

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA DE LOS  
USUARIOS JOVENES AL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN  
LA INSTITUCIÓN SALUD DARIÉN IPS EN EL MUNICIPIO DE APARTADO**

**GISELLY MATAGIRA RONDON  
JASMIN JOHANA MEZA FIGUEREDO  
YERLIS HERNANDEZ  
NORMA CORDOBA**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
APARTADÓ  
2008**

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA DE LOS  
USUARIOS JOVENES AL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LA  
INSTITUCIÓN SALUD DARIÉN IPS EN EL MUNICIPIO DE APARTADO**

**GISELLY MATAGIRA RONDON  
JASMIN MEZA FIGUEREDO  
YERLIS HERNANDEZ  
NORMA CORDOBA**

**Trabajo de grado para optar por el título  
de Especialista en Auditoria de la Salud**

**Asesor  
Juan Diego Tobón Lotero  
Psicólogo**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
APARTADÓ  
2008**

## **AGRADECIMIENTO**

En la culminación de este objetivo que significa uno de los logros más importantes de nuestras vidas queremos agradecer:

En primer lugar a Dios Todopoderoso por darnos la dicha de existir y e iluminarnos el camino con humildad y sabiduría para poder brindar a los seres a quienes nos debemos la mejor atención y cuidado.

A todos los docentes del CES. Por su apoyo en la conducción de esta investigación y quienes fueron forjadores de nuestro saber, por desarrollar y cultivar en nosotros la confianza y el interés necesario para culminarla.

Al Dr. Eliécer Arteaga Vargas Director General de Salud Darién IPS S.A por permitirnos realizar el trabajo investigativo en la institución.

A nuestros compañeros de trabajo por su valiosa ayuda que nos permitió cumplir siempre con nuestras actividades académicas.

A todos aquellos que de una u otra forma tuvieron que ver en este logro de nuestra formación profesional.

## INDICE DE CONTENIDO

	pag
<b>1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b>	<b>6</b>
1.1. Planteamiento del Problema	6
1.2. Justificación del Problema	9
1.3. Pregunta de Investigación	11
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	<b>12</b>
<b>2.1. LOS JÓVENES. HACIA UNA CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO Y DE SUS CARACTERÍSTICAS</b>	<b>12</b>
2.1.1. Quiénes son los jóvenes. Aproximación conceptual	14
2.1.2. Los jóvenes en Colombia y Antioquia. Una breve Caracterización	15
2.1.3. La subregión de Urabá y el municipio de Apartadó: Particularidades, características y contexto para los Jóvenes de la zona	20
<b>2.2. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	<b>24</b>
2.2.1 Conceptualización de los términos: salud, salud sexual, Salud reproductiva	25
2.2.2 La Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Aproximación a sus características y al contexto Normativo y Legal	27
2.2.3 La Anticoncepción: características y utilización en el Contexto nacional y regional	28
2.2.4 Los jóvenes de Urabá, la anticoncepción y el embarazo a temprana edad. Un marco para la comprensión de la problemática en la región	29
<b>2.3. PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>	<b>30</b>

<b>2.3.1 Conceptualización de los términos: prevención, promoción, Factor de riesgo, Factor de Protección, Factor Psicosocial y Educación en Salud</b>	<b>31</b>
<b>2.3.2 La prevención del embarazo adolescente y la promoción de comportamientos sexuales responsables. Estrategias implementadas en el contexto nacional y regional</b>	<b>34</b>
<b>2.3.3 Factores de riesgo y factores de protección asociados a vivencia de la sexualidad en los jóvenes</b>	<b>35</b>
<b>2.4. LA EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON LOS JÓVENES DE LA SUBREGIÓN DE URABÁ</b>	<b>37</b>
<b>2.4.1 Estrategias de educación en salud. Un panorama con múltiples ofertas</b>	<b>38</b>
<b>2.4.2 Educar en Salud Sexual y Reproductiva: la inclusión de los jóvenes</b>	<b>40</b>
<b>2.4.3 Hacia una propuesta educativa en Salud Sexual y Reproductiva con los jóvenes de la subregión de Urabá</b>	<b>41</b>
<b>3. HIPÓTESIS</b>	<b>45</b>
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>46</b>
<b>4.1. Objetivo General</b>	<b>46</b>
<b>4.2. Objetivo Específico</b>	<b>46</b>
<b>5. METODOLOGIA</b>	<b>47</b>
<b>5.1. ENFOQUE METODOLÓGICO</b>	<b>47</b>
<b>5.2. TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>47</b>
<b>5.3. POBLACIÓN</b>	<b>48</b>
<b>5.4. DISEÑO MUESTRAL</b>	<b>48</b>
<b>5.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN</b>	<b>49</b>
<b>5.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</b>	<b>50</b>
<b>6. RESULTADOS</b>	<b>51</b>
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>59</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>61</b>

