Riesgo de segundo embarazo en adolescentes. Hospital San Juan de Dios. Abejorral-Antioquia. 2016

Investigadoras:
María Estela Acuña Terán
Verónica Cardeño Chaverra

Asesora investigativa
Dra. Alba Emilse Gaviria M
Médica, Bioenergética, Mg. en Salud Pública

Fundación Universitaria Luis Amigó
Facultad Ciencias Administrativas y Contables
Especialización en Gerencia de Servicios de Salud.

Medellín
2016

Contenido

Resumen. 9

Summary…….. 10

Introducción 11

1. El problema de investigación 13

1.1 antecedentes **13**

1.1.1 En el mundo. **13**

1.1.2 Latinoamérica. **14**

1.1.3Colombia. **15**

1.1.4. Medellín. **16**

1.1.5. Abejorral. **18**

1.2 Antecedentes investigativos **19**

1.2.1 En el mundo **19**

1.2.2 En Latinoamérica. **19**

1.2.3 Colombia **20**

1.3. Descripción del problema. **22**

Pregunta de investigación. 22

2. justificación 22

3. Objetivo general 23

3.1 Objetivos Específicos: **23**

4. Marco teórico 24

4.1. Marco conceptual **24**

4.1.1. La adolescencia. **24**

4.1.2. Embarazo adolescente. **25**

Complicaciones psicológicas para la adolescente embarazada. 25

4.1.2.2. Determinantes del embarazo adolescente. **26**

4.1.2.3. Riesgos del embarazo en adolescente. **27**

4.1.2.3.2.Servicio amigable. **28**

4.2. Marco contextual 30

4.2.1El municipio de abejorral. **30**

4.2.2. La ESE hospital San Juan de Dios. **31**

4.3. Marco legal. 31

4.3.1. En el ámbito internacional **31**

4.3.2. En Colombia **32**
Resolución 412 de 2000 33
Ley 599 de 2000. 34
Ley 1098 de 2006 37
Ley 1122 de 2007 38
Ley 1236 de 2008. 38
Sentencia T 38809/2009 39
El documento CONPES del 2012 39
5.Marco ético 41
6. Metodología 42
6.1. Diseño del estudio **42**
6.2. Población de estudio **42**
6.3. Unidad de análisis **42**
6.4. Criterios de inclusión y exclusión **42**
6.5. Fuente de información **43**
6.6. Variables **43**
6.7. Instrumento de recolección de la información **47**
7.Plan de análisis 47
8 .Resultados. 47
8.1.Analisis de las variables sociodemograficas…….....50
8.2. Análisis de las variables propias de la investigacion…….....59
9. Discusión 80
Conclusiones 82
Referencias 84
Anexos 88
Anexo 1. Consentimiento informado 88
Anexo 2. Encuesta 90

Indice de tablas

Tabla 1: Distribución porcentual por edad de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 **48**

Tabla 2. Distribución porcentual por grupo étnico de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 **49**

Tabla 3. Distribución porcentual de estrato socioeconómico de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 **50**

Tabla 4. Distribución porcentual del área donde viven las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 **51**

Tabla 5: Distribución porcentual del estado civil de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 **52**

Tabla 6: Distribución porcentual por grado de escolaridad de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 **53**

Tabla 7: Distribución porcentual por el tipo de ocupación de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 **54**

Tabla 8: Distribución porcentual del régimen de salud al que pertenecen las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios. Abejorral- Antioquia.2016 **55**

Tabla 9: Distribución porcentual al tipo de religión que pertenecen las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 **56**

Tabla 10: Distribución porcentual del número de personas con quien vive las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 **57**

Tabla 11: Distribución porcentual de la edad del primer embarazo de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 **58**

Tabla 12: Distribución porcentual si asistió a los controles prenatales de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 **59**

Tabla 13: Distribución porcentual al número de controles prenatales a los que asistieron las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 **59**

Tabla 14: Distribución porcentual del mes de nacimiento del primer hijo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 **60**

Tabla 15: Distribución porcentual de la edad del bebe por meses de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 **62**

Tabla 16: Distribución porcentual del peso que tuvo él bebe al nacer de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 ..... **63**
Tabla 17: Distribución porcentual de las enfermedad sufridas durante el embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 ..... **64**
Tabla 17.1: Distribución porcentual de las complicaciones sufridas después del parto de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 ..... **65**
Tabla 18: Distribución porcentual si se presentó alguna complicación durante el parto de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 ..... **66**
Tabla 19: Distribución porcentual de como recibió la familia la noticia del embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 ..... **66**
Tabla 19.1: Distribución porcentual de la comunicación de los padres de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 ..... **67**
Tabla 20: Distribución porcentual del total de relaciones de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 ..... **68**
Tabla 21: Distribución porcentual si ha tenido vida sexual activa después del embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 ..... **69**
Tabla 21.1: Distribución porcentual del método de planificación que utilizan las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 ..... **70**
Tabla 23: Distribución porcentual si desea tener más hijos las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 ..... **71**
Tabla 24: Distribución porcentual a la asistencia a servicios amigables al Hospital San Juan de Dios Abejorral-Antioquia 2016 ..... **72**
Tabla 25: Distribución porcentual de educación sexual recibida después del embarazo. **73**
Tabla 26: Distribución porcentual del proyecto de vida de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 ..... **74**
Tabla 27: Distribución porcentual del tiempo libre de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 ..... **75**
Tabla 28: Distribución porcentual del consumo de psicoactivo en el embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 ..... **76**
Tabla 29: Distribución porcentual del apoyo económico que reciben las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 ..... **77**
Tabla 30: Distribución porcentual del apoyo familiar que recibe las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016 ..... **78**

Tabla 31: Distribución porcentual si ha sufrido de violencia intrafamiliar las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016**..... 79**

Indice de graficas

Gráfica 1: Distribución porcentual por edad de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016…… 48
Gráfica 3: Distribución porcentual de estrato socioeconómico de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……... 50
Gráfica 4: Distribución porcentual del área donde viven las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016…… 51
Gráfica 5: Distribución porcentual del estado civil de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……52
Gráfica 6: Distribución porcentual por grado de escolaridad de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……... 53
Gráfica 7: Distribución porcentual por el tipo de ocupación de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……... 54
Gráfica 8: Distribución porcentual del régimen de salud al que pertenecen las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……55
Gráfica 9: Distribución porcentual al tipo de religión que pertenecen las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……... 56
Gráfica 10: Distribución porcentual del número de personas con quien vive las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……57
Gráfica 11: Distribución porcentual de la edad del primer embarazo de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……58
Gráfica 13: Distribución porcentual al número de controles prenatales a los que asistieron de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……... 60
Gráfica 14: Distribución porcentual del mes de nacimiento del primer hijo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……61
Gráfica 15 : Distribución porcentual de la edad del bebe por meses de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……62
Gráfica 16: Distribución porcentual del peso que tuvo el bebe al nacer de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……63
Gráfica 17: Distribución porcentual de las enfermedades sufridas durante el embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016…… 64
Gráfica 17.1: Distribución porcentual de las complicaciones sufridas después del parto de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016…… 65

Gráfica 19: Distribución porcentual de como recibió la familia la noticia del embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016…… 67
Gráfica 19.1: Distribución porcentual de la comunicación de los padres de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……68
Gráfica 20: Distribución porcentual del total de relaciones tenidas de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……... 69
Gráfica 21: Distribución porcentual si ha tenido vida sexual activa después del embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……... 70
Gráfica 21.1: Distribución porcentual del método de planificación que utiliza las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……71
Gráfica 23: Distribución porcentual si desea tener más hijos las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……... 72
Gráfica 24: Distribución porcentual a la asistencia a servicios amigables al Hospital San Juan de Dios Abejorral-Antioquia 2016…….. 73
Gráfica 25: Distribución porcentual de educación sexual recibida después del embarazo 74
Gráfica 26: Distribución porcentual del proyecto de vida de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……..75
Grafica 27: Distribución porcentual del tiempo libre de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016…….76
Gráfica 29: Distribución porcentual del apoyo económico que reciben las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……. 77
Gráfica 30: Distribución porcentual del apoyo familiar que recibe las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……... 78
Gráfica 31: Distribución porcentual si ha sufrido violencia intrafamiliar las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016……79

Resumen.

Esta investigación se realizó en la E.S.E Hospital San Juan de Dios en el municipio de Abejorral, del departamento de Antioquia. Lo que motivo esta investigación fue observar el número tan alto de madres adolescentes (84) que residen en este municipio.
Esta investigación tuvo como objetivo principal identificar los riesgos asociados a un segundo embarazo en madres adolescentes, para con ello recomendar estrategias que permitan la disminución de este fenómeno dentro de este municipio. El estudio tuvo como metodología cuantitativa, de tipo descriptivo, transversal, prospectivo. Se contó con 30 madres adolescentes a las cuales se les aplicó un cuestionario. Como resultados se encontraron los siguientes factores de riesgo: la edad (23%) son madres de 16 años y el (13%) de 15 años, la condición socioeconómica (87%) de las madres se encuentran en estrato 1; el (63%) viven en el área rural; estos factores están ligados a la falta de educación sexual (87%) y la falta de planificación (3%) de las madres. Se evidenció una limitación en cuanto a los servicios de salud sexual y reproductiva, pues el (3 %) de las jóvenes no asisten a estos por la falta de motivación, desinterés y lejanía del centro de atención a la población.
La discusión permitió relacionar estos factores con investigaciones anteriores sobre embarazo adolescente y concretar el riesgo de un segundo embarazo en madres adolescentes,
Las conclusiones fueron que los riesgos de un segundo embarazo están ligados a la educación, la desinformación, métodos de planificación y factores socioeconómicos.

Palabras claves: embarazo en adolescentes, riesgo de segundo embarazo, factores de riesgo, adolescencia.

Summary

This research was conducted in the E.S.E San Juan de Dios Hospital in the municipality of abejorral, department of Antioquia. The reason for this research was to observe the number so high of teenage mothers (84) that reside in this municipality

This investigation had as its main objective to identify the risks associated with a second pregnancy in adolescent mothers, for with this recommend strategies that allow the reduction of this phenomenon within this municipality. The study took as quantitative methodology and descriptive, prospective cross-sectional study. It was attended by 30 adolescent mothers to whom they were given a questionnaire. As results were found the following risk factors: age (23%) are mothers of 16 years and (13%) of 15 years, the socio-economic status (87%) of the mothers are in the Stratum 1; (63%) live in the rural area; these factors are linked to the lack of sexual education (87%) and lack of planning (3%) of the mothers. Was evidenced a limitation with respect to the sexual and reproductive health services, since the (3 %) of the young people not attending these by the lack of motivation, indifference and distance from the center of attention to the population.

The discussion provided relate these factors with previous research on adolescent pregnancy and to identify the risk of a second pregnancy in adolescent mothers,

The conclusions were that the risks of a second pregnancy are linked to education, disinformation, methods of planning and socio-economic factors.

Key words: pregnancy in adolescents, second pregnancy risk, risk factors, adolescence.

Introducción

Esta investigación se realizó en el municipio de Abejorral, del departamento de Antioquia, es la primera investigación sobre: riesgo de segundo embarazo en madres adolescentes, realizada en dicho municipio.
El embarazo en adolescentes constituye un problema prioritario para el sector de salud pública, por ocurrir en jóvenes que carecen de la adecuada preparación física, emocional, económica y social para abordar con éxito la responsabilidad el rol de ser madre.

Se debe tener en cuenta que la edad adolescente es una etapa en la cual aún hay inmadurez psicológica lo que tiene algunos inconvenientes tanto en la crianza como el crecimiento de la madre, pues está en una etapa decisiva de su vida en la cual está en construcción de su identidad y la responsabilidad de un hijo implica mayores retos para ella.

A nivel nacional el embarazo en madres adolescentes va aumentando de manera significativa principalmente en los estratos socioeconómicos bajos, además que estas jóvenes que carecen en muchos casos de información a nivel de educación sexual teniendo como resultado un uso inadecuado de métodos anticonceptivos.

El objetivo de esta investigación fue identificar los riesgos de un segundo embarazo en madres adolescentes.

El estudio tiene un enfoque cuantitativo, no experimental de tipo descriptivo, transversal de tipo prospectivo. Se contó con 30 madres adolescentes a las cuales se les aplicó un cuestionario de 30 preguntas .Como resultados se obtuvo que son factores de riesgo para un segundo embarazo en adolescentes: la edad 23 (%) tenían 16 años y 13(%) de 15 años; el estrato socioeconómico 87 (%) de las madres se encontraban en estrato 1, el 63 (%) viven en el área rural. La falta de educación sexual es una variable que posibilita repetir otro embarazo similar, por la falta de información. Además la ambigüedad en cuanto a tener un segundo hijo 63,3(%) tal vez tendrían más hijos, la planificación 3(%) fue un factor, que las madres aún no tienen presente en sus relaciones sexuales. El hacinamiento 7(%) vive con más de 6 personas y en cuanto a la dependencia económica se evidencia que el 23 (%) aun recibe apoyo económico familiar.

Dentro de la investigación se encontró que muchas de las madres no son conscientes de la cantidad de controles necesitados y los que requieren asistir para un adecuado cuidado de su gestación.

La discusión sirvió para el análisis de resultados de manera comparativa con otras investigaciones que relacionan el riesgo de embarazo en madres adolescentes encontrándose que existen variables sociodemográficos, factores relacionados al nivel educativo e informativos que posibilitan el riesgo de un segundo embarazo. Como conclusiones se encuentran que los factores sociodemográficos como estrato socioeconómico, el lugar de residencia (rural) aunado la falta de educación sexual en un 87 (%) y a que 63,3(%) de estas adolescentes tal vez tendrían más hijos.

En esta investigación podemos encontrar: resumen, antecedentes del problema, justificación, objetivos, marcos de referencia y marco legal, la metodología, el instrumento de recolección de información y finalmente los resultados, discusión y conclusiones.

1. El problema de investigación

1.1 antecedentes

1.1.1 En el mundo.

Los estudios realizados en diversos países reportan que las jóvenes entre los 15 y 19 años tienen el doble de probabilidad que las mayores de 20, de morir a causa de los eventos relacionados con la reproducción y en las menores de 15 años, este riesgo es 6 veces mayor (Ariza Riaño, Valderrama, Sanabria, & Ospina Díaz, 2014, p.162)

El embarazo en adolescentes constituye un problema prioritario para el sector de salud pública, por ocurrir en jovencitas que carecen de la adecuada preparación física , emocional , económica y social para abordar con éxito la responsabilidad que de este hecho se deriva (Ariza Riaño, Valderrama, Sanabria, & Ospina Díaz, 2014, p.156)

El embarazo adolescente se presenta con mayor frecuencia en las zonas rurales que urbanas y mayor entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo, sin embargo, la tendencia creciente del embarazo adolescente de las últimas décadas se observa tanto en áreas urbanas como en rurales y en mujeres de diferente nivel socioeconómico (Ariza Riaño, Valderrama, Sanabria, & Ospina Díaz, 2014, p. 154-163)

Se sabe que en estas madres la falta de educación en materia sexual-afectiva juega un rol importantísimo en el embarazo adolescente y por lo tanto en ellas existen mayores posibilidades de tener un segundo embarazo no deseado. En síntesis, el embarazo adolescente requiere una intervención que apunte a interrumpir la repetición de patrones desadaptativos, objetivo alcanzable por medio de estrategias que promuevan modelos alternativos y que potencien factores protectores, focalizándose en la promoción y fortalecimiento de la díada niño-madre adolescente. (Chereau, B; Silva, C. B; Alvarez, M, 2001, p. 26)

1.1.2 Latinoamérica.

El embarazo adolescente en México es un fenómeno que tiene una alta incidencia y múltiples consecuencias. Una de ellas es la deserción escolar: es común que las adolescentes que estudian y resultan embarazadas interrumpan sus estudios y, con posterioridad al nacimiento, solo algunas regresan a la escuela, por tal motivo, el embarazo adolescente se manifiesta con intensidad en la agenda social del país. (Mc Donals, Nieto, Vasquez, Lima, Guerrero Zabala, & Chávez Rodriguez, 2012, p.15).

En chile el embarazo en adolescentes es considerado como una problemática social que tiene como consecuencia, falta de oportunidades y aplanamiento de las perspectivas futuras de vida de la adolescente embarazada, su hijo (a) y su familia. El embarazo adolescente, se ha vinculado a múltiples determinantes sociales, entre las que se encuentran, bajo nivel socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, ausencia de proyecto de vida, así como también se le ha relacionado con inequidades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. (Burdiles F. Pamela, 2013, p.1-2)

En El Salvador, para el año 2003, la población de 15 a 24 años representa un poco más de un tercio de la población clasificada como en edad fértil. Los indicadores de salud reflejan una situación que demanda atención y acciones concretas hacia las necesidades de la salud reproductiva que afrontan los adolescentes. Muchas de las jóvenes tienen relaciones sexuales a edades tempranas, a menudo sin protección, lo cual las coloca en riesgo de embarazos no deseados, abortos inseguros, Asimismo las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales. (Centene M. Helen, 2005, p.1)

1.1.3Colombia.

En cuanto a la fecundidad; en Colombia el 16% del total de nacimientos, son de madres adolescentes. De 1990 a 1995, la tasa de fecundidad en adolescentes, pasó de 70 a 89 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años (Ariza Riaño, Valderrama, Sanabria, & Ospina Díaz, 2014, p.161)

En Colombia, un porcentaje significativo de jóvenes inicia su vida sexual durante la adolescencia. La edad promedio de esta relación fue de 13,4 para los varones y de 14,8 años para las mujeres y la edad promedio a la cual ocurre el nacimiento del primer hijo es de 16,2 años (Ariza Riaño, Valderrama, Sanabria, & Ospina Díaz, 2014, p. 154-163.)

