados: "No sabemos en qué grado los adolescentes buscan atención sanitaria y no tenemos datos desglosados por edad."

Según el Dr. Monir Islam, director del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo, los programas de salud para madres y recién nacidos deben atender mejor las necesidades de las madres jóvenes. "Reducir los riesgos del embarazo para las adolescentes debe ser una prioridad clara para los países que se están esforzando por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio"(8).

Entre los objetivos de desarrollo del milenio de la ONU se encuentra el número 3 el cual busca promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer, el cual tiene como meta eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales de 2015; para las adolescentes de algunas regiones, hacer realidad el derecho a la educación sigue siendo una meta difícil de alcanzar, desafortunadamente la pobreza es un importante obstáculo para la educación, especialmente entre las niñas de mayor edad, además a las mujeres se les suele relegar a las formas de empleo más vulnerables, así mismo gran cantidad de mujeres trabajan en empleos informales, con la consiguiente falta de prestaciones y seguridad laboral. Con relación a los objetivos de desarrollo del milenio también se hace alusión en el objetivo 5 mejorar la salud materna, reduciendo un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015, ya que muchas muertes maternas podrían evitarse; igualmente lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva; más mujeres están recibiendo cuidado prenatal, aunque el progreso para reducir la cantidad de embarazos de adolescentes se ha estancado, lo cual deja a más madres jóvenes en situación

de riesgo. Como se ha mencionado antes la pobreza y la falta de educación perpetúan las altas tasas de alumbramientos entre adolescentes, sumado a esto el uso de métodos anticonceptivos es menor entre las mujeres más pobres y las que no tienen educación; la escasez de fondos para la planificación familiar es una enorme falla en el cumplimiento del compromiso de mejorar la salud reproductiva de las mujeres (11).

El embarazo en la adolescencia "puede perturbar el acceso a la educación y a otras oportunidades de vida", dice Leo Bryant, gerente de promoción en Marie Stopes International (MSI), un grupo británico de defensa de los derechos reproductivos que posee clínicas en todo el mundo.

En 2011 la OMS publicó junto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) unas directrices sobre la prevención de los embarazos precoces y la reducción de los resultados negativos para la reproducción. Las directrices contienen recomendaciones sobre las medidas que los países podrían adoptar, con seis objetivos principales:

- Reducir el número de matrimonios antes de los 18 años.
- Fomentar la comprensión y el apoyo a fin de reducir el número de embarazos antes de los 20 años.
- Aumentar el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes a fin de evitar el riesgo de embarazo involuntario.
- Reducir las relaciones sexuales forzadas entre las adolescentes.
- Reducir los abortos peligrosos entre las adolescentes.
- Incrementar el uso de servicios especializados de atención prenatal, en el parto y posnatal por parte de las adolescentes.

En la actualidad, las partes interesadas que varían desde padres de adolescentes, prestadores de servicios de salud y maestros hasta diseñadores de políticas deben

comprender mejor cómo establecer programas que puedan ser prácticos, basados en evidencias, culturalmente adecuados, aceptables para adolescentes y que puedan garantizar buenos resultados en términos de metas que se deben lograr para la satisfacción de los involucrados, principalmente las adolescentes. Para que esto sea factible, los expertos establecen que las intervenciones deben abordar múltiples factores al mismo tiempo (4).

La Salud Pública es un compromiso colectivo con la salud que todos soñamos; por lo tanto Colombia adopta en el año 2012 el Plan Decenal de salud dentro del cual se ubica la Dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos, que busca por medio de un conjunto de políticas y acciones transectoriales, sectoriales y comunitarias promover las condiciones para el ejercicio libre, autónomo e informado de la sexualidad, el desarrollo de las potencialidades de las personas, grupos y comunidades durante todo su ciclo vital, a través de estrategias enmarcadas en los siguientes componentes:

- Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género,
- Prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos.

El segundo componente tiene como objetivo mejorar la salud y promover el acceso a servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes, con énfasis en la población de 10 a 19 años, para la detección y atención de los factores de riesgo y el estímulo de los factores protectores. Logrando como meta a 2021, disminuir a 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años, aumentar al 80% la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos en todas las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas, la mortalidad materna evitable será inferior a 150 muertes anuales en el país y disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15% (3).

La PhD en Enfermería de la Universidad de Liverpool Carmen de la Cuesta Benjumea en el año 2001 recibió un premio al mejor artículo de la revista *Journal of Transcultural Nursing* con el artículo "Tomarse el amor en serio. Contexto del embarazo en la adolescencia en Colombia" el cual tiene como objetivo entender el embarazo juvenil como un hecho social que debemos comprender y analizar para determinar en qué situaciones se produce. La autora plantea una metodología de investigación cualitativa para, a partir del testimonio de las propias jóvenes, acceder a la descripción del contexto en que tiene lugar esta situación, así como entender el significado que las adolescentes atribuyen a su embarazo; trata de contextualizar el embarazo dentro del noviazgo. La idea de amor romántico y las reglas de género son los componentes fundamentales que determinan el comportamiento de la novia. A su vez conforman los cimientos sobre los que se construyen las relaciones sexuales. Las condiciones bajo las que se desarrolla el noviazgo y el significado y la práctica de la anticoncepción son otro de los temas centrales. También analiza las estrategias que las jóvenes utilizan para asegurar un equilibrio afectivo, que, según el análisis de los resultados, consiste en la estabilización de las relaciones de la adolescente con su novio y con sus padres. La autora explora el significado que las jóvenes atribuyen a su embarazo, partiendo de la idea de que es una situación que se percibe como un incidente crítico en la vida de la joven (4).