## 1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Apartadó, municipio del Urabá antioqueño, al igual que en otros espacios regionales y nacionales, se observa un incremento en la tasa de fecundidad de las y los jóvenes en las últimas décadas. Se ha pasado de una tasa de 54 en el año 1997 a una tasa de 92.4 en el año 2004, según reporta la Secretaría de Educación para la Cultura y DAP.

Ligada a una multiplicidad de causas, esta situación pareciera tener consecuencias significativas en esta población al dificultar la permanencia en los procesos educativos formales (en secundaria y en educación superior) y al interrumpir y limitar los procesos de formación para el trabajo. Al no estar calificados académicamente para desempeñar oficios que permitan una adecuada remuneración, el acceso a empleos con salarios muy bajos y la inclusión a los fenómenos del subempleo, es evidente. De otro lado, diversas entidades académicas y sociales del entorno local, regional y nacional (ICBF, DSSA, Colombia Joven entre otras), han identificado que dichos fenómenos, parecieran favorecer la violencia intrafamiliar, la incursión de los jóvenes en grupos delictivos y el poco desarrollo cultural, científico y social de ellos y ellas, y por ende, una limitada capacidad de desarrollo de su entorno vital y de sus condiciones de vida.

Para mitigar el impacto de dichos fenómenos psicosociales, que se aprecian directamente relacionadas con el embarazo en los jóvenes, y con el fin de disminuir la tasa de fecundidad en esta población, se han establecido desde

instituciones del orden nacional, regional y local, múltiples proyectos, planes y estrategias educativas que favorecen la utilización de métodos de planificación familiar, la disminución de las enfermedades de transmisión sexual, y la construcción de posibilidades de vivir una sexualidad responsable en la población juvenil. Ello sin embargo, no ha sido suficiente para contener dicho fenómeno lo cual hace aún más relevante el mantener un proceso de reflexión constante sobre dicha situación.

En Colombia, según la Ley 375 de 1997, la juventud se ubica en el rango de edad comprendido entre los 14 y los 26 años. Según este criterio en Antioquia dicha población corresponde a un 22% del total del departamento, lo cual hace pensar que es un grupo etéreo significativo y amplio. Investigaciones realizadas en las últimas décadas con la población juvenil, hacen énfasis en la identificación de vivencias, características y necesidades particulares de dicha población, que requieren de abordajes y significados específicos desde cualquier proyecto social que los intervenga. Es necesario diferenciar los procesos de acercamiento que se realizan con poblaciones de niños, y también, tener claridad que es una población que no se rige por los mismos criterios de los adultos. En múltiples áreas del conocimiento (salud y educación, entre otras), abordar a los jóvenes implica identificarlos como una población con unas características particulares, y que han de ser comprendidos desde su especificidad.

En el caso de las temáticas relacionadas con la sexualidad, la vivencia corporal, las relaciones de pareja y la planificación familiar, es necesario establecer estrategias educativas que favorezcan la adherencia y mantenimiento de los y las jóvenes en programas que aborden dichos asuntos, no sólo para mitigar los efectos de un embarazo no deseado a temprana edad, sino para promover estilos saludables de vida, y prevenir comportamientos y prácticas que complican la vivencia del joven. En ello se ha ido trabajando a nivel nacional y regional, pero

desde lo local parecieran faltar estrategias que particularicen las características de la población y que aborden dichos asuntos desde su vivencia específica.