El estudio de la prevalencia de uso anticonceptivo en Colombia, realizado por la universidad católica del norte en el 2014 muestra que sólo el 11% de las adolescentes entre 15 y 19 años, usan algún método anticonceptivo. El 26,4% de las adolescentes colombianas inician el uso de métodos anticonceptivos después de que han tenido un hijo (Ariza Riaño, Valderrama, Sanabria, & Ospina Díaz, 2014, p. 158)

En Colombia el embarazo en madres adolescentes va aumentando significativamente en estratos socioeconómicos bajos, en adolescentes que carecen de la información de sexualidad y a su vez el mal uso de anticonceptivos, propagando así un alto índice de embarazos no deseados en adolescentes. (Ariza Riaño, Valderrama, Sanabria, & Ospina Díaz, 2014, p.157)

Sobresale el aumento de madres adolescentes, 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) aumento más rápidamente entre 1990 y 2005.

El embarazo en adolescentes en Colombia reporta el 20.5%, 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 índice de embarazo en adolescentes. Cada 4 mujeres en embarazo, una es adolescente.

De acuerdo con los datos del fondo de Población de la ONU en nuestro País de cada100 mujeres entre los 15 y 19 años, 19.5% ya han dado a luz y el porcentaje para las mujeres menores de 15 años es de 2.3%. (Ariza Riaño, Valderrama, Sanabria, & Ospina Díaz, 2014, p.161)

El embarazo adolescente es un problema que afronta Colombia en general. En los últimos 14 años, el país viene presentando un incremento del porcentaje de mujeres menores de 20 años que son madres: 11 % en 1990, 17 % en 1995 y 19 % en el 2000. (Alcaldía de Medellín. , 2005, p.10)

1.1.4. Medellín.

La maternidad y la paternidad adolescente constituyen una problemática que preocupa e impacta a las familias, a la comunidad y a la sociedad en su conjunto y, por tanto, constituye una preocupación de salud pública, un tema de ciudad y el escenario propicio para la implementación de una política de población y desarrollo. Todo esto pasa, además, por la consideración de que el asunto del embarazo adolescente tiende a ser una consecuencia derivada de las dificultades que hay en el acceso a la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la información sobre sexualidad y los métodos anticonceptivos. (Alcaldía de Medellín , 2005, p.9)

En la Ciudad de Medellín, el problema del embarazo adolescente cobra gran importancia, de acuerdo con el número de eventos presentados. Según datos de la Secretaría de Salud de Medellín en el año 2002 se presentaron 7.021 embarazos adolescentes, 280 de los cuales correspondieron a mujeres entre los 10 y 14 años de edad. El número de partos de adolescentes correspondió al 21.6 % del total registrado en la Ciudad. Por su parte, en lo corrido de este año, es decir, entre enero y agosto de 2004, del total de partos reportados en la Ciudad, el 22 % correspondió a adolescentes. Durante el período se registraron 4.448 partos de adolescentes y 345 abortos.

El embarazo adolescente en Medellín se presenta, especialmente, en las mujeres pobres, de bajo nivel educativo y residentes en zonas muy marginadas, incluyendo áreas rurales. Sin

embargo, la situación también se presenta en adolescentes pertenecientes a familias con niveles socioeconómicos altos. (Alcaldía de Medellín , 2005, p.12)
Los estudios realizados en Colombia y en la Ciudad asocian el embarazo adolescente, al menos, a tres tipos de causas:

1. Causas estructurales:

   • Condiciones socioeconómicas de marginalidad urbana y rural, tanto de mujeres como de hombres.

   • Situación de conflicto armado, violencia urbana y desplazamiento que contribuye a la mayor vulnerabilidad en salud sexual y reproductiva de las poblaciones afectadas y presiona formas de relación de las/los adolescentes con los diferentes actores armados que comprometen su sexualidad y reproducción.

   • Situación de exclusión social de las y los adolescentes en relación a los servicios de educación, salud y el empleo; las ofertas institucionales no discriminan de manera positiva a la población adolescente y muchos de ellos y ellas son expulsados de la escuela y presionados a ingresar al mundo laboral por la situación de pobreza.

   • Situaciones y grupos de riesgo: mujeres y hombres en prostitución, prostitución infantil y otras formas de explotación sexual; niñas abandonadas.

2. Causas individuales:

Causas individuales:

• Creencias y prácticas asociadas a la maternidad y a la paternidad, a la feminidad y masculinidad como asuntos centrales a los proyectos de vida de los y las adolescentes y únicos destinos de realización personal.

• Identidades femeninas y masculinas centradas en la búsqueda de reconocimiento, afirmación social y de afectividad por la vía de la maternidad, personalidades dependientes de la aprobación masculina que presiona ejercicios de la sexualidad temprana, el embarazo y la maternidad; déficit en la autoestima y la autonomía femenina, en especial, para negociar medidas de autoprotección en salud sexual; dependencia que tienen las jóvenes de la figura

masculina para legitimarse socialmente. La sobre valoración de la maternidad como único referente de construcción de la identidad femenina.

• Ausencia y marginalidad masculina de los servicios y tareas de salud sexual y reproductiva, incluida la información sobre sexualidad, consejerías en salud sexual y servicios de anticoncepción.

3. Causas institucionales:

• Condiciones críticas de la vida en familia: escasa comunicación intergeneracional; figuras significativas adultas ausentes y pobres modelos de imitación o cuestionables desde el punto de vista ético, como referentes de identidad; violencia intrafamiliar contra las niñas y abuso sexual y patrones adultos asociados al madre solterísimo.

• Sobre-exigencia en su crecimiento; iniciación temprana a asumir responsabilidades adultas, económicas y de crianza; ausencia de los adultos y pobreza.

• Marginalidad femenina y masculina de los servicios de salud, la escuela o del colegio y otros servicios sociales.

• Déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva; prevención para la población adolescente incluida anticoncepción y educación sexual y falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos.

- Desconocimiento de los derechos en salud y bajo acceso a los recursos institucionales de justicia y protección. (Alcaldía de Medellín , 2005, p. 9-14)

1.1.5. Abejorral.

No se encontraron estudios realizados ni investigaciones previas sobre el riesgo de segundo embarazo en adolescentes en el Municipio de Abejorral.

1.2 Antecedentes investigativos

1.2.1 En el mundo

A nivel mundial existe un estudio realizado en el colegio del norte ubicado en la ciudad de México del estado de Tijuana de nombre: Acercamientos teóricos a la maternidad adolescente como experiencia subjetiva esta investigación fue realizada en el año 2012 por estudiante de doctorado en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios Regionales, este estudio se tuvo en cuenta en países como: Brasil, México, España, Moscú entre otros; en esta investigación se menciona que entre las adolescentes puede considerarse que la maternidad acrecienta dichas ambivalencias, como resultado del estigma social que suscita ser madre a una edad temprana. Si nos situáramos en los planteamientos feministas de la segunda ola, las madres adolescentes estarían reproduciendo el modelo de maternidad intensiva, ya que para las jóvenes la identidad como madres les provee un reconocimiento social como mujeres dentro y fuera de la familia. De la misma manera, la inversión de las adolescentes en la identidad de buena madre, como una resistencia a los discursos que las estigmatizan, reproducen las representaciones hegemónicas de la maternidad como el deber ser femenino, naturalizando dicha vivencia. (Llanes Díaz, 2012, p. 258)

A su vez constituye una experiencia cambiante en el tiempo, por lo que las valoraciones en torno a la misma se transforman a lo largo de la trayectoria de vida de las mujeres, de acuerdo con factores tales como: la edad de las madres, la edad de los hijos, la presencia o ausencia de la vida en pareja, el ciclo de vida, los vínculos familiares, y los diferentes ámbitos sociales en los que participen las mujeres. Esto conlleva a plantear que las mujeres re-significan constantemente esta experiencia, negociando de múltiples formas las continuidades y cambios presentes en torno a las relaciones de género. (Llanes Díaz, 2012, p.258)

1.2.2 En Latinoamérica.

En Latinoamérica encontramos una investigación realizada en el año 2006, por la universidad UNNE, ubicada en la república de Argentina, llamada "Riesgos en el embarazo", realizada por los estudiantes de la escuela de posgrado (Ulanowicz,, Parra, Wendler, & Monzón, 2006), en esta investigación hablan sobre medidas preventivas primarias, secundarias y

terciarias para el evitar el riesgo de un segundo embrazado en madres adolescentes. Las medidas a implementar son:

• Prevención primaria: -Medidas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia. Información sobre fisiología reproductiva, gradual y continuada en todos los ámbitos y no solo destinada al ámbito escolar. Utilización adecuada de los medios de comunicación. Estimulación de los jóvenes a la reflexión grupal, sobre los problemas relacionados con cada etapa de la adolescencia. - Fomento de la comunicación entre padres o adultos responsables y los jóvenes en lugares comunes que sirvan de foro de discusión. Entrenamiento de las personas que tienen contacto prolongado con adolescentes para la atención de aquellos adolescentes en situación de alto riesgo. Captación, por personal entrenado, de los jóvenes que no asisten a establecimientos educacionales ni trabajan, para su reinserción social y educación.

• Prevención secundaria: Medidas a tomar cuando la joven ya está embarazada. Asistencia del embarazo, parto y recién nacido en programas de atención de adolescentes, por personal motivado y capacitado en éste tipo de atención. Asistencia al padre de la criatura, favoreciendo su participación y ayudándolo a asumir su rol. Información y apoyo psicológico a la joven, si decide entregar al hijo en adopción.

• Prevención terciaria: Vigilancia del vínculo madre – hijo, padre – hijo. -Favorecimiento de la reinserción laboral de la madre y el padre si corresponde. -Seguimiento médico integral del joven padre, sea cual fuere la situación en la que se haya ubicado frente a su compañera y su hijo. Asesoramiento adecuado a ambos para que puedan regular su fertilidad, evitando la reiteración compulsiva de los embarazos con intervalo intergenésico corto. Creación de pequeños hogares maternales para las jóvenes sin apoyo familiar, que además de alojarlas las capaciten para enfrentar la situación de madre soltera y la prevención de un nuevo embarazo no deseado. (Ulanowicz,, Parra, Wendler, & Monzón, 2006, p.15-16)

1.2.3 Colombia

En Colombia se encuentra investigación sobres embarazo en adolescentes a su vez tratan de diversos temas entre ellos el riesgo de un segundo embarazo en adolescentes, se encuentra un

estudio de revisión de tema, realizado en el año 2012, por (Noguera O & Alvarado R, 2012) sobre "Embarazo en adolescentes : una mirada desde el cuidado de enfermería", donde demuestra que en algunos casos el embarazo en la adolescencia trae consigo varias repercusiones negativas tanto para la nueva gestante como para el niño. En encuestas realizadas se evidencia una relación entre bajos recursos económicos, bajo nivel de escolaridad y el embarazo adolescente generándose de esta manera un círculo de pobreza cada vez mayor en nuestro país.

La investigación resalta lo importante de brindar educación a las adolescentes con el fin de prevenir embarazos en edades cada vez más tempranas, está comprobado que las niñas tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones durante la gestación y el parto, y que los niños tienen un mayor índice de morbimortalidad en el primer año de vida por desconocimiento o falta de preparación de la madre.
Para algunas adolescentes el embarazo se considera como un fenómeno que limita el proyecto de vida de las jóvenes, aspecto que repercute directamente en su calidad de vida y la de su hijo. (Noguera O & Alvarado R, 2012, p. 157-158)

Según la investigación sobre: "Caracterización del embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá, Colombia", realizada por la fundación católica del norte durante el 2012, demuestran un apreciable número de casos de embarazo adolescente pueden ser atribuidos a la violencia sexual y los abusos bajo diferentes denominaciones que pueden incluir: Actos sexuales abusivos, acceso carnal violento, coito forzado y, en general, en el caso colombiano, las relaciones sexuales de hombres adultos con mujeres menores de 14 años. En la mayoría de los casos la presión o influencia ejercida sobre las menores tiene carácter psicológico y evidentemente engañoso. En este tema se incluye también el abuso físico psicológico, denominado maltrato infanto-juvenil (Ariza Riaño, Valderrama, Sanabria, & Ospina Díaz, 2014, p. 162)

En el plano personal se han identificado algunos factores de riesgo que suelen ocurrir en las adolescentes pobres y que podrían favorecer el embarazo precoz: abandono escolar, dificultad para planear proyectos de vida a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima, falta de aptitud preventiva, menarquía precoz, conducta antisocial y bajo nivel educativo; dentro de los rasgos familiares pueden ser importantes la familia disfuncional (tensión, crisis y conflicto familiar), pérdida de un familiar cercano, madre con antecedente de embarazo adolescente,

hermana adolescente embarazada, padre ausente y vínculo más estrecho, pero ambivalente, con la madre. (Ariza Riaño, Valderrama, Sanabria, & Ospina Díaz, 2014, p.162)

1.3. Descripción del problema.

En los últimos años, el incremento de los índices de maternidad adolescente, es un motivo de preocupación a nivel Nacional, más aun en el Municipio de Abejorral, en donde se ha observado un gran aumento de casos, de embarazo adolescente, el cual ha incrementado aún más en los últimos 5 años, con una marcada proporción de crecimiento en la franja etaria de 12 a 18 años y como consecuencia de esto el incremento de problemas relacionados con la maternidad, con planificación, relación familiar y de pareja.

En este municipio hay una población de 84 madres adolescentes en lo que va del 2016 y en la ESE hospital San Juan de Dios Abejorral se encuentra que asisten 26 madres adolescentes. Para el año 2015 se tuvieron 104 madres adolescentes las cuales pueden estar en riesgo de un segundo embarazo.

Se busca con esta investigación encontrar factores de riesgo asociados a un segundo embarazo en estas madres adolescentes, para con ello buscar estrategias que permitan la disminución de este fenómeno.

Pregunta de investigación.

¿Cuáles son los riesgos de segundo embarazado en adolescentes ESE. Hospital San Juan de Dios de Abejorral?

2. Justificación .

Este estudio es importante para Colombia, porque se dará a conocer otra perspectiva sobre el embrazado en adolescentes, mediante la realización de un estudio en un municipio que tiene un 60% de zona rural y de zona urbana un 40% , para así, ir ampliando las investigaciones de estos grupos poblacionales ; además, representaría la oportunidad de ampliar el conocimiento sobre los riesgos de un segundo embarazo ya que la mayoría de estudios que se

realizan solo tratan sobre el embarazo en adolescente pero no toman en cuenta los riesgos de un segundo embarazo.

Este estudio es importante para Antioquia y para abejorral, pues permitirá dar una mejor información a las madres adolescentes sobre la generación de un segundo embarazo.

En cuanto al hospital San juan de Dios Abejorral, la investigación permitirá poder conocer el número poblacional de adolescentes embarazadas que presenta el riesgo de un segundo embarazo y hallar e identificar los factores determinantes y/o causantes del mismo.

Esta investigación es importante para la Luis amigo, ya que servirá como fuente de información y de referencia para el uso de investigaciones a futuro sobre dicho tema.

Para gerentes de servicio en salud esta investigación servirá para sobrepasar de una perspectiva administrativa a una realidad situada en contexto y conocer las vivencias por las que afronta una madre adolescente, conocer un poco más de su entorno y a su vez observar si tienen una buena educación frente a la vivencia responsable de su sexualidad y desde la administrativo permitirá el mejoramiento de los servicios de calidad que presta la E.S.E san juan de Dios. Abejorral.

3. Objetivo general:

Identificar los riesgos de un segundo embarazo en madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios. Abejorral- Antioquia. 2016

3.1 Objetivos Específicos:

- Caracterizar de acuerdo con las variables sociodemográficas la población de madres adolescentes.
- Verificar cuáles son los riesgos de un segundo embarazo.
- Realizar recomendaciones a la ESE, Hospital San Juan de Dios. Abejorral para evitar un incremento de un segundo embarazo en adolescentes.

4. Marco teórico

4.1. Marco conceptual

4.1.1. La adolescencia.

Según la OMS citado en (Noguera O & Alvarado R, 2012) es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años durante el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica. Según los autores (Noguera O & Alvarado R, 2012) los Pediatras consideran a los adolescentes como niños grandes, o como adultos pequeños otros especialistas.
Craracteristicas de la etapa de la adolescencia:

- Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambios de la forma y dimensiones corporales.
- Aumento en la masa muscular y de la fuerza muscular, mas marcado en el hombre acompañado de un aumento en la capacidad de transportacion de oxigeno.
- El desarrollo sexualesta caracterizado por la maduracion de los organos sexuales, aparicion de las caracteristicas sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva.
- Aspectos psicosociales: Busqueda de simismos y de su identidad, necesidad de independencia, tendencia grupal.
- Evolucion del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Fluctuaciones del estado de animo. (Noguera & Alvarado, 2007, p. 154-158)

La Adolescencia se divide en dos etapas, estas son propuestas dentro de la investgación de (Noguera O & Alvarado R, 2012, p 154-157.)

Adolescencia temprana que comprende el periodo desde los 10 años hasta los 14 años de edad: Esta etapa se caracteriza por crecimiento y desarrollo somatico acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios, busqueda de la autonomia, independenciaa, por lo que los conflictos con la familia,maestros y otros adultos son mas masrcados.

Adolescencia tardia: En esta fase se ha culminado gran parte del desarrollo y crecimiento, se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduracion de la identidad, inclusive en su vida sexual.