El economista Joseph Stiglitz, premio Nobel de economía del año 2001 participo del VII Foro Urbano Mundial realizado en la ciudad de Medellín, comento como en días previos se conoció la posición y resultado de Colombia en el coeficiente Gini (nombrado por el economista italiano que lo propuso), el cual es una medida de dispersión estadística que representa la distribución de los ingresos y de manera indirecta los niveles de desigualdad de las naciones. Al igual que en años previos, Colombia presentó una posición

desfavorable, el tercer más desigual. La desigualdad puede referirse tanto a la desigualdad de los ingresos en los diferentes estratos sociales, así como a la distribución de la riqueza, sin embargo, todo se reduce a la desigualdad social. Es importante este aspecto macroeconómico ya que no solamente se restringe al aspecto monetario, sino que afecta cada pequeño aspecto de la vida social del individuo. (11)

Acorde a Richard Wilkinson, economista y epidemiólogo social de la Universidad de Nottingham y del University College de Londres, en su libro “El impacto de la inequidad: como hacer las sociedades más sanas” plantea que la desigualdad genera un impacto significativo en los once problemas sociales y de salud pública principales tales como salud física, salud mental, consumo de drogas, educación, población reclusa, obesidad, movilidad social, confianza interpersonal, violencia, embarazo adolescente y bienestar infantil. Llegan a este análisis al comparar países de renta similar, pero con distinto grado de desigualdad (12).

Así mismo, Stiglitz, en su libro “El precio de la desigualdad” postula que las consecuencias son devastadoras, entre las que se incluyen La Gran Recesión del 2008. En este explica que ante los niveles elevados de desigualdad, es decir, la concentración de riqueza en los estratos más altos, se disminuye la capacidad adquisitiva del ciudadano promedio, por ende la demanda agregada total y como consecuencia hay aumento del desempleo. La manera de remediar esto nos lleva al eterno debate económico iniciado por Hayek y Keynes: Intervención o no intervención estatal. Según Stiglitz, lo ideal es incentivar el gasto público (13); pero como el observa, la desigualdad tiene un precio: “La desigualdad reduce el crecimiento y la eficiencia. La falta de oportunidades implica que el activo más valioso con que cuenta la economía (su gente) no se emplea a pleno. Muchos de los que están en el fondo, o incluso en el medio, no pueden concretar todo su potencial,

porque los ricos, que necesitan pocos servicios públicos y temen que un gobierno fuerte redistribuya los ingresos, usan su influencia política para reducir impuestos y recortar el gasto público. Esto lleva a una subinversión en infraestructura, educación, salud y tecnología, que frena los motores del crecimiento (12)”. En este sentido, Amartya Sen propone que el desarrollo debe garantizar no solo los recursos e ingresos, sino las capacidades de las personas para vivir una vida acorde con sus deseos y necesidades. Además argumenta que “el compromiso social con la libertad individual tiene que preocuparse tanto de las libertades positivas como de las libertades negativas y de sus interconexiones de mayor alcance”. Al respecto la autodeterminación sexual y los derechos sexuales implican tanto la libertad negativa contra las intrusiones, violaciones y abusos no deseados como la capacidad positiva de buscar y experimentar placeres en una variedad de formas y situaciones (14). Hacia el final del siglo XX, las críticas a la idea de desarrollo como crecimiento en la riqueza se habían popularizado y, con ello, cambia la aproximación a la reproducción y la sexualidad. Entre ellas se desatacan los llamados de atención de Amartya Sen sobre la necesidad de considerar las condiciones inmateriales satisfactorias subjetivamente para las personas y las condiciones materiales que les garantizaran su realización, para poder hablar de desarrollo. La importancia del factor inmaterial y subjetivo del desarrollo en términos de libertades y capacidades, es que la no libertad implica “carecer de algo que las personas tienen razones para valorar”, y eso ya es, para Sen, indicativo de no desarrollo. Esto hace referencia a las oportunidades, capacidades y funcionamientos, todo esto apoyado sobre el principio de Libertad, “medio y fin último del desarrollo” (15).

Por otra parte, la firma de un posible acuerdo entre el gobierno y las farc llevaría a la terminación de un conflicto de más de 50 años, pero también traería consecuencias

negativas como el incremento de los embarazos infantiles y adolescentes en el territorio nacional, tal como ha sucedido en otras sociedades donde se han firmado este tipo de pactos por la paz, según estudios del fondo de población de la ONU y otras agencias internacionales. La asesora internacional de la Fundación de Atención a la Niñez, FAN, señaló que la Organización Internacional para las Migraciones, OIM, y el Gobierno de Estados Unidos, a través de su agencia de cooperación, han expresado inquietudes frente a estos temas. “Hay preocupación en generar rutas de protección para las personas que se reintegran, pero también para los niños y niñas que están ubicadas en las comunidades en donde van a estar reintegradas estas personas”, conceptuó *Sofía Botero*, la consejera agregada que el reto es mayor. “En toda América Latina se registró crecimiento del embarazo infantil, la tasa de embarazos adolescente es persistente, pero la diferencia entre estos países y Colombia, es que en nuestro país, adicional a las tasas altas de embarazos, nos encontramos en un proceso de negociación con miras a lograr un acuerdo y un posible posconflicto, que podría generar nuevas violencias y, es entonces el doble esfuerzo que debemos abordar como país ” (10).