Las características sociales de la población del Urabá Antioqueño, y particularmente las propias de los jóvenes de la región de Apartadó, muestran dificultades significativas comunes a otras zonas del departamento y del país, que complican su vivencia cotidiana, pero que comprendidas desde el referente geográfico, económico y social que le es propio, tiene diferencias que hacen que, proyectos que en otras áreas han sido exitosos, en este espacio vital, no tengan el impacto deseado.

Según los datos de la última encuesta del DANE, (Colombia, 2005), se observa en la población juvenil del Urabá Antioqueño, una evidente dificultad para el acceso a los servicios básicos (salud y educación entre otros), una baja cobertura en los mismos e incluso, una pobre vinculación a los mismos a pesar de existir en algunos momentos, las condiciones económicas para hacerlo. Ello podría dar cuenta de la existencia de unas características culturales particulares que están a la base de estos fenómenos y que explicarían en parte las dificultades para la adherencia a los programas de planificación familiar ofrecidos por diferentes instituciones públicas y privadas en el entorno de dicho municipio, y el notorio incremento de la tasa de fecundidad en la población juvenil que habita este entorno.

Tal como lo plantea la Política de Salud Sexual y Reproductiva (Colombia, 2003), *“el embarazo precoz tiene graves consecuencias sobre la calidad de vida de los futuros padres y de los hijos/as por nacer: limita las posibilidades de desarrollo personal y social de padres e hijos en la medida en que reduce las oportunidades de educación y, por lo tanto, afecta la calidad del empleo, aumenta el número de personas con dependencia económica en una familia que con frecuencia tiene recursos económicos escasos y, en general, se convierte en un factor que afecta*

*la calidad de vida de las personas y contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza”*

Por tal motivo y para ser congruentes con los objetivos de desarrollo para el 2015, la Organización de las Naciones Unidas en el tema de equidad de género y salud sexual reproductiva, y teniendo en cuenta las implicaciones que tiene para el desarrollo de la población de jóvenes del municipio de Apartadó, situado en la región del Urabá Antioqueño, se hace necesario reforzar los programas de planificación familiar teniendo en cuenta las diferencias y particularidades culturales, para así responder al reto de educar a los líderes del mañana: los jóvenes.

Conocer los factores psicosociales que están a la base de la adherencia al programa de planificación por parte de los jóvenes hombres y mujeres del municipio de Apartadó, usuarios de la **IPS** Salud Darién, podría favorecer la comprensión del fenómeno y establecer estrategias educativas en salud que involucren a estos actores sociales en relación con su responsabilidad frente al ejercicio de la sexualidad, y que por ende, incremente la adhesión a los programas de planificación y a la utilización de los métodos anticonceptivos de manera reflexiva y conciente.

Este trabajo puede ser el inicio de la investigación en este tema en el Urabá antioqueño, ya que no se encuentran trabajos investigativos similares a este publicados en la literatura científica.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN.**

El acceso y la calidad de los servicios de salud, con el nivel de educación y el acceso a información, con los índices de pobreza y, en general, con condiciones socioculturales desfavorables y con circunstancias que generan necesidades y

vulnerabilidades específicas tales como la pertenencia a grupos étnicos discriminados, las inequidades de género, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas rurales o de conflicto armado, o las particularidades de cada etapa del ciclo vital, nos muestran el nivel de desarrollo en el tema de derechos y deberes de la salud sexual y reproductiva en la región de Urabá, en donde se encuentra ubicado el municipio de Apartadó.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que desarrollan su actividad en Apartadó, han intentado aportar en la solución de dichas problemáticas, desde los programas de prevención y promoción, y a través de estrategias que mitiguen los efectos sociales del subdesarrollo en una región rica económicamente, pero con desigualdades evidentes en el proceso de crecimiento de su población.