4.1.2. Embarazo adolescente.

Según la OMS, los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer – El embazo adolescente es el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen" (Issler, 2001, p. 11-12)
Según los expertos, la edad más apropiada para ser madre es entre los 20 y los 35 años, ya que el riesgo para la salud de la madre y el niño es mucho menor. El embarazo en la adolescencia se considera de alto riesgo y conlleva más complicaciones. La adolescente no está preparada ni física ni mentalmente para tener un bebé y asumir la responsabilidad de la maternidad (Issler, 2001, p.12-20) .
Las adolescentes que se quedan embarazadas presentan en muchos casos:

- Cuadros de mala nutrición, con carencia de nutrientes esenciales para el buen desarrollo del bebé
- Un mayor número de abortos espontáneos
- Partos prematuros, hay un gran número de bebés de adolescentes que nacen antes de la semana 37 de gestación
- Sus bebés tienen un peso bajo ya que la inmadurez de su cuerpo hace que su útero no se haya desarrollado completamente
- Las mamás adolescentes tienen niños con más problemas de salud y trastornos del desarrollo
- En los casos de embarazos de niñas de menos de 15 años, el bebé tiene más posibilidades de nacer con malformaciones.

Complicaciones psicológicas para la adolescente embarazada.

En general, los estudios hablan de una serie de circunstancias por los que pasan las mamás adolescentes:

- Miedo a ser rechazadas socialmente: una de las consecuencias de la adolescencia y el embarazo es que la joven se siente criticada por su entorno y tiende a aislarse del grupo.

- Rechazo al bebé: son niñas y no desean asumir la responsabilidad, el tiempo y las obligaciones que supone ser madre. Sin embargo, esto también las hace sentirse culpables, tristes y su autoestima se reduce.
- Problemas con la familia: comunicar el embarazo en la familia muchas veces es fuente de conflicto e incluso rechazo por parte de su propio entorno.
- Los hijos de madres y padres adolescentes suelen sufrir mayor tasa de fracaso escolar, problemas de inserción social o de aprendizaje. (Noguera & Alvarado, 2007, p. 154-157

4.1.2.2. Determinantes del embarazo adolescente.

Los determinantes del embarazo adolescente pueden agruparse por una parte, en un conjunto de factores que generan algún grado de riesgo en la adolescente frente al embarazo y, por otro, en un conjunto de factores que le dan algún nivel de protección. (Flórez & Soto, 2013, p.10-11)
Para que el embarazo en adolescente trate de no propagarse se debe dar factores protectores para el inicio de la actividad sexual mediante una mayor educación, mayor autoestima, proyectos de vida, mayor instrucción de los padres, mejor comunicación, mejor percepción de la relación de la pareja de sus padres, mejor ocupación del tiempo libre.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para evitar el embarazo en la adolescencia: limitar el matrimonio antes de los 18 años, aumentar el uso de anticonceptivos para los adolescentes, reducir las relaciones bajo coacción y apoyar los programas de prevención de embarazos en la adolescencia. (Flórez & Soto, 2013)
En cualquier caso, la mejor prevención es que los jóvenes tengan una buena educación sexual desde el mismo seno de la familia. Es importante informar sobre los riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia y todos los cambios que se producirán desde el momento en que la adolescente se quede embarazada. (Flórez & Soto, 2013)

“Es por esto dentro de nuestra investigación consideramos que la comunicación en la familia es esencial, por tanto, debe haber un diálogo abierto y transparente para que los jóvenes tengan toda la información a su alcance”.

4.1.2.3. Riesgos del embarazo en adolescente.

Proximidad o posibilidad de un daño. Entre los riesgos médicos del embarazo en niñas y adolescentes: mortalidad materna , niños de bajo peso, anemia, infección del tracto urinario, hipertensión inducida por el embarazo ,enfermedades de trasmisión sexual, parto obstruido, aumento de tasa de cesárea en menores de 14 años.

Se describe que la mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29 años, la causa más importante se relaciona a : complicaciones surgidas a consecuencia de un trastorno hipertensivo, la segunda causa se ubica en el grupo de muertes maternas registradas tardíamente, que son consecuencia de complicaciones del embarazo o parto, la tercera causal que explica la muerte materna es adolescentes está constituida por la complicaciones de un embarazo que termina en aborto, la cuarta y quinta causa de muerte en las niñas-madres son las complicaciones en el periodo del trabajo de parto y sepsis en el posparto inmediato. Las razones de mortalidad materna en las madres- niñas de 14 años y menos son el doble hasta el triple de lo que se presenta en madres adolescentes de 15. El riesgo es muy alto para atribuirlo sólo a la falta de cuidados en el control y atención de la salud. (Zamora Leiva, 2011, p. 12.)

Factores de Riesgo.

- Conductas de riesgo.
- Familias disfuncionales.
- Desercion escolar.
- Accidentes.
- Consumo de alcohol y drogas.
- Enfermedad de transmision sexual.
- Embarazo. (Cruz Sanchez, Pineda Perez, Martinez Vasquez, & Aliño Santiago , 1999. Pag 120)

4.1.2.3.1 Riesgo de segundo embarazo adolescente.

Los embarazos durante la adolescencia pueden acarrear altos costos para la salud y a nivel emocional, social y financiero tanto para las madres adolescentes como para sus hijos. Las

madres adolescentes quieren lo mejor para su salud y la de sus hijos, pero algunas pueden sentirse agobiadas por el trabajo que implica la maternidad. Tener más de un hijo cuando se es adolescente puede hacer más difícil que la madre termine su educación o consiga un trabajo. Los bebés de madres adolescentes que ya han tenido otro hijo a menudo nacen prematuros o demasiado pequeños, lo cual puede causar más problemas de salud al bebé. (vital Signs, 2013, p. 1- 4).

Demasiadas adolescentes entre los 15 y 19 años tienen más de un bebé. Casi 1 de cada 5 bebés de madres adolescentes, entre los 15 y 19 años, no es el primero. La mayoría (86 %) son el segundo bebé. Algunas adolescentes dan a luz a un tercer hijo (13 %) o a un cuarto, quinto o sexto bebé (2 %). Las adolescentes indoamericanas y las nativas de Alaska, las hispanas y las de raza negra tienen 1.5 veces más probabilidades de tener más de un bebé, en comparación con las adolescentes de raza blanca. Los bebés que nacen de una madre adolescente que ya ha tenido otro hijo a menudo nacen prematuros o demasiado pequeños, lo cual puede causar más problemas de salud al bebé. (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2013, p.1- 4)

4.1.2.3.2.Servicio amigable.

Es la organización de servicios integrales de salud al adolescente para que reconozcan su condicion de individualidad se le enseña a tener responsabilidades con su salud y se les permita asumirlas : sin ser juzagados, sin ser sancionado y sin ser recibidos, esta atiende sus requerimientos especificos en la medida de sus necesidades, con enfoque de gernero, enfoque de derechos sexuales y reproductivos y enfoque endocultural. Este tipo de servicios parten de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y promueve alternativas novedosas y adaptadas a su realidad.

Hay muchas maneras de convertir en amigable el servicio de salud sexual y reproductiva para jóvenes. Sin embargo, en las distintas experiencias se han logrado identificar tres modalidades básicas:

1. Consulta diferenciada para adolescentes y jóvenes Se realiza a partir del desarrollo de las características propias en las instituciones, con infraestructura básica. La condición que lo define como amigable es la existencia de un profesional formado y sensibilizado para ofrecer una atención de calidad, dentro

de la programación de consulta diaria, guardando confidencialidad y respeto por las condiciones de adolescentes y jóvenes

2. .Unidades de salud amigables para adolescentes y jóvenes Así se denomina a la existencia de ambientes exclusivos para adolescentes y jóvenes, que comparten la infraestructura con otros servicios de salud. Cuentan con profesionales capacitados para la atención de adolescentes y jóvenes y realizan sus labores en horarios de atención diferenciados, adaptados a la disponibilidad de tiempo de adolescentes y jóvenes. Aunque los profesionales y las instalaciones pueden utilizarse para cumplir con otras funciones en la institución, las Unidades Amigables se encuentran adecuadamente señalizadas, de forma tal que orientan a los y las usuarios hacia los servicios de atención diferenciada.
3. Centro de salud amigable para adolescentes y jóvenes Es un espacio físico independiente de las demás instalaciones de las instituciones de salud, que por sí mismo puede conformar una Institución de Prestación de Servicios especializada en adolescentes y jóvenes. Cuenta con profesionales especialistas, asignados específicamente a estos centros, en horarios que de forma permanente y estable se adaptan a la disponibilidad de tiempo de adolescentes y jóvenes, garantizando así el acceso permanente a los servicios. El centro amigable está diseñado para atender de forma exclusiva a adolescentes y jóvenes, en espacios que se adecuan a sus condiciones, gustos y preferencias. Además de la prestación de los servicios de salud, este tiene espacios en los cuales adolescentes y jóvenes plantean sus dudas y expectativas, discuten, conforman grupos o redes y organizan procesos sociales, a través de dinámicas lúdicas, culturales, artísticas y deportivas.

Los servicios amigables proponen que adolescentes y jóvenes, al demandar servicios, obtengan una respuesta oportuna a sus necesidades, cuenten con servicios de salud diferenciados, de fácil acceso geográfico, ubicación conveniente, con espacios separados del resto de los usuarios y ambientes que garanticen la privacidad. Los servicios deben ser flexibles, creando estrategias que les permitan acercarse a jóvenes y adolescentes, bien sea a través de trabajo extramural o contando con grupos de apoyo comunitario. También es necesario que se garanticen horarios que faciliten el acceso y la oportunidad a jóvenes y adolescentes, pensando en aquellos que estudian o trabajan. (Ministerio de la proteccion social , 2008)

Los servicios amigables de la ESE. Hospital san juan de Dios. Abejorral esta conformado por un profesional de la salud , siempre dispuesto a atender y a responder por la necesidades de este grupo poblacional, ofrece un servicio educativo para las madres gestantes , en especial a las madres adolescentes, cuenta con un espacio disponible, en el cual se realizan actividades educativas las cuales se promueve el uso del condon desde la primera relacion sexual, ademas de evitar embarazos no deseados ,previene infecciones de transmision sexual. Promueve para que los jovenes asistan a asesorias de anticoncepcion y planificacion familiar. Promueve a que los jovenes adolescentes obtengan los metodos de anticoncepcion incluidos en el POS de su preferencia .

4.2. Marco contextual

4.2.1El municipio de abejorral.

El municipio de Abejorral, cuenta en su pirámide poblacional con 19.382 habitantes distribuidos un 34 % urbanos y un 66% rural, siendo su población potencialmente activa 11.438, con un 74 % de habitantes con aseguramiento en el régimen subsidiado y 2.861 personas decepcionados por desplazamiento forzado, con un índice de pobreza de un 67 % , siendo en Antioquia de 46 % y casi igualando el índice de pobreza en Colombia que es de un 70 %. Su cabecera dista de 84 km de la Ciudad de Medellín, tiene una extensión de 491 Km cuadrados, posee 60 veredas. Clima: temperatura mínima de 15 grados y máxima de 19 grados.

Esta localizado en la subregión oriente de Antioquia, limita por el Norte con los Municipios de Montebello, la Ceja y la Unión. Por el Este con Sonsón y el Carmen de Viboral. Por el Sur con Caldas. Por el Oeste con Santa Bárbara y Montebello.
Su actividad económica está basada en:
-La agricultura: Café, plátano y papa.
-Ganadería.
-Minería

4.2.2. La ESE hospital San Juan de Dios.

La empresa social del estado hospital san juan de Dios del municipio de Abejorral es una entidad del orden municipal, con autonomía administrativa, jurídica, técnica y financiera, sin ánimo de lucro; adscrita al sistema de seguridad social en salud, que presenta servicios de manera eficaz y oportuna, siendo esta razón de ser la persona en su integridad, donde sea atendida con calidad humana y técnica, velando siempre por su bienestar, el hospital buscará permanentemente la forma de crecer de una manera integral como personas y como empresa.

El hospital San juan de Dios de Abejorral tiene como visión ser líderes en la religión, participando activamente en el desarrollo social, acorde con las posibilidades y necesidades de la religión, prestando servicios de salud con óptima calidad y eficiencia que genere rentabilidad social y financiera.

Su objetivo fundamental es prestar servicios de salud, con personal altamente calificado. (E.S.E. Hospital San Juan de Dios - Abejorral, 2016)

El hospital san juan de DIOS de Abejorral ofrece servicios en salud oral, telemedicina, fisioterapia y promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entre otros (E.S.E. Hospital San Juan de Dios - Abejorral, 2016)

4.3. Marco legal.

4.3.1. En el ámbito internacional

Dentro del marco legal agregamos la ley general de protección a la madre adolescente, ley n°7735(modificada a partir de la ley 8312) la asamblea legislativa de la República de Costa Rica. Dentro de esta ley encontramos el capítulo III el cual trata sobre la Atención Integral a la Madre Adolescente Artículo 9° Centros de Atención Las clínicas de la Caja Costarricense del Seguro Social y los Centros de Salud deberán:

a) Elaborar programas de atención integral para las madres adolescentes, con la supervisión del Consejo interinstitucional de Atención a la Madre Adolescente, creada en esta ley.

b) Brindar asistencia gratuita, prenatal y posnatal a las madres adolescentes.

c) Desarrollar programas de formación y orientación, tendientes a sensibilizar a las madres adolescentes y sus familias acerca de las implicaciones de su maternidad.
d)) Desarrollar programas de formación y orientación, tendientes a sensibilizar a las madres adolescentes y sus familias acerca de las implicaciones de su maternidad.
e) Impartir cursos formativos de educación sexual dirigidos a las madres adolescentes, con el propósito de evitar la posibilidad de otro embarazo no planeado.
f) Brindarles a las madres adolescentes, por medio del servicio social, insumos importantes que les permitan criar y educar adecuadamente a sus hijos. (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1997)

4.3.2. En Colombia

Resolución 3384 de 2000, de anexo 3 y 4.

Matriz de programación de la atención del parto y el recién nacido La matriz de programación de la atención del parto y el recién nacido, tiene como población de referencia las mujeres en edad fértil de 15 - 49 años de edad. Esta población es ajustada por la tasa de fecundidad general estimada por el DANE para el quinquenio 2000 – 2005, de tal forma que sea posible estimar el total de mujeres gestantes a esperar para el período. En esta matriz es posible estimar todos los procedimientos de obligatorio cumplimiento según las normas de atención del parto y de atención del recién nacido y dado que la frecuencia de estas actividades es de 1 al año, no es necesario fraccionar el total de gestantes por tiempo de afiliación. La matriz en mención puede ser usada tanto por el régimen contributivo como por el subsidiado. Para la programación de estos procedimientos es necesario hacer uso de la tabla de referencia de tasas generales de fecundidad por departamento y distrito.

Matriz de programación para la atención en planificación familiar La matriz de programación para la atención en planificación familiar incluye los procedimientos para mujeres y hombres y toma como población de referencia el total de mujeres entre 15 y 49 años. Para programar las vasectomías, se toma como base de programación las esterilizaciones femeninas. Los procedimientos contenidos para la programación de actividades son para mujeres: consulta de planificación familiar, consulta de control de planificación familiar, aplicación de dispositivo intrauterino, esterilización femenina. Y para hombres: consulta de primera vez por medicina general, vasectomía y consulta de control por médico. En la programación se utiliza un

criterio que fracciona la población entre aquellas usuarias nuevas de métodos de planificación y las actuales usuarias. En relación con los usuarios nuevos, se vuelve a fraccionar la población teniendo en cuenta el tipo de método, temporal o definitivo, los parámetros de referencia corresponden a los resultados obtenidos en la Encuesta de Demografía y Salud de PROFAMILIA de 2000. (Ministerio de salud, 2000)

Resolución 412 de 2000

Norma Técnica Detección Temprana de Alteraciones en el joven de 10 a 29 años
Adopción de normas técnicas de obligatorio cumplimiento. Adopción de guías de atención para el manejo de enfermedades de interés en salud pública. Para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida. Establece los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas

Normas técnicas de protección específica 1.

1. Vacunación según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
2. Atención preventiva en Salud Bucal
3. Atención del parto
4. Atención del recién nacido
5. Atención en planificación familiar a hombres y mujeres

Detección temprana Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causad, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

Normas técnicas de detección temprana 1. Detección temprana de las alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años) 2. Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años) 3. Detección temprana de las alteraciones del embarazo 4. Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años) 5. Detección temprana del cáncer de cuello uterino 6. Detección temprana del cáncer de seno 7. Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.

Norma técnica detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años) Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones buscan garantizar la detección e intervención temprana de los factores de riesgo o de los problemas de salud prioritarios, así como para brindar información y orientación sobre Participación en la toma de decisiones Se deben establecer mecanismos para que los adolescentes participen activamente en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades destinadas a promover y mantener su salud la protección de la salud.

La atención de los adolescentes debe garantizar el manejo confidencial de la información y el libre acceso a los servicios de salud sin condicionamientos o conocimiento expreso de los padres o acudientes.

Esta consulta debe hacerse por un médico/a debidamente capacitado una vez durante cada período, 4 en total: 1. Adolescencia inicial 2. Adolescencia media 3. Adolescencia tardía 4. Adulto joven (Ministerio de la Protección Social, 2007)

Ley 599 de 2000.

Delitos contra la Libertad integridad y formación sexual.

Capítulo 1. De la violación.

Artículo 205: Acceso carnal violento: El que realice acceso carnal contra otra persona mediante violencia, incurrirá en prisión de ocho (8) a quince (15) años.

Artículo 206: Acto carnal violento: El que realice en otra persona acto sexual diverso al acceso carnal mediante violencia, incurrirá en prisión de cuarenta y tres (3) a (6) años.

Artículo 207.Acceso carnal o acto sexual en persona en incapacidad de resistir: El que realice acto carnal con persona a la cual haya puesto en incapacidad de resistir o en estado de inconsciencia, o en condiciones de inferioridad psíquica que le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento, incurrirá en prisión de ocho (8) a quince (15) años.