## **2.3. Características Socio-demográficas**

### **2.3.1. Demografía**

Geográficamente San Cristóbal está ubicado al noroccidente de Medellín. San Cristóbal limita al norte con el municipio de Bello, al sur con el Corregimiento de Altavista, al oriente con la comuna de Robledo y al occidente con el corregimiento de San Sebastián de Palmitas.

El Corregimiento está conformado por la Cabecera Urbana y 17 veredas: Naranjal, Pedregal Alto y Bajo, Las Playas, La cuchilla, El Carmelo, La Ilusión, El Yolombó, El Uvito, La Loma, El Patio, El Llano, El Picacho, La Palma, Boquerón, Travesías, La Cumbre, Pajarito y San José de la Montaña.

Su Población es de 79.458 habitantes, de los cuales 37.899 son hombres y 41.559 son mujeres (según proyección DANE 2015).

En términos de salud, entre varias de las consecuencias o aspectos problemáticos que se incrementan con el fenómeno de migración de una ciudad a otra o entre barrios, se encuentran el desempleo, la sobreexplotación, la delincuencia, las pandillas, la drogadicción, el alcoholismo y la misma situación de desplazamiento. Desde el punto de vista sociocultural, se pueden mencionar situaciones de violencia intrafamiliar, agresión y estrés. En el caso de San Cristóbal entre las causas principales de migración encontramos razones familiares, búsqueda de trabajo y orden público. También que el 13% de la población tiene Necesidades Básicas Insatisfechas y el nivel socioeconómico de la población se encuentra en mayor porcentaje en: bajo 65% y Medio bajo 20%, seguido por bajo con 10% (según encuesta de Calidad de vida 2010) (19).

### **2.3.2 Economía**

La principal actividad económica del corregimiento se centra en el cultivo de flores, hortalizas, plátano y monocultivos de tomate de árbol. Considerado el principal hortícola del municipio de Medellín, donde se cultiva en rotación lechuga, zanahoria, remolacha, repollo, cebolla, apio, rábano, durazno y breva. Las actividades pecuarias son otro factor importante en la economía del corregimiento. En el corregimiento abundan cantidades

apreciables de material de construcción, por lo cual se encuentran fábricas de ladrillos.

Según informe de Secretaria de Desarrollo Comunitario, los principales productos cultivados en la región son las hortalizas, las flores y en menor proporción las frutas y las aromáticas.

El estado hace presencia administrativamente con la primera autoridad que es el Corregidor y se tributan los impuestos al Municipio de Medellín. Las inversiones sociales y comunitarias se realizan de acuerdo a la priorización que la comunidad determine con los aportes del fondo de Presupuesto Participativo y su destinación específica.

### **2.3.3 Tecnología**

Cuenta con el parque biblioteca Fernando Botero. La Alcaldía de Medellín, el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, MinTIC y UNE, hicieron entrega a la comunidad del corregimiento San Cristóbal del Punto Vive Digital (calle 62 # 129 - 9) que permite la inclusión digital para niños, jóvenes y adultos de San Cristóbal. El programa de "Apoyo a los telecentros de Medellín para el acceso digital desde y para la comunidad", adscrito a la Secretaría de Participación Ciudadana, a través de gestión propia, lideró la coordinación y proceso de implementación del Punto Vive Digital.

### **2.3.4. Cultura**

Este referente rural de Medellín, combina espacios naturales y arquitectónicos que hacen de este un lugar donde se conservan las tradiciones Antioqueñas. Los Cultivos de flores, caminos ancestrales, vallados en piedra, trucheras y vegetación nativa son algunos de los elementos que se cuentan entre los principales sitios de interés.

Desde el punto de vista ético y moral entra en juego la actitud de los diferentes funcionarios y organizaciones que se relacionan y con los determinantes de ética y buen Gobierno propuesto e implementado por los diferentes actores.

### **2.3.5. Entidades de Salud**

El corregimiento cuenta con 5 IPS, 4 privadas sin ánimo de lucro y una pública perteneciente a Metrosalud. Palmitas corregimiento vecino no cuenta con IPS por lo cual las IPS del corregimiento de San Cristóbal atiende también a dicha población.

## **2.4. Cambios en la Adolescencia**

### **2.4.1. Desarrollo físico**

La pubertad se define como los cambios biológicos de la adolescencia. Aproximadamente en la adolescencia media, si no antes, se completa la mayor parte del crecimiento fisiológico de los jóvenes; ya tienen o casi alcanzaron su estatura y peso de adultos y ahora cuentan con la capacidad física de tener bebés.

### **2.4.2. Desarrollo intelectual**

La mayoría de los niños y niñas entran a la adolescencia todavía percibiendo el mundo a su alrededor en términos concretos: Las cosas son correctas o no, maravillosas o terribles.

Raras veces ven más allá del presente, lo que explica la incapacidad de los adolescentes jóvenes de considerar las consecuencias que sus acciones tendrán a largo plazo.

Al final de la adolescencia, muchos jóvenes han llegado a apreciar las sutilezas de las situaciones e ideas y a proyectarse hacia el futuro. Su capacidad de resolver problemas

complejos y sentir lo que los demás piensan se ha agudizado considerablemente. Pero debido a que todavía no tienen experiencia en la vida, hasta los adolescentes mayores aplican estas destrezas que recién encontraron de manera errática y por lo tanto, pueden actuar sin pensar.