Una de las IPS más reconocidas dentro del municipio es Salud Darién, quien desde 2004 ha trabajado en aras del mejoramiento de los procesos de atención en salud de los habitantes de Urabá. Tiene dentro de sus políticas, garantizar la disponibilidad de todos los servicios a las poblaciones afiliadas y a los beneficiarios de las mismas. Dentro de sus programas se ha ido construyendo la propuesta de la planificación familiar, apuesta institucional que busca brindar la información más completa a los jóvenes y los medios más apropiados, para hacerse cargo responsablemente de sus estilos de vida sexual y reproductiva. Junto a ello, se busca garantizar el acceso, la calidad, la privacidad, la confidencialidad y la integridad de los servicios para mejorar las posibilidades de vida y desarrollo especialmente de los jóvenes adscritos a la IPS.

El reconocimiento de las altas tasa de embarazos no deseados en adolescentes, la alta mortalidad materna y el ausentismo a los programas de planificación familiar son factores que preocupan a la IPS Salud Darién y que han de ser abordados de manera oportuna para facilitar su resolución. Pueden leerse como

algunas causas de estas situaciones, aspectos socioculturales de la región, la ubicación geográfica de los usuarios de la IPS, y factores socioeconómicos de la población, hacen que la relación con la educación sexual, en métodos de planificación y en posibilidades de pensar las prácticas sexuales, sea compleja y los ponga en riesgo.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, y con la intención de cualificar la atención a la población juvenil de Apartadó y de Urabá, que es usuaria de la IPS Salud Darién, se plantea esta investigación con la intención de conocer a fondo las características de la población joven que asiste a los programas de la IPS y así identificar los factores psicosociales que pueden incidir en la asistencia al programa de planificación familiar, y a la adherencia o no al mismo. Identificar dichas características puede ayudar en la comprensión de los fenómenos de los embarazos a temprana edad, a tener cierta claridad sobre las razones para la utilización inadecuada de los métodos anticonceptivos, y los motivos por los cuales es complejo que los jóvenes se vinculen con programas de planificación.

### **1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores psicosociales que se relacionan con la adherencia o no al programa de planificación familiar de los usuarios jóvenes, hombres y mujeres entre 14 a 26 años, de SALUD DARIEN IPS S.A.?

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. LOS JÓVENES. HACIA UNA CONSTRUCCIÓN DEL CONCEPTO Y DE SUS CARACTERÍSTICAS

La juventud ha sido comprendida y abordada desde múltiples referentes, tanto teóricos como sociales. Diferentes disciplinas y ciencias han hablado sobre esta etapa del desarrollo, identificando en ella unas características particulares desde lo biológico, lo social, lo cognitivo, lo lúdico, lo moral y lo afectivo, y que puede ser ubicada cronológicamente entre los 14 y los 26 años (según la Ley de Juventud de 1997). Sin embargo, aunque hay muchos puntos en común, existen múltiples miradas frente a la juventud, que pueden ayudar a explicar la diversidad de posturas que frente a la misma población se tienen, y la importancia de revisar las mismas de manera amplia, para así acercarse a la misma de manera comprensiva.

Puede entenderse la juventud como un proceso, que está delimitada por dos niveles: uno biológico que le sirve al sujeto para establecer su diferenciación con el niño, y uno social que establece su diferenciación con el adulto. En este sentido se encuentra que *«la juventud se inicia con la capacidad del individuo para reproducir la especie humana y termina cuando adquiere la capacidad para reproducir a la sociedad»*. De otro lado la juventud también es un proceso de inculcación, de control y de formación en las normas que permiten la cohesión social. Es un proceso de maduración social y por lo mismo se encuentra inmerso en relaciones de poder y los conflictos generacionales.

La Organización Mundial de la Salud sitúa los límites de la adolescencia entre las edades de 10 y 19 años y los de la juventud entre los 15 y los 24 años, periodo de transición considerado en la mayoría de las culturas, y cuyo inicio es la pubertad. En estas etapas de adolescencia y juventud, físicamente cambia el tamaño y la forma del cuerpo y se acentúan las diferencias entre hombres y mujeres, se establece la capacidad reproductiva y se modifica el comportamiento sexual y emocional.