Capítulo 2.

De los actos sexuales abusivos.

Artículo 208: Acceso carnal abusivo con menor de 14 años: El que acceda carnalmente a una persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de cuatro (4) a ocho (8) años.

Artículo 209: Actos sexuales con menor de 14 años: El que realice actos sexuales diversos del acceso carnal con una persona menor de catorce (14) años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales, incurrirá en prisión de tres (3) a cinco (5) años. (Secretaria del senado de Colombia., 2000)

Sentencia C3-55 de 2006.

Derecho a la vida y vida como bien protegido por la constitución -Diferencias

Dentro del ordenamiento constitucional la vida tiene diferentes tratamientos normativos, pudiendo distinguirse el derecho a la vida consagrado en el artículo 11 constitucional, de la vida como bien jurídico protegido por la Constitución. El derecho a la vida supone la titularidad para su ejercicio y dicha titularidad, como la de todos los derechos está restringida a la persona humana, mientras que la protección de la vida se predica incluso respecto de quienes no han alcanzado esta condición (Corte constitucional de Colombia, 2006)

Derecho a la salud. (Art. 27)

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico, y no sólo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño o niña que requiera atención en salud.

En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación (Congreso de la república, 2006)

Derechos sexuales y reproductivos-Reconocimiento como derechos humanos.

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres han sido finalmente reconocidos como derechos humanos, y como tales, han entrado a formar parte del derecho constitucional, soporte fundamental de todos los Estados democráticos. Derechos sexuales y reproductivos que además de su consagración, su protección y garantía parten de la base de reconocer que la igualdad, la equidad de género y la emancipación de la mujer y la niña son esenciales para la sociedad y por lo tanto, constituyen una de las estrategias directas para promover la dignidad de todos los seres humanos y el progreso de la humanidad en condiciones de justicia social. Derechos sexuales y reproductivos: En el ámbito de la sexualidad y la reproducción, la dignidad significa que todas las personas, por el sólo hecho de existir, tienen derecho a ser respetadas. Ni los hombres ni las mujeres pueden ser instrumentalizados/ as o usados/as como objetos sexuales e instrumentos de procreación. Los derechos sexuales y reproductivos son

los derechos humanos, internacionalmente reconocidos, que garantizan el desarrollo libre, sano, seguro y satisfactorio de la vida sexual, reproductiva y de la convivencia sexual. Estos derechos se basan en la dignidad humana y la libertad de las personas para decidir acerca del ejercicio de su sexualidad y reproducción. (ICBF, 2008)

Ser padre o madre es una opción de vida y es también una decisión que implica no decidir serlo. No todos los hombres y las mujeres resuelven asumir el compromiso que implica un hijo o hija en la vida, y es necesario respetar este derecho en aquellos que deciden ejercerlo. No todos los hombres o las mujeres construyen su proyecto de vida alrededor de una maternidad o paternidad, y no implica que ser hombre o mujer signifique necesariamente ser papá o mamá como condición de obligatoriedad o de deber ser. (ICBF, 2008)

Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres-Derecho fundamental de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo como derecho reproductivo.

Esta Sala concluyó, en la sentencia, que las prerrogativas que conceden los derechos reproductivos, incluida la IVE, son parte de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución de 1991 pues especifican las facultades que se derivan necesariamente de su contenido en los ámbitos de la reproducción. En este sentido, los derechos reproductivos, con ellos la IVE, están implícitos en los derechos fundamentales a la vida digna (artículos 1 y 11), a la igualdad (artículos 13 y 43), al libre desarrollo de la personalidad (artículo 16), a la información (artículo 20), a la salud (artículo 49) y a la educación (artículo 67), entre otros.

Derechos sexuales y reproductivos de la mujer-Empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de salud deben contar con un protocolo de diagnóstico en caso en que se configure hipótesis de peligro para la vida o la salud de la madre (Congreso de la república, 2006)

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico, y no sólo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño o niña que requiera atención en salud.

En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación. (ICBF, 2008)

Ley 1098 de 2006

Expide el código de la infancia y de la adolescencia, este código tiene como finalidad garantizar a los niños y niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad en un ambiente de felicidad, amor y comprensión y el conocimiento a la igualdad y la dignidad humana , sin discriminación alguna.

El presente código se aplica a todos los niños, las niñas y los adolescentes nacionales o extranjeros que se encuentren en el territorio nacional, a los nacionales que se encuentren fuera del país y a aquellos con doble nacionalidad, cuando una de ellas sea la colombiana. La ley ratifica la obligación del Estado, los alcaldes y gobernadores, de diseñar, ejecutar y evaluar las políticas públicas de niñez y adolescencia, y destinar los recursos presupuestales para lograrlo. Esta responsabilidad no se puede delegar y obliga a la rendición pública de cuentas. Es decir, los mandatarios deberán tomar decisiones encaminadas al desarrollo integral de la niñez y la adolescencia. • En donde no haya Defensor de Familia, el Comisario de Familia asumirá sus funciones y, en ausencia de éste, será el Inspector de Policía quien haga sus veces. • La palabra menor debe ser sustituida por niños, niñas o adolescentes.

El Código de la Infancia y la Adolescencia, en lo relacionado con el desarrollo psicosexual de niños, niñas y adolescentes, se enmarca dentro de los Instrumentos Internacionales de DH, especialmente en la Convención de los Derechos del Niño – ONU, 1989, y en la Constitución de 1991. El Código se cataloga como norma de orden público, es decir, de aplicación obligatoria, preferencial e irrenunciable. (Congreso de la república, 2006)

Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico, y no sólo la ausencia de enfermedad. Ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño o niña que requiera atención en salud.

En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación. (Congreso de la república, 2006)

Ley 1122 de 2007

Artículo 26. *De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas.* La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE) que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. En todo caso, toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado.

Artículo 32. *De la salud pública.* La salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.

Articulo 33. Modificado por el art. 11, Ley 1414 de 2010. El perfil epidemiológico, identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada. En materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio (Congreso de Colombia, 2007)

Ley 1236 de 2008.

Delitos Contra la Libertad, Integridad y Formación Sexuales

Capítulo I. De la Violación.

Artículo 1.El artículo 205 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así: "Artículo 205. Acceso Carnal Violento. El que realice acceso carnal con otra persona mediante violencia, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años".

Artículo 2.El artículo 206 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así: "Artículo 206. Acto Sexual Violento. El que realice en otra persona acto sexual diverso al acceso carnal mediante violencia, incurrirá en prisión de ocho (8) a dieciséis (16) años." .

Artículo 3. El artículo 207 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así: "Artículo 207. Acceso Carnal o Acto Sexual en Persona puesta en Incapacidad de Resistir. El que realice acceso carnal con persona a la cual Ley 1236 de 2008 2/6 haya puesto en incapacidad de

resistir o en estado de inconsciencia, o en condiciones de inferioridad síquica que le impidan comprender la relación sexual o dar su consentimiento, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Si se ejecuta acto sexual diverso del acceso carnal, la pena será de ocho (8) a dieciséis (16) años".

Capítulo 2. De los Actos Sexuales Abusivos.

Artículo 4: El artículo 208 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así: "Artículo 208. Acceso Carnal Abusivo con menor de catorce años. El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años".

Artículo 5. El artículo 209 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así: "Artículo 209. Actos Sexuales con Menor de catorce años. El que realizare actos sexuales diversos del acceso carnal con persona menor de catorce (14) años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales, incurrirá en prisión de nueve (9) a trece (13) años".

Artículo 6. El artículo 210 del Código Penal (Ley 599 de 2000) quedará así: "Artículo 210. Acceso Carnal o Acto Sexual Abusivos con Incapaz de Resistir. El que acceda carnalmente a persona en estado de inconsciencia, o que padezca trastorno mental o que esté en incapacidad de resistir, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años. Si no se realizare el acceso, sino actos sexuales diversos de él, la pena será de ocho (8) a dieciséis (16) años" (Congreso de Colombia, 2008)

Sentencia T 38809/2009

Problema Jurídico: De la corte constitucional en materia de delitos sexuales y reproductivos para las madres.

Regla jurídica: Prevalencia de los derechos de las mujeres sobre objeciones de consecuencias que pudieran interrumpir las entidades de salud y los profesionales. Hace claridad respecto a las consecuencias en salud física y mental, además ordena la +implementación de procesos masivos de educación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.

Esta sentencia es de tipo confirmatoria de principio y reconceptualizadora. (Corte constitucional., 2009)

El documento CONPES del 2012

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, Este documento somete a consideración del Conpes

Social, los lineamientos generales para el diseño, formulación y desarrollo de una estrategia integral para reducir el embarazo en la adolescencia. La estrategia se enmarca en los principios señalados en la Constitución Política; en las diferentes normas relacionadas con la niñez, la infancia y la adolescencia, especialmente la Ley 1098 de 2006; en el desarrollo de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR); y en la protección y garantía de los derechos de todos los niños, niñas, adolescentes y jóvenes desde los 6 hasta los 19 años, incluyendo aquellos que se encuentran en embarazo o que ya son madres o padres. Los lineamientos tienen como finalidad orientar el diseño de una estrategia que haga énfasis en los proyectos de vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes desde los 6 hasta los 19 años, la permanencia escolar y la culminación del ciclo educativo, y el logro de familias funcionales, trascendiendo los enfoques biológicos y de riesgo planteados hasta el momento en algunas instituciones y proyectos, y reconociendo las diferencias culturales, regionales, y poblacionales. (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2012)

5. Marco ético.

De acuerdo con esta resolución nº 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993) esta investigación es sin riesgo, ya que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. (Ministerio de salud, 1993, p. 01-02).

Se realizara un consentimiento informado que será firmado por investigador e investigado, en el cual se consigna los objetivos de nuestra investigación, este tiene como finalidad la autorización de la persona a ser sujeto de investigación. Este consentimiento se puede ver en el anexo 1.

6. Metodología.

6.1. Diseño del estudio

Es una investigación de enfoque cuantitativo no experimental, con un tipo de estudio descriptivo, por que explica la situación del problema y sirve para analizar el fenómeno de las madres adolescentes y sus componentes. El diseño de acuerdo con su dirección temporal apunta a un estudio transversal, se trabajara en un momento del tiempo en este caso sería en el 2016.
El tipo de diseño de acuerdo con la relación a la cronología de los hechos será prospectivo

6.2. Población de estudio

La población con la que se trabajará son madres adolescentes entre los 12 y 19 años que viven en el municipio de Abejorral y que tuvieron su primer hijo en el hospital de este municipio en el año 2015 y primer semestre del 2016.

6.3. Unidad de análisis

La unidad de análisis es cada una de las madres adolescentes entre los 12 y 19 años que tuvieron su primer embarazo a la E.S.E San Juan de Dios. Abejorral.

6.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios inclusión:

- Que ya tengan un hijo.
- Que sean madres adolescentes, que estén entre el intervalo de edad de 12 a 19 años
- Que asistieron a la E.S.E san juan de Dios. Abejorral y que tuvieron participación en los programas que presta la E.S.E (servicios amigables, crecimiento y desarrollo y control prenatal).

Para los criterios de exclusión se tendrá en cuenta:

- Ser mayor de 19 años.

- Madres adolescentes que ya tengan dos hijos.
- Que no asistan a la E.S.E san juan de Dios. Abejorral a tener su hijo.

6.5. Fuente de información

Como fuente primaria se trabaja con las madres adolescentes realizando encuestas y fuentes secundarias se analizaran historias clínicas para una mayor ampliación de la información.

6.6. Variables

Variable	Naturaleza	Escala de medición	Unidad de medida
Edad	Cuantitativo	Razón	Años
Grupo étnico	Cualitativo	Nominal	Indígena: Gitano: Afrodescendiente: Mestizo : Raizal:
Estrado socioeconómico	Cualitativo	Ordinal	1 al 6
Procedencia	Cualitativo	Nominal	Urbano Rural
Estado civil	Cualitativo	Nominal	Soltero Casado Viudo Separado Divorciado Unión libre
Grado de escolaridad	Cualitativo	Ordinal	Primaria Secundaria Técnica

			Tecnología Universitaria Ninguno
Ocupación	Cualitativo	Nominal	Ama de casa Estudiante Trabajo independiente Empleado
Régimen de salud	Cualitativo	Nominal	Contributivo Subsidiado Vinculado
Religión	Cualitativo	Nominal	Católico Cristiano Otro._____
Número de personas con quien vive en el hogar	Cuantitativo	Razón	Cuantos niños, cuántas mujeres, cuántos hombres Total de personas#
Edad del primer embarazo	Cuantitativo	Razón	12 13 14 15 16 17 18 19
Asistió a controles prenatales	Cualitativo	Nominal	Si___ No:____
A Cuantos controles prenatales asistió	Cuantitativo	Razón	1:_ 2:_ 3:_ 4:_

			5:_ 6:_ 7:_ 8:_ 9:_
Fecha de nacimiento de su primer hijo	Cuantitativo	Razón	Día/ Mes/ Año.
Sufrió alguna enfermedad en su primer embarazo	Cualitativa	Nominal	Si:____ No:____ Cual?:____
Cuanto peso su hijo	Cuantitativo	Razón	Peso en kg:_____
Tuvo alguna complicación en su parto	Cualitativo	Nominal	Si:____ No:_____ Cual?:_____
Tuvo alguna complicación después del parto	Cualitativo	Nominal	Si:_____ No:_____ Cual?:_____
Cuando su familia como recibió la noticia del embarazo	Cualitativo	Ordinal	( ) Totalmente de acuerdo ( ) De acuerdo ( ) Indiferente ( ) En desacuerdo ( ) Totalmente en desacuerdo
Número de parejas	Cuantitativo	Razón	1 2 O más:___
Después de su	Cualitativa	Nominal	Si:____

embarazo ha tenido vida sexual activa			No:____
Método de planificación	Cualitativo	Nominal	Pastillas Inyección Jadel T de cobre Condón Ligadura de trompas Vasectomía. Otro: ____
Desea de un segundo embarazo	Cualitativo	Nominal	Si No Tal vez
Asiste al servicio amigable de la ESE	Cualitativo	Nominal	Si:____ No:____
Después de su primer embarazo ha recibido alguna tipo de educación sobre sexualidad	Cualitativo	Nominal	Si:____ No:_____ Cual?:_____ Donde:____
Proyecto de vida	Cualitativo	Nominal	Cual?:_____
En que ocupa su tiempo libre	Cualitativo	Nominal	En que lo ocupa:_____
Comunicación con sus padres.	Cualitativo	Ordinal	Excelente Buena Regular Mala
Consumió drogas o alcohol durante el embarazo	Cualitativo	Nominal	Si:____ No:_____ Cual:_____
Edad del niño	Cuantitativo	Razón	0 a 5 años
Apoyo económico	Cualitativo	Nominal	Si__

			No__ A veces__
Apoyo familiar	Cualitativo	Nominal	Si __ No__ A veces ___
Sufre o sufrió algún tipo de violencia en su familia.	Cualitativa	Nominal	Si__ Cual _____ No__

6.7. Instrumento de recolección de la información

Se realizará un cuestionario con 30 preguntas, las cuales permitirá el cumplimiento de los objetivos del estudio, el cuestionario será debidamente diligenciado se resolverá entre 30 a 60 minutos (Ver anexo 2).

7. Plan de análisis

Luego d**e** tener las encuestas debidamente diligenciadas, se construyó una base de datos como la herramienta de Excel "Análisis de Datos / Estadística Descriptiva en las cuales se obtuvieron porcentajes y datos numéricos precisos de la población, y se realizaron tablas y gráficas.

8 .Resultados.

La investigación va encaminada a examinar el riesgo de segundo embarazo en madres Adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia. 2016, se realizó una encuesta a un grupo poblacional de 30 madres adolescentes que asisten a dicho hospital a recibir atención primaria en salud (APS), de los cuales se obtienen los siguientes resultados.

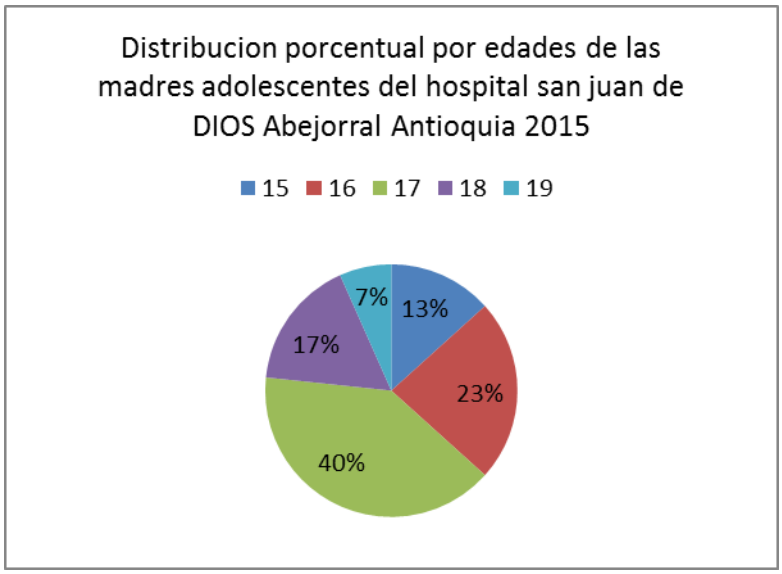
8.1. Análisis de las variables sociodemográficas

8.1.1. Distribución porcentual por edad de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 1: Distribución porcentual por edad de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15	4	13.3333333
16	7	23.3333333
17	12	40
18	5	16.6666667
19	2	6.66666667
Total	30	100

Gráfica 1: Distribución porcentual por edad de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



Análisis e Interpretación: dentro de las edades se observa que un 40% corresponde a madres adolescentes de 17 años de edad, en un 23% de 16 años, en un 13% de 15 años de edad, el 17% de 18 años y en un 7% se observa madres adolescentes de 19 años.