### **2.4.3. Desarrollo emocional**

Si se puede decir que los adolescentes tienen un motivo para existir, sería afirmar su independencia. Esto les exige distanciarse de mamá y papá. La marcha hacia la autonomía puede tomar muchas formas: menos afecto expresivo, más tiempo con los amigos, comportamiento polémico, desafiar los límites; la lista puede continuar. Pero aún los adolescentes frecuentemente se sienten confundidos sobre abandonar la seguridad y protección del hogar. Pueden estar indecisos anhelando su atención, solo para regresar al mismo punto.

### **2.4.5. Desarrollo social**

Hasta ahora, la vida de un niño se ha desarrollado principalmente dentro de la familia. La adolescencia tiene el efecto de una roca que cae al agua, ya que su círculo social repercute hacia afuera para incluir amistades con los miembros del mismo sexo, del sexo opuesto, diferentes grupos sociales y étnicos y otros adultos, como un maestro o entrenador favorito. Finalmente, los adolescentes desarrollan la capacidad de enamorarse y formar relaciones amorosas.

No todos los adolescentes entran y salen de la adolescencia a la misma edad o muestran estas mismas conductas. Es más; durante gran parte de su adolescencia, un joven puede ir más allá en algunas áreas del desarrollo que en otras.

Sorprende de alguna manera que los adolescentes se sientan confundidos y en conflicto algunas veces, especialmente considerando la expectativa que la sociedad impone sobre ellos durante esta etapa.

La adolescencia puede ser una época confusa para los padres también. Por un lado, deben lidiar a menudo con el comportamiento paradójico de sus hijos. Pero más allá de aprender a prever las corrientes cambiantes de las emociones de los adolescentes, los padres pueden luchar con algunas emociones conflictivas de sí mismos (6).

## **2.5. Dependencia de la adolescente embarazada**

La noticia del embarazo al principio es un trago amargo para la futura madre y por supuesto, la familia la cual juega un papel muy importante en este tipo de circunstancia pues las jóvenes embarazadas en la mayoría de los casos, todavía se encuentran estudiando, sin recursos y en plena dependencia económica. Esto Significa que dependen de la ayuda familiar, no sólo económica, sino afectiva y psicológica para salir adelante. Sin embargo este es un periodo realmente tormentoso motivado a los grandes cambios a los que está sujeto el adolescente, los cuales pueden originar o ser el punto de partida de problemas y conflictos entre el joven y las personas de su entorno.

Por otro lado los padres no asumen la responsabilidad y según Álvarez, M., señala que la adolescente embarazada tiene que jugar un doble papel, ser madre y padre a la vez por ello el apoyo de la familia y la pareja es fundamental. Cuando se asume esta nueva

responsabilidad, la madre deberá prepararse física y psicológicamente para poder salir airoso de la experiencia que la marcará a ella y a su hijo para toda la vida (17).

Si bien la maternidad adolescente no parece acarrearles un estigma social que afecte las posibilidades de que las mujeres encuentren una pareja y se casen, parece influir sobre el tamaño de la familia, generando familias más numerosas: más madres adolescentes que viven con otras personas, menos padres biológicos como jefe del hogar y con responsabilidad financiera y con el hijo, y más abuelos que asumen la responsabilidad de los hijos.

## **2.6. Marco Legal**

En la Constitución política de Colombia, en el artículo 45 cita que “el adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud”; por tanto su opinión y necesidades debe ser toma en cuenta para el diseño y aplicación de políticas y programas de salud de los cuales será beneficiado; a su vez en el artículo 48 menciona que “la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social” (18); por lo cual no se debe negar el acceso, ni poner barreras o limitantes a los servicios de salud como son los programas de promoción y prevención los cuales buscan el bienestar de la población colombiana, ligados a la política nacional de salud sexual y reproductiva.

En la Ley 1098 de 2006. Código de Infancia y Adolescencia hace referencia el artículo 20 a los “derechos de protección de los niños, las niñas y los adolescentes los cuales serán protegidos contra: El abandono físico, emocional y psicoafectivo de sus padres, representantes legales o de las personas, instituciones y autoridades que tienen la responsabilidad de su cuidado y atención. La violación, la inducción, el estímulo y el constreñimiento a la prostitución; la explotación sexual, la pornografía y cualquier otra conducta que atente contra la libertad, integridad y formación sexuales de la persona menor de edad. La situación de vida en calle de los niños y las niñas. El contagio de enfermedades infecciosas prevenibles durante la gestación o después de nacer, o la exposición durante la gestación a alcohol o cualquier tipo de sustancia psicoactiva que pueda afectar su desarrollo físico, mental o su expectativa de vida. La transmisión del VIH-SIDA y las infecciones de transmisión sexual; o cualquier otro acto que amenace o vulnere sus derechos. Debido a lo anterior la sociedad tiene la responsabilidad de trabajar para dar cumplimiento a dichos derechos.