En la evolución psicosocial y emocional de los jóvenes se ha descrito el llamado “Síndrome de la Adolescencia Normal” (Aberastury, 1985), integrado por una serie de características, que dependen de diferencias individuales y del ambiente cultural, presentes en mayor o menor grado durante esta etapa de la vida. Algunas de sus características son:

- Búsqueda de sí mismo y de la identidad.
- Tendencia grupal.
- Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso.
- Manifestaciones sexuales más abiertas que van desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital manifiesta.
- La actitud social reivindicatoria, con tendencias antisociales o antisociales de diversa intensidad.
- Contradicciones sucesivas en manifestaciones de la conducta.

- Relación conflictiva con los padres, oscilando entre comportamientos infantiles y la necesidad de separación de los mismos.
- Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

### **2.1.1 Quiénes son los jóvenes. Aproximación conceptual.**

Partiendo de los elementos anteriormente expresados, es claro que aunque existen elementos comunes desde lo legal, lo social y lo académico para nombrar a los jóvenes, hay múltiples conceptos divergentes que varían según el contexto, según el momento histórico y según la perspectiva y la mirada que se establezca sobre los mismos. En el espacio social de nuestro país, es innegable que la comprensión frente a la población juvenil se ha abierto de manera significativa en los últimos años, y que la producción teórica sobre éstos ha permitido la identificación de características de pensamiento, de pautas de acción, y de los modos de interacción de estos hombres y mujeres que se encuentran no sólo atravesando una edad cronológica, sino un proceso biológico y social con todo lo que ello implica.

En Colombia, las dos últimas décadas han mostrado el importante papel que juegan los jóvenes en los escenarios políticos, sociales y culturales, el cual se manifiesta a través de la participación activa en los escenarios barriales, en los movimientos políticos e inclusive armados, en la presión cultural y la significación que ganan como actores en los principales conflictos del país en los últimos años. En esa multiplicidad de perspectivas también se les ha caracterizado como apáticos y desentendidos frente a las circunstancias sociales, como protagonistas de revoluciones culturales y sociales (iniciadores de nuevas modas y de movimientos sociales revolucionarios); como víctimas y victimarios en los conflictos sociales (sicarios y víctimas en las guerras del narcotráfico y la guerrilla

contra el Estado); como gestores de cambios constitucionales (el movimiento juvenil de la séptima papeleta), y otros muchos fenómenos contemporáneos que se transforman de manera permanente.

Frente a las anteriores concepciones, los programas culturales y educativos que se están desarrollando en la zona de Urabá, Municipio de Apartadó (encuentros deportivos municipales e intermunicipales, adecuación de los planes curriculares en las instituciones educativas, encuentros culturales entre otros) se forja la construcción hacia una mirada sobre la juventud que pretende ser más integral y que se abre a la multiplicidad de realidades y de contextos socioculturales. La juventud se piensa desde esta perspectiva, como el momento de construcción de una identidad del sujeto, que se forma en una cierta realidad sociocultural objetiva y que transcurre en el barrio o la vereda, en la esquina o en la cancha, en los recreos y descansos, en los salones de clase, en torno a unas cervezas y/o en los grupos juveniles.

### **2.1.2 Los jóvenes en Colombia y en Antioquia. Una breve caracterización.**

Partiendo de la diversidad de culturas en nuestro país y según lo expuesto frente al concepto de joven y teniendo en cuenta lo encontrado en múltiples fuentes de información, presentaremos una mirada básica a la realidad de los jóvenes colombianos.