Las edades implícitas en la tabla indican que el 64% de las madres adolescentes encuestadas se encuentra en una etapa de las adolescencia tardía lo que indica según la OMS presenta mayor grado de madurez cognoscitiva, lo que puede disminuir el riesgo de un segundo embarazo.

8.1.2. Distribución porcentual por grupo étnico de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 2. Distribución porcentual por grupo étnico de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Grupo étnico	Frecuencia	Porcentaje
Indígena	0	0
Gitano	0	0
Afrodescendiente	0	0
Mestizo	30	100
Raizal	0	0
Total	30	100

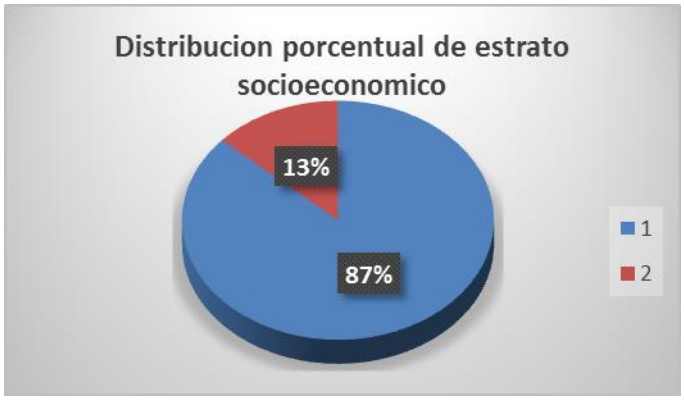
Análisis e Interpretación: según en su clasificación, se observa que un 100% corresponde al grupo étnico mestizo entre las madres adolescentes que se encuentren en riesgo de un segundo embarazo.

8.1.3. Distribución porcentual de estrato socioeconómico de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 3. Distribución porcentual de estrato socioeconómico de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Estrato socioeconómico	frecuencia	porcentaje
1	26	86.6666667
2	4	13.3333333
Total	30	100

Gráfica 3: Distribución porcentual de estrato socioeconómico de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



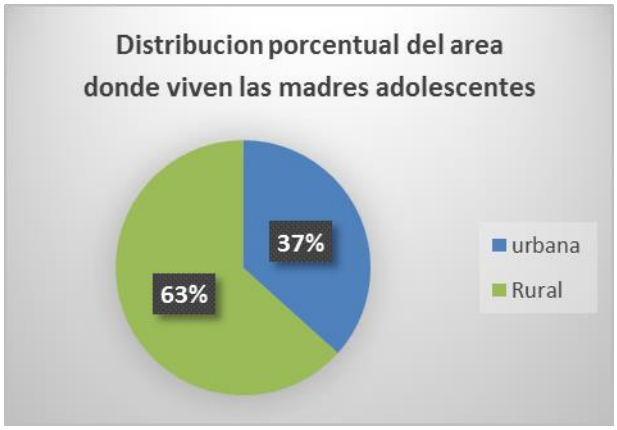
Análisis e interpretación: se observa que las madres adolescentes que participaron en la encuesta se encuentra dentro del 87% del estrato socio económico del nivel 1, y el 13% corresponde al estrato socioeconómico del nivel 2 , lo que implica que el riesgo de un segundo embarazo se vuelva a presentar pues están en condición de vulnerabilidad.

8.1.4. Distribución porcentual del área donde viven las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 4. Distribución porcentual del área donde viven las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Área	Frecuencia	Porcentaje
urbana	11	36.6666667
Rural	19	63.3333333
Total	30	100

Gráfica 4: Distribución porcentual del área donde viven las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



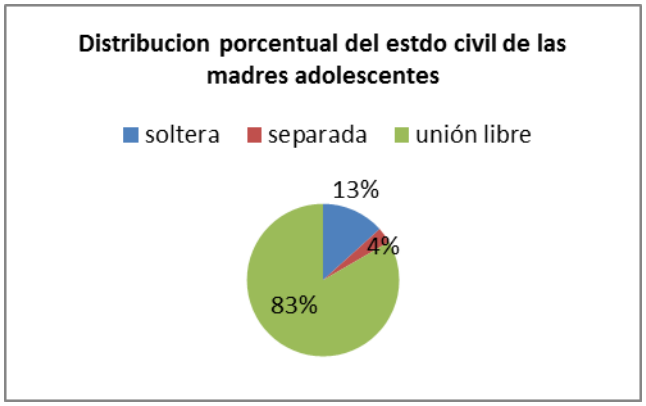
Análisis e interpretación: Se destaca que el 63,33% de madres adolescentes viven en área rural, y un 36,66% viven en zona urbana ; vivir en zona rural es un factor de riesgo de segundo embarazo por no acceder a los programas que se brindan en la E.S.E, como servicios amigable que tienen como fin promocionar y prevenir una vivencia de la sexualidad, el resultado arroja que su lugar de vivienda se encuentra lejos del centro de salud.

8.1.5. Distribución porcentual del estadio civil de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 5: Distribución porcentual del estado civil de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje.
Soltera	4	13.3333333
Separada	1	3.33333333
unión libre	25	83.3333333
total:	30	100

Gráfica 5: Distribución porcentual del estado civil de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



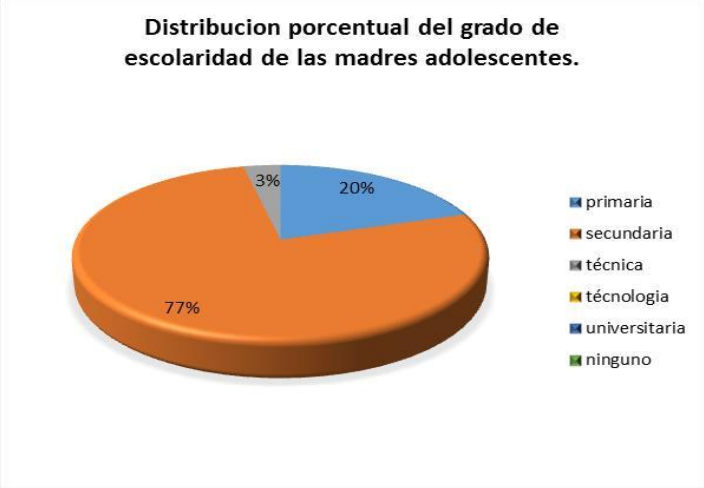
Análisis e interpretación: como demuestra la gráfica podemos apreciar que el 83.33% corresponde al estado civil en unión libre entre las madres adolescentes encuestadas, un 13,33% se encuentran solteras y una sola persona 3,33% es separada, el riesgo de segundo embarazo no se relaciona con el estado civil, ya que en otras investigaciones se propone un riesgo siempre y cuando sea el hombre mayor que el adolescente.

8.1.6. Distribución porcentual por grado de escolaridad de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 6: Distribución porcentual por grado de escolaridad de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Grado de escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	6	20
Secundaria	23	76.6666667
Técnica	1	3.33333333
Total	30	100

Gráfica 6: Distribución porcentual por grado de escolaridad de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



Análisis e interpretación: según la gráfica arroja un porcentaje del 76.66 % de grado escolaridad de secundaria a la cual pertenecen las madres adolescente en este momento, un 20% se encuentra cursando en la primaria y un 3.33% se encuentra cursando una técnica, es decir que el mayor porcentaje de 76,66% que se encuentra cursando secundaria podrían llegar a recibir clases de sexualidad guiada para la prevención de un de segundo embarazo, además como se menciona en un estudio realizado en el 2001 se evidencia que cuando el adolescente

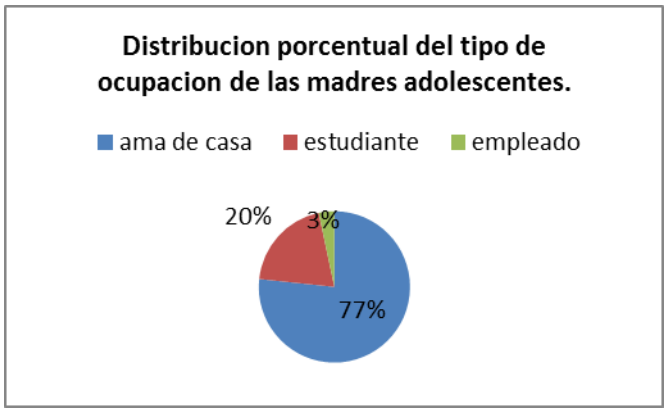
tiene un grado de escolaridad precario, no va tener la formación pertinente frente a la vivencia sexual, dando como resultado un nuevo embarazo en madres adolescentes.

8.1.7. Distribución porcentual por el tipo de ocupación de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 7: Distribución porcentual por el tipo de ocupación de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	23	76.6666667
Estudiante	6	20
Empleado	1	3.33333333
Total	30	100

Gráfica 7: Distribución porcentual por el tipo de ocupación de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



Análisis e interpretación: El 76,66% corresponde a madres adolescentes amas de casa, el 20% son estudiantes y solo el 3,33% se encuentra laborando, en otros estudios se plantea que las adolescentes con el rol de madres están obligadas a buscar ayuda de su pareja y/o de su

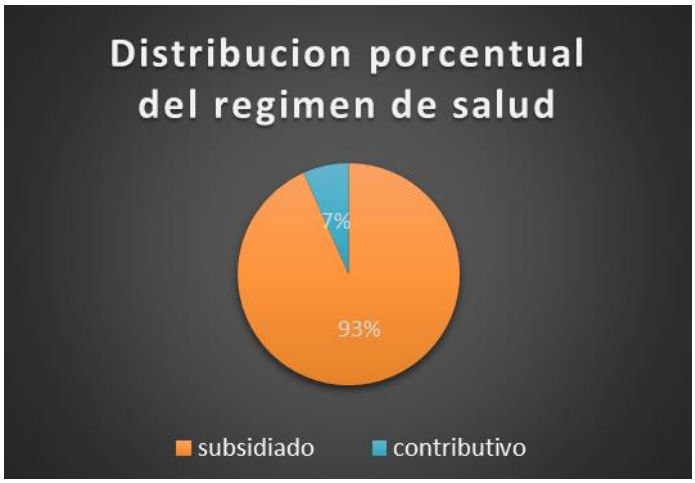
familia, para incorporarse al trabajo el estudio, por tener ahora ante si la responsabilidad de atender a su hijo y a su hogar.

8.1.8. Distribución porcentual del régimen de salud al que pertenecen las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 8: Distribución porcentual del régimen de salud al que pertenecen las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios. Abejorral- Antioquia.2016

Régimen de salud	frecuencia	Porcentaje
Subsidiado	28	93.3333333
contributivo	2	6.66666667
Total	30	100

Gráfica 8: Distribución porcentual del régimen de salud al que pertenecen las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



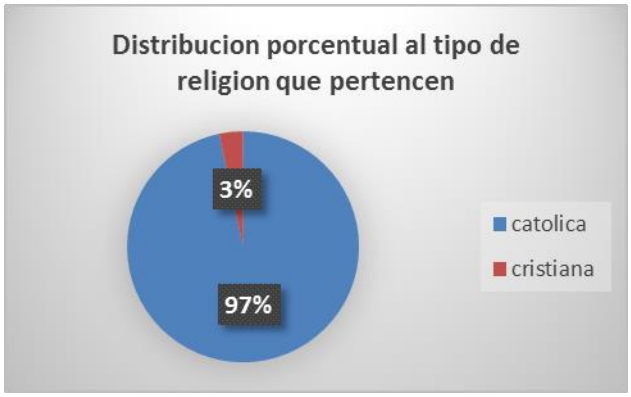
Análisis e interpretación: el 93% de las madres adolescentes pertenecen al régimen subsidiado y el 2% pertenece al régimen contributivo. El régimen de salud podría ser un factor protector ya que las madres adolescentes podrían reciben la misma atención en salud.

8.1.9. Distribución porcentual al tipo de religión que pertenecen las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 9: Distribución porcentual al tipo de religión que pertenecen las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	29	96.6666667
cristiana	1	3.33333333
total	30	100

Gráfica 9: Distribución porcentual al tipo de religión que pertenecen las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016.



Análisis e interpretación: se determina que el 96,66% pertenecen a la religión católica y el 3,33% pertenecen a la religión cristiana. Según estudios se manifiesta las soluciones que la iglesia católica presenta frente a los fenómenos del embarazo adolescente, entre ellos como la prédica de la castidad, el entrenamiento moral, la formación de poder vivir el amor sin perjuicios donde estos puedan ser controlados. A partir de esto podríamos decir que se evitaría un riesgo de un segundo embarazo en madres adolescentes.

8.1.10. Distribución porcentual del número de personas con quien vive las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 10: Distribución porcentual del número de personas con quien vive las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Personas con quien vive	Frecuencia	Porcentaje
2	20	66.6666667
3	5	16.6666667
4	2	6.66666667
5	1	3.33333333
6	2	6.66666667
total:	30	100

Gráfica 10: Distribución porcentual del número de personas con quien vive las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Análisis e interpretación: el 67% viven con dos personas, el 16% viven con tres personas, el 7% viven con cuatro personas , el 3% viven con cinco personas, se demuestra que el 7% , de las madres adolescentes viven con seis o más personas, esto relacionado con un segundo embarazo puede ser un factor riesgo haciendo que la convivencia entre los mismos sea más difícil por el hacinamiento que se presenta y que esto motive a la ruptura familiar, presenciándose así un incremento de problemas durante la convivencia familiar.

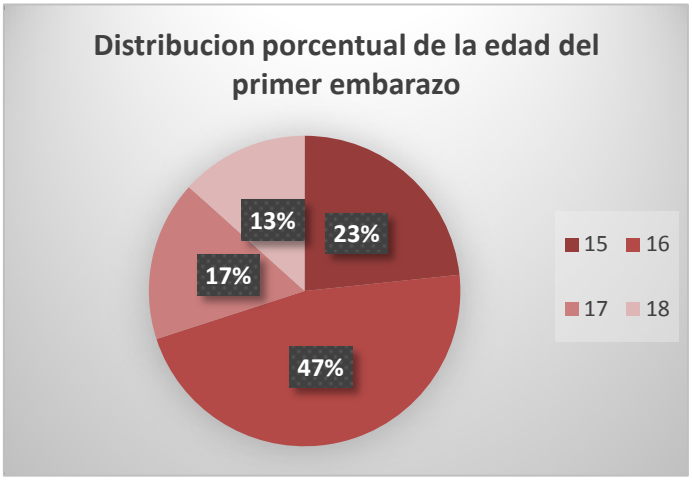
8.2. Análisis de las variables propias de la investigación

8.2.1. Distribución porcentual de la edad del primer embarazo de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 11: Distribución porcentual de la edad del primer embarazo de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Edad del primer embarazo	Frecuencia	Porcentaje
15	7	23.3333333
16	14	46.6666667
17	5	16.6666667
18	4	13.3333333
Total	30	100

Gráfica 11: Distribución porcentual de la edad del primer embarazo de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



Análisis e interpretación: al observar los resultados, indican que un 47% están dentro de las edades más tempranas del primer embarazo a los 16 años de edad, seguido por un 23% a los

15 años , el 16,66% corresponden a la edad de 17 años , y el 13% equivale a la edad de 18 años.

Es decir que la mayor incidencia de edades del primer embarazo entre las madres adolescente va desde los 15 a 16 años o sea en a la adolescencia media que se caracteriza por la inmadurez cognoscitiva y altas cargas hormonales, pues en esta etapa es donde más se quiere experimentar nuevas experiencias (Pineda, Pérez & aliño, Santiago, S.f) lo que implica que el riesgo de un segundo embarazo podría ser mayor.

8.2.2. Distribución porcentual si tuvo asistencia a los controles prenatales de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 12: Distribución porcentual sí asistió a los controles prenatales de las madres adolescentes. Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016.

Asistencia al control prenatal	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	100
Total	30	100

Análisis e interpretación: se observa dentro de los datos que el 100% de las madres adolescentes asistieron a los controles prenatales en el hospital san juan de Dios. Abejorral, esto es un factor protector que permite disminuir el riesgo de un segundo embarazo.

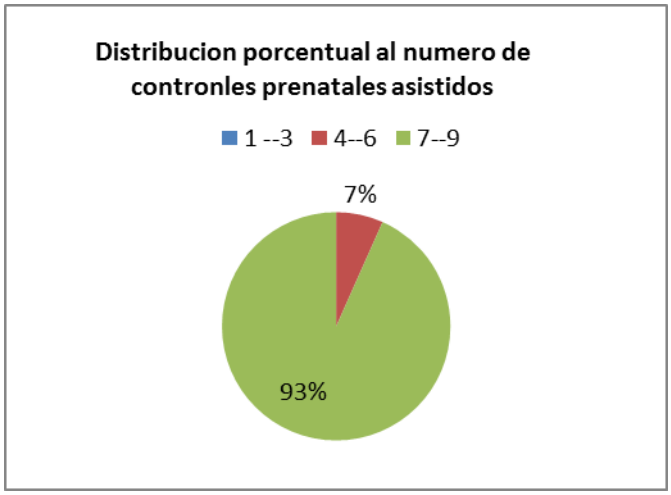
8.2.3. Distribución porcentual al número de controles prenatales a los que asistieron las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 13: Distribución porcentual al número de controles prenatales a los que asistieron las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Control prenatal	frecuencia	Porcentaje

1 –3	0	0
4—6	2	6.66666667
7—9	28	93.3333333
Total	30	100

Gráfica 13: Distribución porcentual al número de controles prenatales a los que asistieron de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral-Antioquia.2016



Análisis e interpretación: dentro de las estadísticas observamos que el 93,33% asistieron a la totalidad completa de sus controles prenatales durante su primer embarazo y 6,6 % solo asistieron entre 5 a 6 citas. De acuerdo con la OMS del 2003 en su nueva guía de controles prenatales la primera visita se realizará durante el tercer trimestre y se tiene finalidad hasta el noveno mes, el 93% tuvo entre 7 y 9 visitas este sería un factor de protección, pues permite identificar una asistencia a controles prenatales.