Según dicho código en el artículo 39 también son “obligaciones de la familia promover la igualdad de derechos, el afecto, la solidaridad y el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad y debe ser sancionada. Deben protegerles contra cualquier acto que amenace o vulnere su vida, su dignidad y su integridad personal. Promover el ejercicio responsable de los derechos sexuales y reproductivos y colaborar con la escuela en la educación sobre este tema. Incluirlos en el sistema de salud y de seguridad social desde el momento de su nacimiento y llevarlos en forma oportuna a los controles periódicos de

salud, a la vacunación y demás servicios médicos. Asegurarles desde su nacimiento el acceso a la educación y proveer las condiciones y medios para su adecuado desarrollo, garantizando su continuidad y permanencia en el ciclo educativo. Abstenerse de realizar todo acto y conducta que implique maltrato físico, sexual o psicológico, y asistir a los centros de orientación y tratamiento cuando sea requerida.” Por estas razones el núcleo familiar debe ser el mayor resguardo para los adolescentes donde encuentran el apoyo y protección necesarios en todo momento, especialmente en aquellos de mayor dificultad.

A fin de integrar a las instituciones educativas en el proceso de desarrollo y formación de los adolescentes, se cita en el artículo 44 las “obligaciones complementarias de las instituciones educativas. Los directivos y docentes de los establecimientos académicos y la comunidad educativa en general pondrán en marcha mecanismos para: Establecer la detección oportuna y el apoyo y la orientación en casos de malnutrición, maltrato, abandono, abuso sexual, violencia intrafamiliar, y explotación económica y laboral, las formas contemporáneas de servidumbre y esclavitud, incluidas las peores formas de trabajo infantil. Garantizar a los niños, niñas y adolescentes el pleno respeto a su dignidad, vida, integridad física y moral dentro de la convivencia escolar. Orientar a la comunidad educativa para la formación en la salud sexual y reproductiva y la vida en pareja”.

Con el objetivo de lograr una atención integral en salud el código de infancia y adolescencia, en el artículo 46 mencionan las obligaciones especiales del Sistema de Seguridad Social en Salud para asegurar el derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes, entre otras, las siguientes: Diseñar, desarrollar y promocionar programas que garanticen a las mujeres embarazadas la consejería para la realización de la prueba voluntaria del VIH/SIDA y en caso de ser positiva tanto la consejería como el tratamiento antirretroviral y el cuidado y atención para evitar durante el embarazo, parto y posparto la

transmisión vertical madre-hijo. Disponer lo necesario para garantizar tanto la prueba VIH/SIDA como el seguimiento y tratamiento requeridos para el recién nacido. Garantizar el acceso gratuito de los adolescentes a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva. Desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a las madres adolescentes (19).

El Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) 091, 140 y 147 designa las metas para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) en Colombia; además de los lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años.

### **3. Marco conceptual**

#### **3.1. Adolescencia**

Período de la vida de la persona comprendido entre la aparición de la pubertad, que marca el final de la infancia, y el inicio de la edad adulta, momento en que se ha completado el desarrollo del organismo.

#### **3.2. Planificación familiar**

Planificación familiar es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

### **3.3. Sexualidad**

Conjunto de actividades y comportamientos relacionados con el placer sexual.

### **3.4. Proyecto de vida**

El proyecto es como un camino para alcanzar la meta, es el plan que una persona se traza a fin de conseguir un objetivo.

### **3.5. Control Prenatal**

La atención prenatal es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación. La atención médica para la mujer embarazada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales.

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de Estudio**

Es un estudio cualitativo descriptivo. La investigación descriptiva proporciona una respuesta a las preguntas de cómo ocurrió algo y quién estuvo involucrado, pero no del por qué sucedió algo o del por qué alguien estuvo involucrado (investigación explicativa). La investigación descriptiva proporciona un perfil detallado de un evento, condición o situación utilizando el método cualitativo. Las técnicas de recopilación de datos como la investigación de campo, utilizando como instrumento la encuesta y la entrevista, los estudios de caso también son utilizadas para la investigación descriptiva cualitativa. La investigación descriptiva tiene por objeto proporcionar la visión de un evento, condición o

situación. La investigación descriptiva cualitativa pretende proporcionar esta visión a partir de datos en forma de palabras o imágenes en lugar de números (cuantitativa).

El enfoque ZOPP (Planificación de Proyectos Orientada por Objetivos), conjunto de principios, técnicas e instrumentos, facilitó la gestión del proyecto, por el énfasis que se hizo en la participación de los involucrados, la concreción de las acciones en productos verificables y la transparencia de las decisiones. Ver anexos A, B y C.

#### **4.2. Universo**

Gestantes adolescentes del municipio de Medellín.

#### **4.3. Población y muestra**

La muestra fue intencional, puesto que de ella hicieron parte todas las gestantes adolescentes que se atendieron por ingreso y control prenatal en el Corregimiento de San Cristóbal de la IPS Cooperativa de Salud San Esteban entre Enero de 2015 y Mayo de 2016.

#### **4.4. Criterios de Inclusión**

Gestantes adolescentes residentes en el occidente del municipio de Medellín. Ingreso y Control Prenatal atendidos en la IPS Cooperativa de Salud San Esteban del Corregimiento de San Cristóbal.

#### **4.5. Recolección de Información**

Se aplicó una encuesta de diseño propio a todas las gestantes que cumplieron los criterios de inclusión. La encuesta recoge datos cualitativos y cuantitativos, como

información socio-demográfica y comportamental de la madre: edad, procedencia, escolaridad, e inicio de las relaciones sexuales, métodos de planificación, causas y consecuencias de embarazos en adolescentes. Todos estos datos fueron incluidos atendiendo a la caracterización del embarazo adolescente en otros ámbitos.