En Colombia el 53% de la población tiene menos de 25 años, eso quiere decir 23'320.000 de habitantes. 11'000.000 de estos están entre los 14 y 25 años, de los cuales casi 9'000.000 están por debajo de la línea de pobreza. De estos colombianos y colombianas, que representan el 25% de la población total y que deberían estar en el sistema educativo o en actividades que les permitan desarrollar una vida digna, un alto porcentaje se encuentra en condiciones críticas como lo demuestran las cifras oficiales del programa presidencial Colombia Joven

que indica que el 30% de los jóvenes trabajadores se encuentran desempleados y de los ocupados (4'000.000 aprox.) el 27% esta subempleado. Lo anterior refleja la situación de exclusión en la que se encuentran la mayoría de los jóvenes en Colombia debido a la incapacidad del Estado que no garantiza el acceso a la educación y además tampoco brinda a los jóvenes unas condiciones laborales dignas, convirtiéndolos en mano de obra barata y resignándolos a un esquema de sobre vivencia que los mantiene en condiciones de extrema exclusión, esta última entendida como un fenómeno multidimensional que expresa la situación de la sociedad fragmentada, caracterizada por la negación o inobservancia de los derechos sociales, económicos y culturales de un conjunto de la población.

Como resultado del proceso de exclusión sobresale la inhabilidad e incapacidad de los jóvenes para participar protagónica y activamente en las instituciones sociales, y en actividades económicas sin dejar de lado otros escenarios importantes para la formación integral de los jóvenes, tales como la cultura, la recreación y el deporte, ámbitos abandonados por la acción estatal convirtiéndolos en espacios de difícil acceso y de escasas oportunidades para su desarrollo. Podría decirse que, a pesar de las grandes diferencias individuales y colectivas que puedan tener los jóvenes colombianos entre si, hay un elemento que influye en la mayoría y determina muchas de sus conductas, es el fenómeno de la exclusión, que incide indistintamente en los jóvenes colombianos y los induce a un escenario de expropiación de la idea del futuro

No siendo ajenos a la realidad de los jóvenes colombianos, en el municipio de Apartadó se refleja la problemática social de manera particular, identificado esto en el ingreso de jóvenes a los grupos del conflicto armado, la alta deserción escolar, la baja participación en los estudios técnicos o universitarios, el aumento del subempleo relacionado con inestabilidad laboral, el alto numero de madres solteras, la ubicación geográfica y el difícil acceso a los servicios de salud, entre otros.

Sin embargo en la actualidad se han abierto oportunidades de estudio para los jóvenes de la región de Urabá y de Apartadó con la llegada de sedes universitarias (Universidad de Antioquia, Universidad Cooperativa de Colombia, Universidad Remington, Universidad de Córdoba, Universidad Nacional a Distancia, Fundación Universitaria Luis Amigó, Instituto Politécnico Colombiano Jaime Isaza Cadavid, Ecosesa, SENA y Universidad CES, entre otras) que ofrecen programas en educación media y superior con facilidades económicas y horarios que permiten laborar y estudiar para garantizar el sustento diario.

Dando una mirada a datos relacionados con el nivel educativo y la distribución de la población entre el área urbana y rural en el municipio de Apartadó para tener como referente frente a los posibles hallazgos de nuestro trabajo (datos del 2000 y 2005), se encuentra que hay una tasa de escolaridad baja en promedio, que desciende a medida en que va ascendiendo el nivel educativo. Mantenerse en el proceso de formación escolar es bien complejo en todo el territorio nacional, y Urabá no es la excepción. Según las estadísticas del censo de 2005 la tasa de analfabetismo es mayor en el área rural que la urbana, aunque en ambas sigue siendo alta. Este puede identificarse como un elemento social que puede incidir en la no adherencia a los programas de planificación.

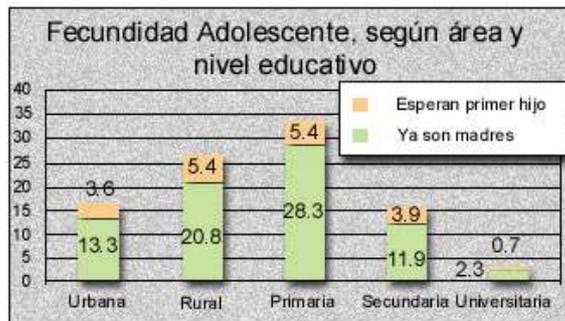
Según los datos estadísticos encontrados el mayor porcentaje de la población de Apartadó pertenece al régimen contributivo, y el mayor número de embarazos se presenta en jóvenes. Estos elementos asociados al alto grado de analfabetismo dan pistas para seguir identificando factores que pueden estar a la base de la adherencia a los programas de planificación familiar, y seguir planteando que es importante crear estrategias de culturización y proyectos educativos para esta población.