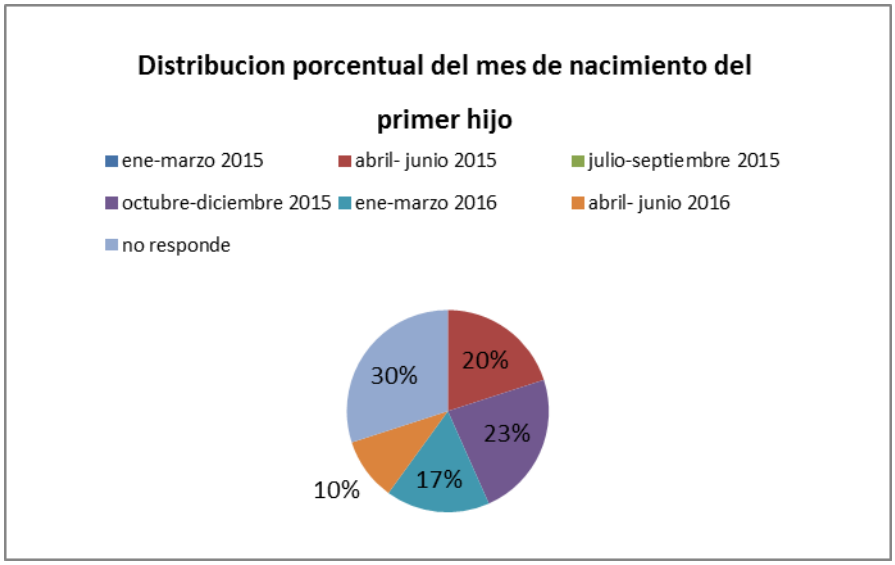
8.2.14. Distribución porcentual del mes de nacimiento del primer hijo de de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 14: Distribución porcentual del mes de nacimiento del primer hijo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Mes de nacimiento del primer hijo	Frecuencia	Porcentaje

ene-marzo 2015	0	0
abril- junio 2015	6	20
julio-septiembre 2015	0	0
octubre-diciembre 2015	7	23.3333333
ene-marzo 2016	5	16.6666667
abril- junio 2016	3	10
no responde	9	30
Total	30	100

Gráfica 14: Distribución porcentual del mes de nacimiento del primer hijo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



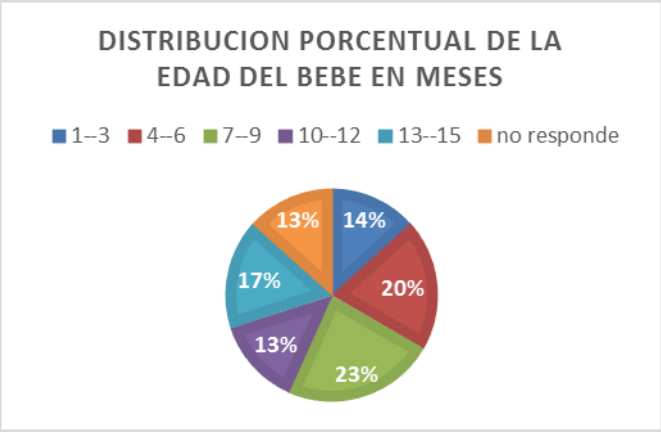
Análisis e interpretación: dentro de los datos observamos que el 30% no respondieron la encuesta, en el 23,33% manifiestan que tuvieron a su primer hijo entre los meses de octubre y diciembre de 2015, de 16,66% lo tuvieron entre los meses enero a marzo de 2016, el 20%, entre abril y junio de 2015, el 10% entre los meses de abril a junio de 2016.

8.2.15. Distribución porcentual de la edad del bebe por meses de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 15: Distribución porcentual de la edad del bebe por meses de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Edad del bebe en meses.	Frecuencia	Porcentaje
1—3	4	13.3333333
4—6	6	20
7—9	7	23.3333333
10—12	4	13.3333333
13—15	5	16.6666667
no responde	4	13.3333333
Total	30	100

Gráfica 15: Distribución porcentual de la edad del bebe por meses de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



Análisis e interpretación: el 23,33% corresponde a la edad de los bebes entre los 7 y 9 meses, el 20% corresponde a la edad de 4 a 6 meses, el 16,66% manifiesta que la edad de los

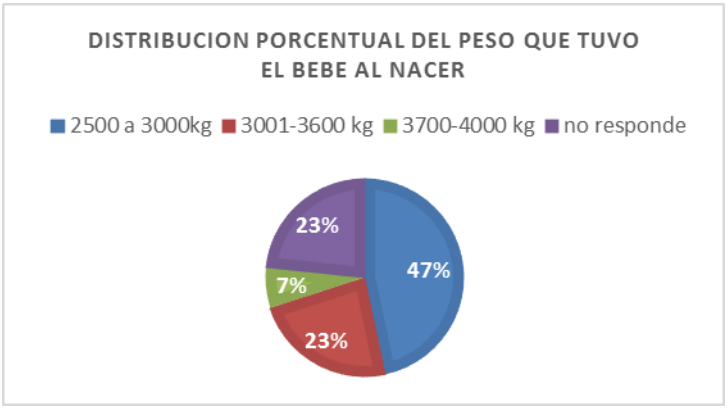
bebes están entre 13 a 15 meses el 13,33% corresponde a los meses de edad entre 1 a 3 meses y 13,33% corresponde a las madres que no dieron respuesta, el 13% corresponde a los meses de edad entre 10 a 12 meses.

8.2.16. Distribución porcentual del peso que tuvo él bebe al nacer de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 16: Distribución porcentual del peso que tuvo él bebe al nacer de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Peso al nacer	Frecuencia	Porcentaje
2500 a 3000kg	14	46.6666667
3001-3600 kg	7	23.3333333
3700-4000 kg	2	6.66666667
no responde	7	23.3333333
Total	30	100

Gráfica 16: Distribución porcentual del peso que tuvo el bebe al nacer de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



Análisis e interpretación: Los datos son que un 7% el peso que tuvo él bebe al nacer es de 3700 a 4000 kg, el 23% el peso que tuvo él bebe al nacer fue de 3001 a 3600 kg, el 23% no respondieron a la pregunta. Lo normal según la OMS un peso adecuado al nacer es de 3.000 a

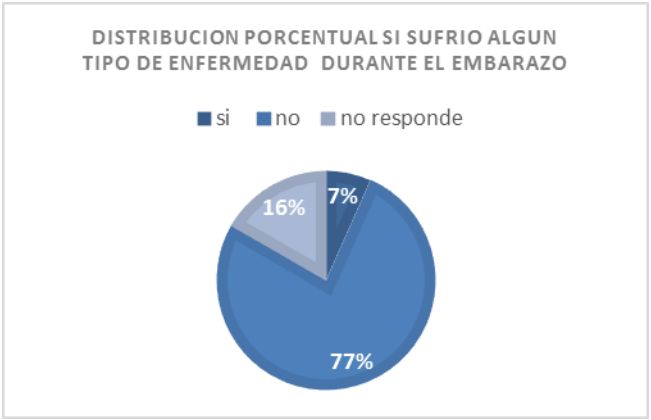
4.000 kg. En la gráfica se puede observar que los bebes esta entre 2500 a 3.000 kg posiblemente algunos de ellos tuvieron un peso bajo y el 47% el peso que tuvo él bebe al nacer es de 2500 a 3000 kg el cual se encuentra dentro de la media.

8.2.17. Distribución porcentual de las de enfermedad sufridas durante el embarazoo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 17: Distribución porcentual de las enfermedad sufridas durante el embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Enfermedades durante el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
si	2	6.66666667
No	23	76.6666667
no responde	5	16.6666667
Total	30	100

Gráfica 17: Distribución porcentual de las enfermedades sufridas durante el embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



Análisis e interpretación: En relación con las enfermedades durante embarazo se encontró que el 77% no sufrieron de ninguna enfermedad durante el embarazo, el 16% no

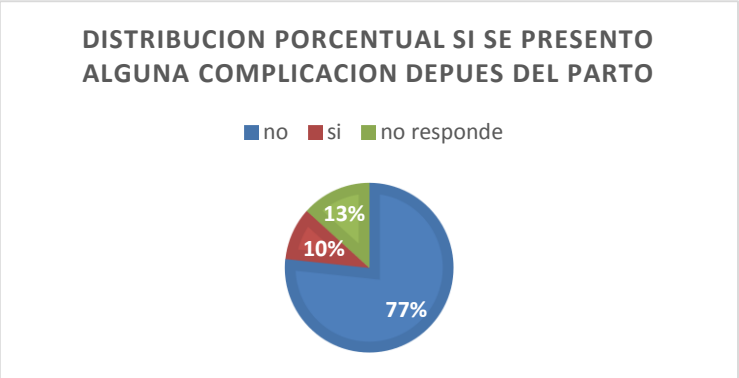
respondieron a la pregunta y el 7% presentaron preclancia, el riesgo es que en un segundo embarazo ocurran las mismas situaciones.

8.2.17.1. Distribución porcentual de las complicación sufridas después del parto de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 17.1: Distribución porcentual de las complicaciones sufridas después del parto de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Complicaciones después del parto	Frecuencia	Porcentaje
No	23	76.6666667
Si	3	10
no responde	4	13.3333333
Total	30	100

Gráfica 17.1: Distribución porcentual de las complicaciones sufridas después del parto de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

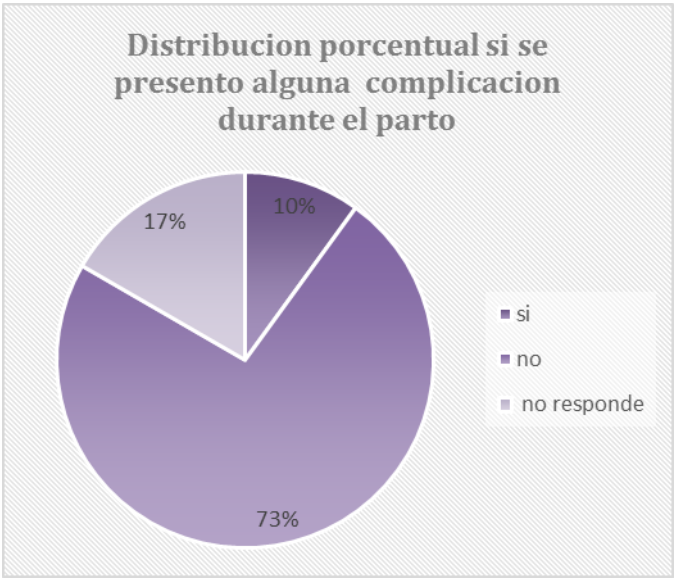


Análisis e interpretación graficas 17.1

El 77% no sufrió de ninguna complicación después del parto, el 13% no respondió a la pregunta y el10% presentaron complicaciones después del parto, complicaciones como infección de los puntos de la cesaría y la preclamsia, el riesgo es que en un segundo embarazo ocurran las mismas situaciones.

8.2.18. Distribución porcentual si se presentó alguna complicación durante el parto de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 18: Distribución porcentual si se presentó alguna complicación durante el parto de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



Análisis e interpretación de las gráficas: El 73% no presentó ninguna complicación durante el parte y el 17% no respondió a la pregunta, y el 10% presentaron complicación durante el parto las cuales se manifestaron como infección vaginal y aumento de la presión arterial durante el parto. Lo que se relaciona como un factor de riesgo frente al segundo embarazo, pues estas complicaciones son posiblemente repetitivas durante un próximo parto.

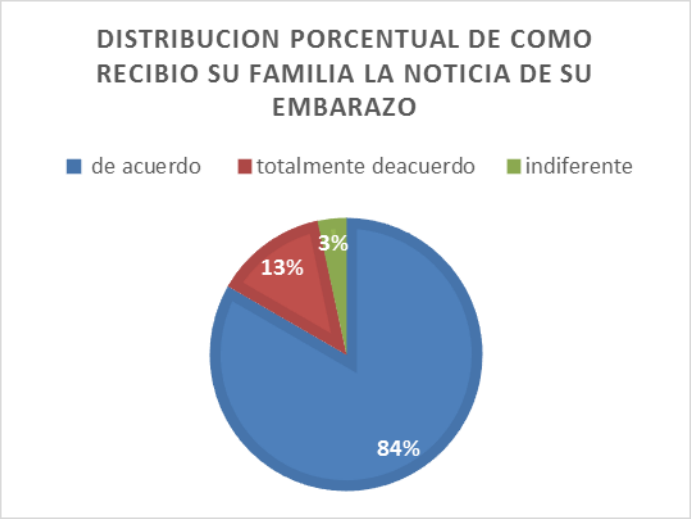
8.2.19. Distribución porcentual de como recibió la familia la noticia del embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 19: Distribución porcentual de como recibió la familia la noticia del embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Como recibió su familia la noticia	Frecuencia	Proporción
de acuerdo	25	83.3333333

totalmente de acuerdo	4	13.3333333
Indiferente	1	3.33333333
total	30	100

Gráfica 19: Distribución porcentual de como recibió la familia la noticia del embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

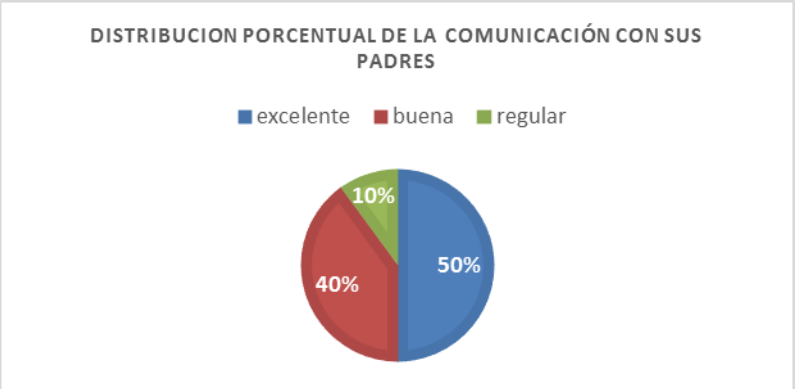


8.2.19.1. Distribución porcentual de la comunicación de los padres de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 19.1: Distribución porcentual de la comunicación de los padres de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Comunicación con padres	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	15	50
Buena	12	40
Regular	3	10
Total	30	100

Gráfica 19.1: Distribución porcentual de la comunicación de los padres de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



Análisis e interpretación 19 y 19.1: El 50% responden tener una excelente comunicación con sus padres, el 40% dicen tener una buena comunicación con sus padres y el 10% manifiesta una comunicación regular con sus padres.

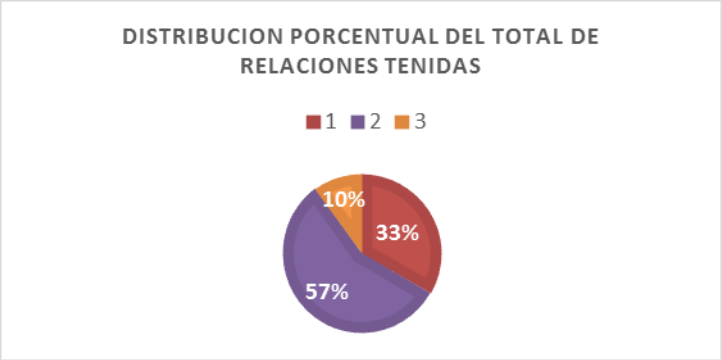
Según las madres adolescentes encuestadas se puede observar que el 84% de sus familias tomaron de una manera adecuada la noticia del embarazo; esto relacionado con la comunicación familiar se encontró que el 50% determina que tiene excelente comunicación con sus padres; lo cual pone de manifiesto que tanto la comunicación como la noticia no tienen relación para un segundo embarazo, pues estos son factores protectores, lo que conlleva que no haya un riesgo para los adolescentes.

8.2.20. Distribución porcentual del total de relaciones tenidas de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 20: Distribución porcentual del total de relaciones de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Relaciones sentimentales tenidas	Frecuencia	Porcentaje
1	10	33.3333333
2	17	56.6666667
3	3	10
Total	30	100

Gráfica 20: Distribución porcentual del total de relaciones tenidas de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



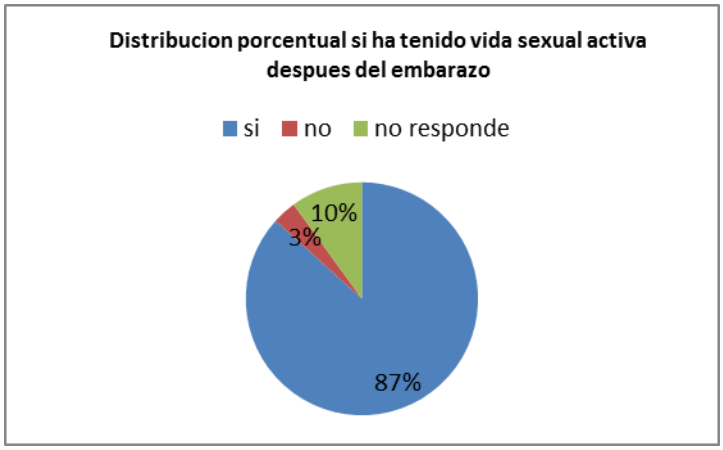
Análisis e interpretación: se establece que el 56,66% han tenido 2 relaciones, el 33,33% ha tenido 1 relación y el 10% equivale a 3 relaciones. Según investigaciones realizadas en el año 2001 se evidencia que el tener más de 3 relaciones aumenta el riesgo de embarazo, mientras que tener menos de dos parejas reduce el riesgo a la mitad.