Para garantizar que todas las gestantes adolescentes a quienes se les realizó ingreso y controles prenatales la IPS cooperativa de salud San Esteban, para que dichas maternas fueran captadas, se contó con la colaboración de la auxiliar de enfermería que lleva el registro y agendas del programa de control prenatal, además de la coordinadora de los sistemas de información de la IPS; previamente entrenadas. Este personal de apoyo debía acercarse a la gestante y lograr su disposición para responder la encuesta. El momento propicio para recoger la información casi siempre fue durante las citas a control prenatal.

#### **4.6. Análisis y resultados de la información**

La información se extrajo de la base de datos de la IPS Cooperativa de Salud San Esteban y se organizó en Excel para el análisis utilizando medidas de tendencia central. Los hallazgos se muestran en tablas.

Los datos recolectados permiten inferir un aumento en el embarazo adolescente durante el periodo 2015 con una proporción de 33 %, caracterizado por un aumento en la prevalencia de interrupción de su proyecto de vida, desescolarización, mal uso de los métodos anticonceptivos, madres solteras; en estos cambios se observó que el inicio de relaciones sexuales ocurre a una edad más temprana, más que el establecimiento de una relación a largo plazo, es cada vez más el determinante de peso en la exposición al riesgo de embarazo, el inicio de la madurez físico-sexual, la inmadurez psicológica, el estímulo

social que facilita el inicio de las relaciones sexuales, la falta de oportunidades y las presiones de grupos a los que pertenece la adolescente.

Tabla 1. Distribución por edades del número de adolescentes estudiadas.

<b>Edades</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje(%)</b>
13 años	0	0
14 años	4	25
15 años	1	6.25
16 años	2	12.5
17 años	2	12.5
18 años	4	25
19 años	3	18.75
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fuente: base de datos

Las edades más recurrentes en la que se presentaron embarazos adolescentes fue de 14 y 18 años que equivale al 25% cada una, con un rango de edades entre 14 y los 19 años, que viven principalmente en los estratos 1 y 2 del corregimiento de San Cristóbal del municipio de Medellín.

El porcentaje de adolescentes embarazadas está por encima de la media nacional que en 2010 fue de 19.5% en mujeres entre los 15 y 19 años, siendo ambos datos superiores a la meta fijada por el plan decenal de salud pública nacional donde el porcentaje debe ser inferior al 15 % de embarazos en adolescentes entre los 15 y los 19 años. El porcentaje identificado en este estudio es de suma preocupación ya que cada uno de estos casos

representa un riesgo físico, psicológico y social; disminuyendo la calidad de vida de los hogares colombianos y la primera infancia.

Tabla 2. Distribución por etapas de la adolescencia del número de casos estudiados

<b>Etapas de las Adolescentes</b>	<b>Número</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Adolescencia temprana (10 – 13 años)	0	0
Adolescencia media (14 – 16 años)	7	43.75
Adolescencia tardía (17 – 19 años)	9	56.25
<b>TOTAL</b>	16	100

Fuente: encuesta

Entre las gestantes incluidas en el estudio, el 56.25 % están en la adolescencia tardía, en segundo término están la adolescencia media con un 43.75% y no se presentó porcentaje en adolescencia temprana; aunque similar al de las tardías están las adolescentes en edad media, en la literatura existe un amplio reconocimiento de que los individuos interactúan y aprenden de sus pares, por lo tanto, el par y su entorno tienen un efecto directo en los eventos reproductivos individuales. Por ejemplo, Bearman y Brückner (1999) encuentran que un alto nivel de interacciones sociales en los colegios tiene efectos significativos en el inicio de relaciones a edades tempranas.

El 80% de las adolescentes embarazadas viven y dependen de sus padres o acudientes, el otro 20% viven en unión libre. Esto demuestra la dependencia de las adolescentes y la incapacidad para sostenerse por sus propios medios; independencia que antes de estar embarazada pudo estar buscando pero como consecuencias de su actos no logro.

Según encuesta de demografía y salud el 80 por ciento de las mujeres menores de 25 años han participado alguna vez en actividades sobre educación sexual. Las personas de las

que más se recibe información son de un proveedor de salud o un profesor/a de anatomía. Un 19 por ciento lo ha recibido de un profesor/a de educación sexual. Según nuestra encuesta y base de datos el 100% de las maternas de la IPS Cooperativa de Salud San Esteban recibieron consejería y prueba tamiz del VIH; obteniendo resultados negativos de la prueba, lo que indica que a pesar de que no hay un adecuado uso de los métodos de planificación, no han estado en contacto con el VIH; así mismo a todas las gestantes se les realizó la prueba de serología, para sífilis, arrojando un 100% de resultados no reactivos, dicha prueba es rutinaria y requisito durante los controles prenatales y con los resultados obtenidos afirmamos lo anteriormente expuesto.

En general, esto implicaría que las políticas encaminadas a reducir el embarazo adolescente no están siendo eficientes y debería hacerse mayor énfasis en la participación de las adolescentes y sus necesidades para el diseño y ejecución de los programas.

#### **4.7. Ética del Proyecto**

La ética fue aplicada en todas las etapas de la investigación, desde la planificación y la realización hasta la evaluación del proyecto de investigación. Lo primero que se hizo antes de diseñar el estudio fue considerar los posibles costos y beneficios de la investigación.

La investigación sobre embarazos en adolescentes tiene consideraciones éticas complicadas, debido al tipo de población objeto; de ahí, que los investigadores deben tener en cuenta las siguientes normas éticas:

- Evitar el riesgo de dañar considerablemente a la gente, al medio ambiente o a la propiedad sin necesidad.