Al iniciar el siglo XXI, Colombia se encuentra conformada por una población joven, en la cual los menores de 25 años representan el 50% en el área urbana, y

el 53.4% en el área rural. Esta diferencia tiende a decrecer lentamente, pero en general se estima que se mantendrá por lo menos dos décadas más (PROFAMILIA, 2000), lo que indica que en el área rural del país habitan más de dos millones de jóvenes en edades entre 12 y 16 años, con índices de pobreza críticos y en condiciones de desigualdad frente a los jóvenes del área urbana, principalmente en aspectos tales como los índices de empleo, remuneración y acceso a los servicios sociales de calidad, entre otros.

En cuanto al conocimiento de los métodos anticonceptivos según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000, cerca de dos terceras partes de las mujeres de 25 a 29 años (62,7%) utilizaba métodos de planificación, porcentaje que es mucho menor en las adolescentes de 15 a 19 años (17,3%) y contrasta con un inicio de la actividad sexual cada vez más temprano. De las mujeres que utilizaban métodos de planificación, aproximadamente un 25,4% usaban métodos tradicionales y folclóricos (los baños de asiento, el orinar después de la relación sexual, el coito interrumpido) porcentaje que llegó al 5,2% en las adolescentes de 15 a 19 años, lo que señala la falta de conocimiento sobre métodos modernos y más seguros de planificación y plantea retos importantes para las políticas públicas sobre el tema.

Esto se corrobora con el alto porcentaje de jóvenes que ya han sido madres: el 15% de las adolescentes (de 15 a 19 años) ya han sido madres y el 4% están embarazadas en su primer hijo, para un total de 19% que han estado embarazadas o ya han tenido partos; en comparación con el 10% en el año 1990. Una de cada cinco de las adolescentes de 17 años ha estado embarazada y una de cada tres de las jóvenes de 19 años (PROFAMILIA 2000).



Nota: Adoptado de: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (PROFAMILIA, 2000 - Pag. 48)

Entre las mujeres de 15 a 19 años de edad que están casadas o en unión libre, el uso de métodos anticonceptivos fue de 57%, cifra igual a la del año 2000. Entre las mujeres del mismo grupo de edad que no están casadas o en unión libre, pero que tienen vida sexual activa, el uso de métodos disminuyó del 81% en el 2000 a 79% en el 2005.

A pesar de que en Colombia hay conocimiento por parte de los y las jóvenes y de la población en general de los métodos anticonceptivos, se sigue observando con preocupación el estancamiento en el uso de métodos de planificación familiar o su ligero retroceso.

En ciertos grupos se debe probablemente a que el Sistema de Seguridad Social en Salud del país no está cumpliendo con su obligación de ofrecer información y servicios de planificación familiar a sus afiliados, especialmente en el caso de los métodos reversibles, aunque dentro del estamento gubernamental en las políticas de ampliación del número de anticonceptivos cubiertos por el Plan Obligatorio en Salud (POS) falta la divulgación de estos.

### **2.1.3 La sub-región de Urabá y el municipio de Apartadó: particularidades, características y contexto para los jóvenes de la zona.**

Apartadó se encuentra ubicado en la zona noroeste del Departamento de Antioquia en las coordenadas 7°52' 40" de latitud norte y 76° 37' 44" de longitud oeste y hace parte del denominado Urabá Antioqueño con los municipios de Arboletes, Turbo, Necoclí, San Juan de Urabá, San Pedro de Urabá, Chigorodó, Carepa, Mutatá, Vigía del Fuerte y Murindó. Al mismo tiempo, forma parte del eje bananero con los municipios de Chigorodó, Turbo y Carepa.