8.2.21. Distribución porcentual si ha tenido vida sexual activa después del embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 21: Distribución porcentual si ha tenido vida sexual activa después del embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Vida sexual activa después del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	86.6666667
No	1	3.33333333
no responde	3	10
total	30	100

Gráfica 21: Distribución porcentual si ha tenido vida sexual activa después del embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral-Antioquia.2016



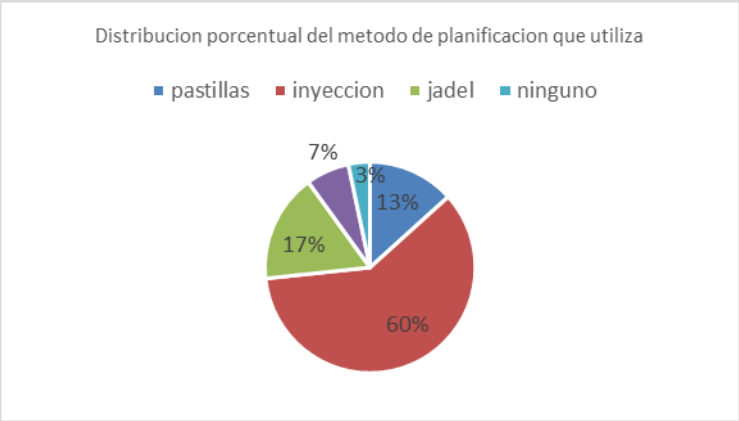
Análisis e interpretación gráfica : El 3% no ha tenido vida sexual después del embarazo y 10% no respondieron a la pregunta**,** se verifica que el 86,66% aún tienen vida activa sexual, lo que podría significar que hay un gran riesgo de un segundo embarazo en estas madres adolescentes

8.2.21.1. Distribución porcentual del método de planificación que utilizan las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 21.1: Distribución porcentual del método de planificación que utilizan las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Método de planificación que utiliza	Frecuencia	Porcentaje
Pastillas	4	13.3333333
Inyección	18	60
Jadel	5	16.6666667
condón	2	6.66666667
Ninguno	1	3.33333333
Total	30	100

Gráfica 21.1: Distribución porcentual del método de planificación que utiliza las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



El 3% no tiene ningún método de planificación, el 7% usa como método de planificación el condón, el 13% usa las pastillas anticonceptivas como método de planificación, el 17% usa el jadel como método de planificación, el 60% usa la inyección como método de planificación el porcentaje de estos métodos de protección contra el embarazo es de 99.9%. Solo el 3% se encuentra en un riesgo de embarazo pues no tienen un método de planificación.

8.2.23. Distribución porcentual si desea tener más hijos las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 23: Distribución porcentual si desea tener más hijos las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Desea tener más hijos	Frecuencia	Porcentaje
si	5	16.6666667
No	6	20
tal vez	19	63.3333333
Total	30	100

Gráfica 23: Distribución porcentual si desea tener más hijos las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Análisis e interpretación: se determina que el 63,33% tal vez tendrían más hijos, es decir que en estos momentos tienen una posición ambigua en relación con un segundo embarazo no estaría en sus ideales, mientras que el 20% están decididas en no tener hijos y el 16,66% estarían dispuestas a tener más hijos o sea que la posibilidad de un segundo embarazo es del 17%.

8.2.24. Distribución porcentual a la asistencia a servicios amigables al Hospital San Juan de Dios Abejorral-Antioquia 2016

Tabla 24: Distribución porcentual a la asistencia a servicios amigables al Hospital San Juan de Dios Abejorral-Antioquia 2016

Asistencia servicios amigables E.S.E	Frecuencia	Porcentaje
SI	29	96.6666667
NO	1	3.33333333
Total	30	100

Gráfica 24: Distribución porcentual a la asistencia a servicios amigables al Hospital San Juan de Dios Abejorral-Antioquia 2016

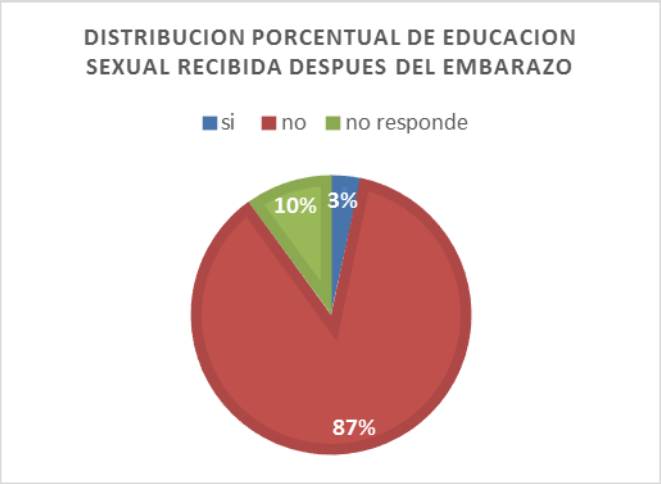
Análisis e interpretación: el 97 % si asiste a los servicios amigables que brinda la E.S.E, solo el 3% no asiste, esto en relación al riesgo de segundo embarazo podría ser un factor protector el cual permite que las madres adolescentes asistan constantemente a los servicios que se presentan.

8.2.25. Distribución porcentual de educación sexual recibida después del embarazo.

Tabla 25: Distribución porcentual de educación sexual recibida después del embarazo.

Educación sexual después del embarazo.	Frecuencia	Porcentaje
si	1	3.33333333
No	26	86.6666667
no responde	3	10
Total	30	100

Gráfica 25: Distribución porcentual de educación sexual recibida después del embarazo



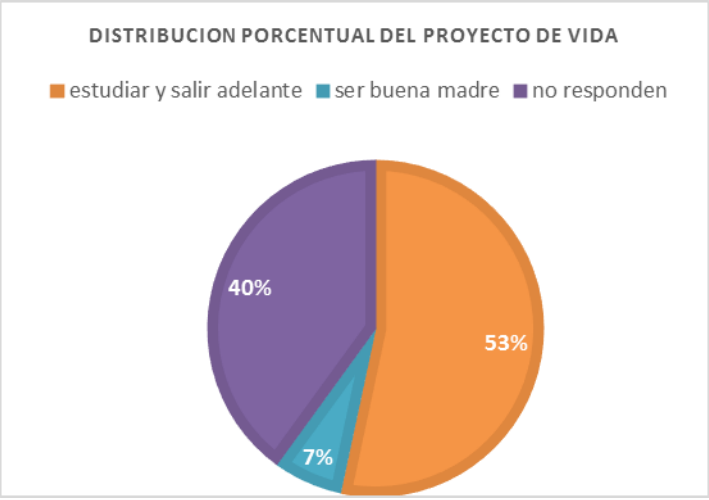
Análisis e interpretación: se determina que el 87 % no ha recibido ningún tipo de educación sexual, en relación con el riesgo de un segundo embarazo, podemos decir que si es un factor de riesgo, pues al no recibir la información necesaria estarían expuestas repetir otro embarazo similar, por la falta de información.

8.2.26. Distribución porcentual del proyecto de vida de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 26: Distribución porcentual del proyecto de vida de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Proyecto de vida	Frecuencia	Porcentaje
estudiar y salir adelante	16	53.3333333
ser buena madre	2	6.66666667
no responden	12	40
Total	30	100

Gráfica 26: Distribución porcentual del proyecto de vida de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



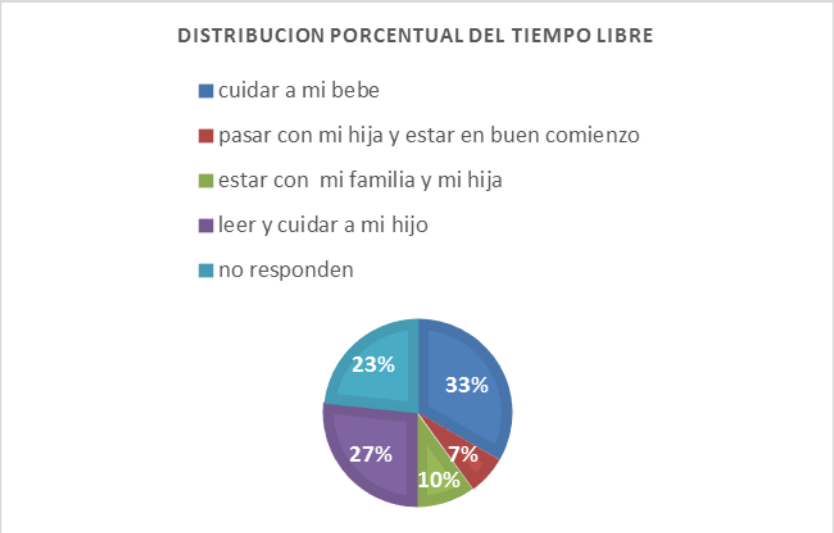
Análisis e interpretación: según el 53% tienen como proyecto de vida estudiar y salir adelante para brindarle un mejor futuro a su hijo. En relación al proyecto de vida y un segundo embarazo se puede observar que el 40% de las adolescentes aún no saben qué hacer con su vida, lo que influiría en la decisión de tener o no otros hijos, siendo este un factor de riesgo para ellas.

8.2.27. Distribución porcentual del tiempo libre de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 27: Distribución porcentual del tiempo libre de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Ocupación del tiempo libre	Frecuencia	Porcentaje
cuidar a mi bebe	10	33.3333333
pasar con mi hija y estar en buen comienzo	2	6.66666667
estar con mi familia y mi hija	3	10
leer y cuidar a mi hijo	8	26.6666667
no responden	7	23.3333333
Total	30	100

Grafica 27: Distribución porcentual del tiempo libre de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



Análisis e interpretación: el 33% de madres adolescentes ocupa su tiempo cuidando a su bebe, el 26,66% ocupa su tiempo libre en leer y cuidar a su hijo, el 23,33% no responde, el 10% ocupa su tiempo libre en estar compartiendo con su familia y su hijo y el 6,66% pasa su tiempo libre con su hijo y asistir al programa de buen comienzo.
La ocupación del tiempo libre no es un factor de riesgo para un segundo embarazo en madres adolescentes, ya que sus ideales están enfatizados en el cuidado de su hijo.

8.2.28. Distribución porcentual del consumo de psicoactivos en el embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 28: Distribución porcentual del consumo de psicoactivo en el embarazo de las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Consumo de psicoactivos en embarazo	Frecuencia	Porcentaje
No	30	100
Total	30	100

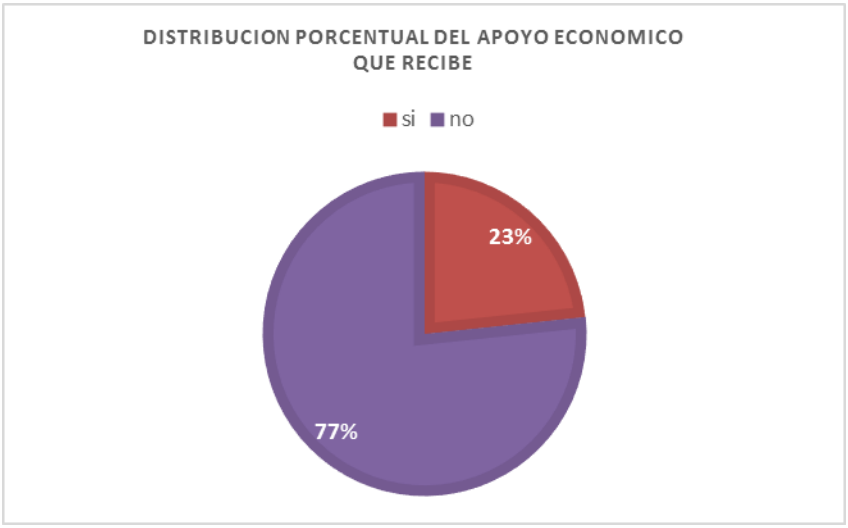
Análisis e interpretación: se verifica que de las madres encuestadas ninguna consumió sustancia psicoactiva durante el embarazo, lo que favorece no ser un factor de riesgo tanto en su primer embarazo como para un próximo. Lo que expresa que el 100% son madres sanas.

8.2.29. Distribución porcentual del apoyo económico que reciben las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 29: Distribución porcentual del apoyo económico que reciben las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Apoyo económico	Frecuencia	Porcentaje
Si	7	23.3333333
No	23	76.6666667
Total	30	100

Gráfica 29: Distribución porcentual del apoyo económico que reciben las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016.



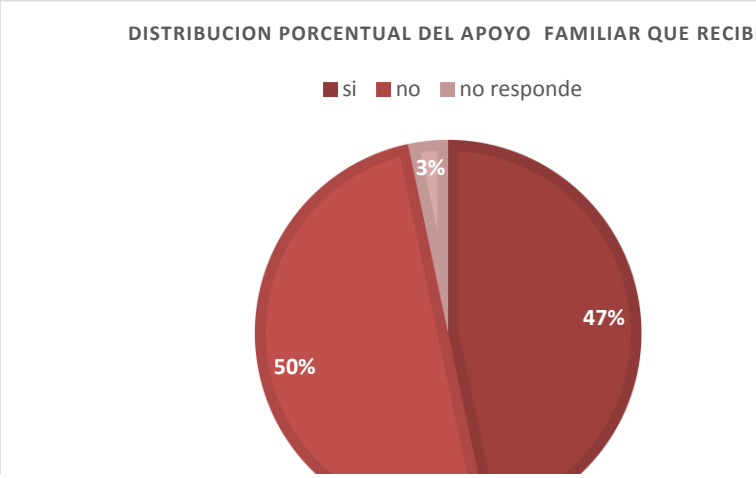
Análisis e interpretación: se determina que el 77% no recibe ningún apoyo económico, mientras que el 23% reciben apoyo económico. Esta variable demuestra que la minoría de la población aun depende de la economía familiar y este puede ser un factor de riesgo para este 23% pues aún no hay responsabilidad frente al cuidado material/económico de los menores.

8.2.30. Distribución porcentual del apoyo familiar que recibe las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 30: Distribución porcentual del apoyo familiar que recibe las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Apoyo familiar	Absoluta	Relativa
Si	14	46.6666667
No	15	50
No responde	1	3.33333333
Total	30	100

Gráfica 30: Distribución porcentual del apoyo familiar que recibe las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016.



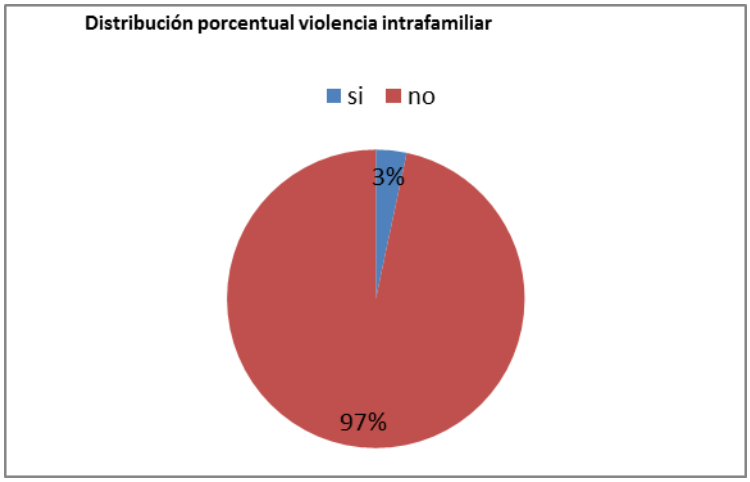
Análisis e interpretación: se indica que el 50 % de la población refiere que no recibe un apoyo familiar y el 47% si lo recibe, lo que deduce que el tener un hijo y no tener el apoyo de un ser cercano posibilita la protección de próximos embarazos.

8.2.31. Distribución porcentual si ha sufrido violencia intrafamiliar las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Tabla 31: Distribución porcentual si ha sufrido de violencia intrafamiliar las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016

Violencia intrafamiliar	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	3.33333333
No	29	96.6666667
	30	100

Gráfica 31: Distribución porcentual si ha sufrido violencia intrafamiliar las madres adolescentes Hospital San Juan de Dios Abejorral- Antioquia.2016



Análisis e interpretación: dentro del análisis se determina que el 96,66% nunca ha padecido de ninguna violencia intrafamiliar, mientras que un 3,33% ha sufrido de violencia intrafamiliar en este caso dependiendo del tipo de violencia intrafamiliar puede llegar a existir un riesgo de segundo embarazo.

9. Discusión

Para la discusión de la investigación se parte del análisis de resultados de manera comparativa con el marco teórico que sustenta la misma; además de esto se compara con otras investigaciones que relacionan el riesgo de embarazo en madres adolescentes.

En la investigación realizada por Llanes, Díaz en el año 2012, que lleva por nombre "Acercamientos teóricos a la maternidad adolescente como experiencia subjetiva se constituye: el ser madre adolescente una experiencia cambiante en el tiempo, por lo que las valoraciones en torno a la misma se transforman a lo largo de la trayectoria de vida de las mujeres" realizada en el colegio de la frontera Norte de la ciudad de México, de acuerdo con factores tales como: la edad de las madres, la edad de los hijos, la presencia o ausencia de la vida en pareja, el ciclo de vida, los vínculos familiares, y los diferentes ámbitos sociales en los que participen las mujeres. Esto conlleva a plantear que las mujeres re-significan constantemente esta experiencia, negociando de múltiples formas las continuidades y cambios presentes en torno a las relaciones de género. (Llanes Díaz, 2012, p.258) esto confirma que las variables utilizadas en nuestra investigación como lo son la edad de la madre, la edad del hijo, el vínculo familiar, relaciones sentimentales que ha tenido son factores que influyen no solo a nivel social sobre la significancia de mujer, sino también factores que inciden frente a la creencia de tener mayor respeto por tener un hijo.