- No utilizar el engaño en las personas que participan.
- Obtener el consentimiento informado de todos los involucrados en el estudio.
- Preservar la privacidad y la confidencialidad en todo momento.
- No ofrecer recompensas o exigir el cumplimiento de contratos obligatorios para el estudio. Esto es especialmente importante cuando las personas dependen de alguna manera de la recompensa.
- No plagiar el trabajo de otros.
- No desviar sus conclusiones.
- No utilizar la posición de evaluador de colegas para dar opiniones falsas de colegas con el objetivo de castigar o dañar a los pares científicos.

Básicamente, la investigación debe seguir todas las regulaciones brindadas así como también anticipar los problemas éticos que puedan surgir en la investigación.

Se respetó la voluntariedad para pertenecer o no al estudio, así como también se garantizó la confidencialidad de los datos recolectados. Este estudio respetó los principios de beneficencia, no maleficencia.

#### **4.8. Análisis de Costos**

A lo largo de nuestra vida, evaluamos el costo y los beneficios de la mayoría de las decisiones que tomamos, aunque no nos demos cuenta, esto puede presentar un gran dilema en algunas investigaciones.

En el Anexo D se presenta el análisis de costos.

## 5. Conclusiones

Después de analizar el plan decenal de salud pública, los planteamientos de la OMS en el tema de la sexualidad, adolescencia, maternidad y demás, Profamilia, objetivos del milenio y otros textos de personas académicas, investigadores y periodistas, en la IPS Cooperativa de Salud San Esteban; se concluye lo siguiente:

1. El hogar ya no es un entorno protector y dentro de las cuatro paredes de la casa, viven padres y familiares de los menores que se convierten en sus abusadores. Por lo tanto estarán expuestos a estos.
2. Una de las razones por las cuales las cifras del embarazo infantil van en aumento, se debe a los subregistros, por que no se denunciaba, especialmente por temor. Como resultado de las acciones legales las personas están denunciando y los datos se van acercando a la realidad.
3. La violencia, el desplazamiento forzado, la marginalidad, el conflicto armado, maltrato, nivel económico y el hacinamiento son algunas de las causas identificadas, que habría que evaluar para plantear proyectos de salida al problema. Como problemas sociales se deben intervenir y generar acciones que impacten de manera positiva.
4. El enfoque de los programas de planificación familiar están orientados a la anticoncepción más no en prácticas sexuales segura y responsable. Reorientándolos se lograra por parte de las adolescentes una actitud y la madurez suficiente para asumir su rol con la responsabilidad necesaria.
5. Por medio de los hallazgos se pudo corroborar que las condiciones socio-económicas precarias se convierten en un facilitador de gestaciones durante la adolescencia. Si bien es cierto que dichas condiciones tienen que mejorar, se debe contar con otras alternativas o estrategias que permitan no quedarse en el círculo vicioso.

6. La mayoría iniciaron relaciones sexuales en la adolescencia media y casi en su totalidad refieren que su estado de gestación no fue planeado, esto puede indicar que aunque los adolescentes de la IPS Cooperativa de Salud San Esteban, inician relaciones sexuales a temprana edad, su propósito es experimentar la sexualidad y pocas son las ocasiones en que consideran como una realidad la posibilidad de un embarazo. Pero con una verdadera educación y formación dentro de los diferentes escenarios sociales se lograra un cambio significativo hacia esta actitud. Por lo tanto se observa que hace falta una verdadera educación sexual y reproductiva con las consecuencias para ellos y sus familias.

## **6. Recomendaciones**

Después de revisar y analizar las anteriores conclusiones del embarazo en las adolescentes de la IPS Cooperativa de Salud San Esteban del Corregimiento de San Cristóbal y observando que las políticas encaminadas a reducir el embarazo en adolescentes no están siendo eficientes, debería hacerse mayor énfasis en la participación de las adolescentes y sus necesidades para el diseño y ejecución de los programas, por lo tanto recomendamos lo siguiente:

1. Crear un programa integral de salud sexual y reproductiva con un grupo de psicólogos, médicos, enfermeras y trabajadoras sociales; que puedan realizar un trabajo contundente con ellas y sus familiares, este permitirá un trabajo continuo, permanente realizando los ajustes y mejoramiento necesarios. Eso sí acogiéndose a los protocolos de atención de este tipo de gestantes y las atiendan con todo el rigor con que está formado.
2. Integración del sector educativo y el sector salud, para liderar programas de educación intersectoriales en las aulas sobre el manejo y ocupación del tiempo libre para que

adolescentes y jóvenes puedan tomar decisiones responsables, saludables e informadas frente a su sexualidad; y para los padres de familia sobre educación sexual donde se utilicen estrategias vivenciales como talleres, juego de roles entre otros, teniendo como propósito transformar realidades, prácticas y representaciones sociales, a partir del reconocimiento de los saberes producidos, el conocimiento empírico, la posibilidad de expandir, replicar y transferir ese conocimiento; y así lograr la sensibilización hacia el tema y se afronte el problema desde el ámbito familiar primordialmente. El trabajo interdisciplinario y coordinado es una condición necesaria para apuntar hacia el logro de los mismos objetivos optimizando la disposición de los pocos recursos con que cada organización de los diferentes sectores cuenta.