Dentro de la investigación "Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería" realizada por Norma Noguera, en Colombia en el año 2012, se encuentra que existe una relación entre bajos recursos económicos, bajo nivel de escolaridad y el embarazo adolescente generándose de esta manera un círculo de pobreza cada vez mayor en nuestro país. Lo que significa que las variables como el grado de escolaridad, estrato socioeconómico, el área en el cual resida (urbana y rural) y la información de planificación familiar (Método que utiliza) utilizadas en nuestra investigación son variables de riesgo para un segundo embarazo.

Respecto a otros factores investigados con la población se encuentra que aspectos destacados como la religión, el apoyo familiar, la relación actual de pareja y el proyecto de vida son factores que posibilitan el no riesgo de embarazos, pues según otras investigaciones como "Panorama religioso contemporáneo con su tema Embarazo Precoz, Educación y Religión", realizada por Sebastián Politi en la ciudad de Buenos Aires. En el año 2006, se evidencia que

estos factores hacen parte del valor moral que tiene la madre frente a la crianza de un hijo. (Politi, 2006).

Si bien en dos investigaciones como la realizada por Politi y otra realizada por Noguera O & Alvarado R se evidencia que el ***factor relación sentimental actual*** es un factor tanto de riesgo como protector ; Sin embargo dentro de esta investigación el factor de pareja se tendrá como riesgo, pues el tener una pareja actual implica tener una vida sexual activa en la cual no se conoce a fondo si la pareja tiene la noción de cuidado propio especificamente planificación.

El informe realizado por la National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion realizada en Alaska, en el año 1982, reporto que existen demasiadas adolescentes entre los 15 y 19 años que tienen más de un bebé. Casi 1 de cada 5 bebés de madres adolescentes, entre los 15 y 19 años, no es el primero. La mayoría (86 %) es el segundo bebé. Algunas adolescentes dan a luz a un tercer hijo (13 %) o a un cuarto, quinto o sexto bebé (2 %). Si la comparamos con esta investigación identificamos que las madres encuestadas se encuentran ante un factor de riesgo, ya que las madres en edades entre los 15 y 19 años ya han tenido su primer hijo.

Esta investigación permite simplemente identificar y analizar algunos de los factores por ser un estudio de tipo descriptivo, por lo tanto no permite la identificación de las relaciones entre dos o más variables.

Es importante que para futuras investigaciones puedan seguir ampliando el conocimiento con investigaciones tipo explicativo, pues esto favorece a nivel local el trabajo de estos factores y generar algunas estrategias para la mitigación de la natalidad en el municipio de Abejorral. Esta investigación deja abierta varias rutas de información no solo para la gerencia en salud, sino para diferentes profesiones que puedan trabajar sobre estos fenómenos.

Conclusiones

Dentro de la investigación se indagó sobre 31 variables consideradas un riesgo de segundo embarazo en madres adolescentes del municipio de abejorral, Antioquia. Dentro las cuales se presentan resultados significativos sobre las siguientes variables:

- Variables sociodemográficas, dentro de estas se encuentran el 87 (%) estrato 1 en situación de vulnerabilidad, lugar de residencia 63(%) ubicados en el área rural, el 7(%) vive con más de 6 personas. Estas variables sociodemográficas se consideran factores de riesgo para un segundo embarazo.
- Otras variables que están relacionadas a factores de riesgo para un segundo embarazo, tienen que ver con la desinformación frente a la sexualidad 87 (%) no reciben educación sexual y el nivel de educación 77(%), la vida sexual activa 87 (%) y 3(%), no utilizan ningún métodos anticonceptivos en relación con estos, se encontró que el condón en un 7 (%) y el jadell el 17(%) son los métodos más utilizados por la mayoría de la población.
- Respecto a los servicios de salud prestados en los diferentes municipios del departamento de Antioquia, específicamente en abejorral. Se encuentra una limitación en cuanto a los servicios de salud sexual y reproductiva, pues el 3 (%) de las jóvenes no asisten a estos por la falta de motivación, desinterés y lejanía del centro de atención a la población.
- Durante la búsqueda de información para la construcción de esta investigación se encontró que existen cartillas que hablan sobre la promoción y prevención de la vivencia sexual, sin embargo estas se construyen a partir del temor; es decir, no apunta a una vivencia sana y reconocida de la sexualidad sino que infunde el riesgo tanto de enfermedades como de embarazos no deseados, lo cual imposibilita que el adolescente se informe y lleva a que realice sus conductas sexuales sin el mínimo cuidado.

Recomendaciones:

A la ESE San Juan de Dios .Abejorral

Se recomienda hacer más publicidad de los servicios que presta la ESE San Juan de Dios .Abejorral, para que así haya mayor información de los diferentes programas que se manejan dentro de esta. Promover brigadas de salud en las diferentes instituciones del municipio mensualmente, para que haya una mejor cobertura y adquirir reconocimiento y eficiencia dentro del sector salud. En los programas que maneja la ESE San juan de Dios de abejorral para madres gestantes, se espera que puedan concientizar a las madres, para que asistan a estos. Además crear una estrategia modo folleto que la madre pueda tener para que lleve registro de la cantidad de controles asistidos.

Buscar estrategias que permitan que la sexualidad sea vivida desde el reconocimiento propio y del otro. Para que así no solo se trabaje en términos de prevención sino promocionar nuevos estilos de cuidado y estilos saludables de vida.

Para disminuir los factores de riesgo de un segundo embarazo se recomienda hacer énfasis en los servicios prestados por Servicios amigables de la ESE. En donde se puedan realizar trabajos con otras entidades del estado, las cuales promuevan y prevengan estos fenómenos actuales (embarazo)

Para la universidad Luis Amigo se recomienda que se realicen trabajos transdisciplinares, en los cuales no solo facultades de la salud, puedan intervenir este tipo de problemáticas sino también como otras facultades pueden generar estrategias de intervenciones óptimas y adecuadas para estas poblaciones (adolescencia) y para este fenómeno.

Esta investigación queda como base de futuros trabajos referentes a temas que tengan presente las problemáticas actuales como lo son el riesgo de segundo embarazo en adolescentes, para ello se recomienda realizar investigaciones de tipo explicativo, longitudinales. Las cuales puedan dar como resultado la relación existente entre las diferentes variables consideradas un factor de riesgo.

Es indicado no solo investigar en lugares externos a nuestro país si no también tener presente nuestros municipios. Se deja el interés abierto a que nuevos investigadores se propongan el trabajo con estas situaciones.

Referencias

E.S.E. Hospital San Juan de Dios - Abejorral. (2016). *E.S.E. Hospital San Juan de Dios - Abejorral*. Obtenido de E.S.E. Hospital San Juan de Dios - Abejorral: http://hospitalabejorral.com/

Issler, J. R. (2001). EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA . *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina*, 11-23.

Llanes Díaz, N. (2012). Acercamientos teóricos a la maternidad adolescente como experiencia subjetiva. *Sociológica*, 235-236.

Ulanowicz,, M. G., Parra, K. E., Wendler, G. E., & Monzón, L. T. (2006). RIESGOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE. *Revista posgrado de la VIa cátedra de médicina*, 13-17.

Alcaldía de Medellín. . (2005). Prevención del Embarazo Adolescente en Medellín – Colombia. 1-54.

Ariza Riaño, N. E., Valderrama, Sanabria, M. L., & Ospina Díaz, J. M. (2014). Caracterización del embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá,Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 154-163.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1997). Ley N°7735 . *Ley General de Protección a la Madre Adolescente.*, (págs. 1-5). Costa rica.

Burdiles Fraile Pamela; S. (2013). *Situación actual el embarazo adolescente en Chile.* Chile.

Centene Monge L.Helen; R. c. (2005). La salud sexual y reproductiva de las jóvenes de 15 a 24 años en el salvador, un reto para las políticas de salud. *Población y Salud en Mesoamérica, 2*(2), 1-23. Obtenido de http://ccp.ucr.ac.cr/ revista

Congreso de Colombia. (2007). LEY 1122 DE 2007. *modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud* . Bogotá.

Congreso de Colombia. (2008). Ley 1236 de 2008. *Se modifican algunos artículos del Código Penal relativos a delitos de abuso sexual.* Bogotá.

Consejo Nacional de Política Económica y Socia República de Colombia Departamento Nacional de Planeaciónl. (31 de enero de 2012). 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. *documento conpes social 147*, 1-95. Bogota D. C , Colombia .

Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2012). *lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevencion del embarazo en la adolescencia y la promocion de proyectos de vida para los niños, niñas , adolescentes y jovenes en edades entre 6y 19 años.* Bogota .

Corte constitucional de Colombia. (10 de mayo de 2006). *Corte constitucional de Colombia*. Obtenido de Sentencia C-355/06: http://www.corteconstitucional.gov.co/

Corte constitucional. (2009). *Corte constitucional*. Obtenido de Sentencia T 38809/09: http://www.corteconstitucional.gov.co/

Cruz Sanchez, F., Pineda Pereza, S., Martinez Vasquez, N., & Aliño Santiago , M. (1999). *Manual de practicas clinicas para la atencion atencion integral a la salud en la adolescencia.* CUBA: MINSAP.

El congreso de la república. (2006). Libro Primero: La protección integral. *LEY 1098 DE 2006.* Bogotá.

Flórez, C. E., & Soto, V. E. (2013). *Factores protectores y de riesgo.* Colombia.

ICBF. (2008). *Módulo Conceptual Derechos Sexuales y Reproductivos.* Colombia.

Mc Donals, M. d., Nieto, Vasquez, o., Lima, L. E., Guerrero Zabala, M. F., & Chávez Rodriguez, M. (2012). *Embarazo adolescente y madres jovenes en México: una visión desde el promajoven.* México: Secretaria de Educación pública.

Ministerio de la proteccion social . (2008). *Servicio de salud amigables para adolescentes y jovenes* . Colombia : UNFPA.

Ministerio de la Protección Social. (2007). Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. *Programa de Apoyo a la Reforma de Salud* (págs. 1-428). Bogotá: Scripto Ltda.

Ministerio de salud. (2000). resolucion numero 3384. *Resolución de la salud*, (págs. 1-58). colombia.

Ministerio de salud. (1993). las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. *Resolucion nº 008430 de 1993*, (págs. 1-12). Bogotá.

Moreno López Diva Janneth , a. S. (2008). un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jovenes en colombia. En M. d. Social, *servicios de salud amigables para adolescentes y jovenes* (segunda ed., págs. 1-283). Bogota, colombia .

Noguera O, N., & Alvarado R, H. (2012). Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería*, 151-160.

Politi, S. (s.f.). Embarazo Precoz, Educación y Religión. En S. Politi, *Panorama Religioso Contemporaneo* (págs. 1- 14).

Secretaria del senado de Colombia. (2000). LEY 599 DE 2000. *Diario Oficial No. 44.097 de 24 de julio del 2000.* Colombia: Avance Jurídico .

Vital signs. (abril de 2013). *Prevención de nuevos embarazos en madres adolescentes* . Obtenido de National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion: http://www.cdc.gov/vitalsigns/pdf/2013-04-vitalsigns-sp.pdf

Zamora Leiva, A. (2011). *embarazo en niñas y adolescentes.*

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Consentimiento informado de la investigación "Riesgo de segundo embarazo en adolescentes". Hospital San Juan de Dios. Abejorral- Antioquia. 2016

Fecha: _____ Hora: _____

La investigación Riesgo de segundo embarazo en adolescentes. Hospital San Juan de Dios. Abejorral- Antioquia. 2016 y tiene como objetivo identificar los riesgos de segundo embarazo en adolescentes.

Esta investigación es realizada por las estudiantes Maria Estela Acuña y Verónica Cardeño de la escuela de posgrado en gerencia de servicios de salud de la Fundación Universitaria Luis Amigó.

La función que cumplirá usted como participante es diligenciar completamente la encuesta, el beneficio de esta es permitirle a los usuarios y a la E.S.E informar cual fue el riesgo identificado para un segundo embarazo en adolescentes.

Esta investigación puede presentar susceptibilidades ante ciertas preguntas que están formuladas en el cuestionario. Si usted tiene alguna duda o inquietud por favor dirigirse a las investigadoras durante el encuentro. Por favor lea atentamente y diligencie la siguiente información.

Yo: _____ con documento de identidad cc: ___ TI: ___ otro: ____

Cual_____ N°_____ certifico que he sido informado con claridad y veracidad del uso de la información, la cual será utilizada en una investigación con fines netamente académicos, soy consciente del objetivo y del porque se investiga el riesgo de un segundo embarazo en madres adolescentes.

Actúo consecuente libre y voluntariamente como participante contribuyendo de forma activa. Soy conocedora de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la implementación de la encuesta cuando lo estime conveniente, así como puedo cuestionar cualquier duda o inquietud que se me presente durante el proceso.
Tengo en cuenta que se respetara la buena fe, confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi integridad física y emocional.

_____ _____

Nombre completo Documento de identidad N°

_____ _____

Representante legal Documento de identidad N°:
(En caso de ser menor de edad)

_____

Firma y registro del investigador

Si usted tiene alguna duda e inquietud puede comunicarse con: Verónica Cardeño, cel. 300 418 61 27 o María Estela Acuña al 310 469 08 60.

Anexo 2. Encuesta

Encuesta

Riesgo de segundo embarazo en adolescentes. Hospital San Juan de Dios. Abejorral-Antioquia. 2016

Fundación universitaria Luis Amigo

Sabe leer y escribir Si: ___ No: ___

Le pedimos que responda este cuestionario, recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas. Lea muy bien antes de contestar y si tiene dudas pregunte sin temor al facilitador. Es muy importante que responda lo que usted piense. En este cuestionario aparecen preguntas en las que solo se puede elegir una opción y en otras debe escribir lo que considera con sus propias palabras. Si se equivoca encierre la respuesta en un círculo y marque con una X la respuesta adecuada.

Fecha:

Día	Mes	Año

1. Edad:_____

2. Grupo étnico:

- Indígena ___
- Gitano ___

- Afrodescendiente ____
- Mestizo ____
- Raizal _____

3. Estrato socioeconómico:

1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ___

2 Usted vive en el área:

Urbano _____ Rural ____

3 Su estado civil actual es :

Soltero ____ Casado ____ Viudo ____

Separado____ Unión libre ____

4 Grado de escolaridad:

Primaria_____ Secundaria _____ Técnica _____

Tecnología _____ Universitaria _____ Ninguno: ____

5 Ocupación actual.

Ama de casa _____ Estudiante ____ Trabajo independiente _____Empleado ____

6 A qué régimen de salud pertenece usted:

Contributivo _____ cual: _____

Subsidiado _____

Vinculado _____

7 Religión :

Católico _____ Cristiano _____ Otro ___ ¿Cuál? _____

8 Con cuantas personas vive:

Cuantos niños _____

Cuántas mujeres _____

Cuántos hombres _____

Total de persona: _____

9 A qué edad fue su primer embarazo:

12 años____ 13 años ____ 14 años _____ 15 años ____

16 años ____ 17 años ____ 18 años ____ 19 años ___

10 Asistió usted a los controles prenatales :

Si: ____ No: ___

11 A cuantos controles prenatales asistió usted durante su embarazo:

1: ___ 2: ___ 3: ___ 4: ___ 5:____

6: ____ 7: ____ 8: ____ 9: ____

12 En qué fecha nació su primer hijo y que edad tiene actualmente (Por favor diligenciar todo en números)

Día	Mes	Año

Edad del menor _____ (Años)

13 Cuanto pesó su hijo al nacer: _____ Kg

14 Sufrió de alguna enfermedad durante el embarazo:

Si: ____ No: ____ ¿Cuál?:_____

15 Tuvo alguna complicación durante el parto:

Si: ____ No: ____ ¿Cuál? :_____

16 Tuvo alguna complicación después del parto:

Si: ___ No: ___ ¿Cuál? _____

17 Como recibió su familia la noticia de su embarazo:

( ) De acuerdo ( ) Totalmente de acuerdo ( ) Indiferente

( ) En desacuerdo ( ) Totalmente en desacuerdo

18 Cuentas relaciones sentimentales ha tenido:

1:____ 2:____ 3: ____ o más: _____

19 Después de su embarazo ha tenido vida sexual activa:

Si: _____ No: _____

20 Que método de planificación utiliza usted:

1. Pastillas: ____ 2. Inyección: _____ 3. Jadel: _____ 4. T de cobre: ___

5. Condón: _____ 6.Ligadura de trompas: _____ 7.Vasectomía: ____ 8.Otro: ____

No planifica: _____

21 Desea usted tener más hijos:

Si: ____ No: ___ Tal vez: _____

22 Asiste usted al servicio amigable que brinda la E.S.E:

Si: ____ No: _____

23 Después de su primer embarazo ha recibido algún tipo de educación referente a la sexualidad:

Si: ___ No:___ Cuál: _____

Donde:_____

24 Cuál es su proyecto de vida:

_____

_____

25 En que ocupa usted su tiempo libre:

_____

_____

_____

26 La comunicación con sus padres es:

Excelente: _____ Bueno: ____

Regular: _____ Mala: ___

27 Durante su embarazo consumió algún tipo de sustancias sicoactivas:

Si: ___ No: ___ ¿Cuál?:_____

28. ¿Recibe usted Apoyo económico?

Si: _____ De quién _____

No: ___

29. ¿tiene usted apoyo familiar?

Si: ___ De quien _____

No: ___

30. ¿Sufre o ha sufrido Usted algún tipo de violencia familiar?

Si: ____ Que Tipo _____

No: ___

Gracias, por su colaboración y tiempo.