3. Las instituciones y los profesionales de salud, deben actuar como agentes tangibles de salud pública, para generar procesos de transformación social e institucional alrededor de la educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía, y generar alianzas intersectoriales que apoyen el desarrollo de los programas de sexualidad para adolescentes, y controles prenatales contribuyendo a la ampliación de planes educativos dirigidos a las adolescentes, madre adolescente y a su núcleo familiar, donde se desvirtúe la sexualidad como genitalidad y se le otorgue relevancia a la sexualidad desde la salud mental, fortaleciendo el auto-concepto, la auto-imagen y la autovaloración, cultivando los proyectos de vida de las adolescentes, con el apoyo de un psicoorientador. Es en este punto donde la capacidad de gestión personal e institucional, el compromiso y la acción se debe ver reflejada en el trabajo realizado.
4. Desarrollar estrategias que garanticen atención integral y apoyo permanente a la gestante adolescente, dadas las influencias socioculturales y biológicas a las que se enfrentan y que hacen de esta una etapa particularmente difícil. Esta integralidad debe

estar soportada por la oportunidad, continuidad, calidad y seguridad de la atención y este apoyo no puede ser ni parcial ni esporádico.

5. La información recogida se limita a las mujeres, dejando de lado el rol del hombre. Se recomienda que se incluya una muestra de hombres; por lo menos una que indague sobre los conocimientos, percepciones, actitudes y prácticas de un grupo significativo de hombres. Pues si bien es cierto que quien se embaraza es la mujer, el hombre no puede estar al margen de lo que ocurre y él también juega un papel importante en lo que haga, permita y deje de hacer.

## Referencias

1. Flórez, C. E. & Soto, V. E. (2013). Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. Octubre 22, 2015, de Encuesta nacional de demografía y salud 1990-2010 Sitio web: <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/5%20-%20FACTORES%20PROTECTORES%20Y%20DE%20RIESGO%20DEL%20EMBARAZO%20EN%20COLOMBIA.pdf>
2. Redacción el Tiempo. (2014). Al año nacen cerca de 159.000 bebés de madres adolescentes el ICBF alertó sobre esta situación y pidió esfuerzos conjuntos para trabajar en prevención. El Tiempo, p. 28.
3. Ministerio de salud. (2013). Plan decenal de salud pública. Septiembre 15, 2015, de Minsalud Sitio web: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
4. Cuesta, C. (2002). Tomarse el amor en serio: contexto del embarazo en la adolescencia. Medellín. Colombia: Universidad de Antioquia.
5. Profamilia. (2014). ¿Qué es la adolescencia?. Mayo 18, 2016, de Profamilia Sitio web: <http://profamilia.org.co/preguntas-y-respuestas/el-cuerpo/que-es-la-adolescencia/>
6. American academy of Pediatrics. (2003). Etapas de la adolescencia. Febrero 20, 2016, de Caring for Your Teenager Sitio web: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
7. Centro de prensa OMS. (2014). El embarazo en la adolescencia. Agosto 06, 2015, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
8. Ramos, S. (2011). Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes: Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
9. Boletín de la OMS. (2009). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Septiembre 24, 2015, de Organización Mundial de la Salud Sitio web: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
10. Arias, M. (2016). Embarazo adolescente, reto para posconflicto. El Colombiano, pp. 12-13.
11. ONU. (2015). Objetivos de desarrollo del milenio y más allá del 2015. Febrero 14, 2016, de Organización de Naciones Unidas Sitio web: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>
12. Wilkinson, R & Pickett, K. (2010) Desigualdad: un análisis de la (in)felicidad colectiva, Turner Publicaciones, Madrid.

13. Stiglitz, J. (2014). Desigualdad Fracaso del neoliberalismo. Febrero 20, 2016, de Análisis político y económico Sitio web:  
<https://bariones.wordpress.com/2014/05/16/desigualdad-fracaso-del-neoliberalismo/>
14. Secretaria distrital de Bogotá. (2011). informe final convenio interadministrativo 1224 de 2011 universidad nacional de Colombia – fondo financiero distrital de salud. Universidad Nacional de Colombia.
15. Hernández, C. (2002). Tema Central: Embarazo en adolescentes: ¿Quién mete las patas?. Énfasis: Observatorio Javeriano de Juventud, séptimo boletín, p.27.
16. Departamento administrativo de planeación. (2010). Encuesta calidad de vida 2010. Octubre 10, 2015, de Departamento administrativo de planeación Sitio web:  
<https://medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Planeaci%C3%B3n%20Municipal/Secciones/Publicaciones/Documentos/Encuesta%20Calidad%20de%20Vida/ECV2010>.
17. García, N. & Silva, T. (2001). Dependencia de la adolescente embarazada. Abril 03. 2016, de monografías Sitio web: <http://www.monografias.com/trabajos28/programa-adolescentes/programa-adolescentes.html>
18. Asamblea Nacional constituyente. (2015). Constitución política de Colombia. Colombia: Arca Editores.
19. Congreso de Colombia. (2006). Código de Infancia y Adolescencia. Bogotá - Colombia: Congreso.

## **Anexos**

**Anexo A. Árbol de problemas.**

**Anexo B. Árbol de soluciones.**

**Anexo C. Cronograma.**

**Anexo D. Análisis costos.**

**Anexo E. Marco Lógico.**

**Anexo F. Plataforma estratégica IPS Cooperativa de Salud San Esteban.**

**Anexo G. Matriz DOFA IPS Cooperativa de Salud San Esteban.**

**Anexo H. Formato encuesta embarazo en adolescentes.**