Apartadó conocido en el idioma Katío como el "Río de los Plátanos" fue erigido municipio en 1968; en esta época la industria bananera desarrollada desde 1962, se constituyó en el principal componente para la activación económica del municipio, convirtiéndose en polo de desarrollo industrial y comercial y centro de gravedad de la región de Urabá. Tiene lugar un crecimiento acelerado de la población, especialmente de carácter flotante y se convierte rápidamente en un centro receptor del flujo migratorio, confiriéndole una nueva característica: la de ser un municipio donde no existe arraigo ni sentido de pertenencia. Esto se evidencia en la falta de símbolos de tipo arquitectónico y cultural.

Los límites municipales de Apartadó son: por el norte con el Municipio de Turbo, por el oriente con el Departamento de Córdoba, por el sur y occidente con el Municipio de Carepa. La altitud de la cabecera es de 25 msnm, el área total del municipio es de 600 Km<sup>2</sup> de los cuales 5,65 km<sup>2</sup> pertenecen al área urbana, la temperatura promedio es de 28°C y la distancia a Medellín de 344 Km. Apartadó cuenta con cuatro corregimientos, El Reposo, San José de Apartadó, Vijagual y Puerto Girón, además con 48 veredas.

Apartadó es el principal centro poblado de Urabá y alberga como población flotante la de mayores recursos económicos, pues llegan hasta allí los

trabajadores de las grandes empresas productoras, así como las de apoyo a la producción. Al mismo tiempo se constituye en el mayor centro de prestación de servicios institucionales y financieros de la zona centro de Urabá, al contar con centros de salud como San José de Apartadó, Centro de Salud López, Centro de Salud Plazas Niño, de educación superior con instituciones como la Universidad de Antioquia, la Universidad Cooperativa de Colombia, la Universidad Remington, la Universidad de Córdoba, la Universidad Nacional a Distancia, la FUNLAM, el Instituto Politécnico, ECOSESA, el SENA y el CES, y financieros como Banco de Bogotá, Bancolombia, Colmena, BBVA, Coomeva Cooperativa, Confiar y Fodelsa, entre otros.

El equipamiento del sector salud consta de laboratorios clínicos, centro radiológico y centros de salud, la escuela de enfermería, un hospital de 2° nivel (Antonio Roldán Betancur) que cubre toda la región de Urabá y uno de primer nivel (Edgar Mauricio Plazas Niño), varias E.P.S, A.R.S, y la IPS Salud Darién, entre otros.

La cabecera municipal se vincula de manera directa con el corregimiento El Reposo, favorecida por su ubicación sobre la vía troncal Medellín – Turbo. Este se constituye en el flujo principal y paso obligado de la población que trabaja en las bananeras. La relación con el corregimiento de Zungo es estrecha debido a la presencia del embarcadero donde labora gran cantidad de habitantes del municipio.

En la actualidad el municipio alberga una población de 96.380 habitantes de los cuales 79.665 (83%) están localizados en la cabecera municipal y 16.715 (17%) en el área rural. Se encuentran distribuidos en 42 barrios, 4 corregimientos y 54 veredas. Con un índice de urbanización del 82.65%, Apartadó tiene distribuida la población urbana en cuatro comunas.

- La comuna N° 1 (Bernardo Jaramillo Ossa), situada en el noreste de la cabecera, tiene un área de 145.6 hectáreas (21.85% del área urbana) y el 33.55 % de la población.
- La comuna N° 2 (Ocho de Febrero), situada al norte, incorpora el 24.17% de población en una extensión de 107 hectáreas equivalente al 20.73% de la cabecera.
- La comuna N° 3 (Pueblo Nuevo), situada en el sur, es la más pequeña en extensión con 85.6 hectáreas (17% de la cabecera) y alberga el 18.58% del total de población.
- La comuna N° 4 (José Joaquín Vélez), alberga el 23.6% de la población en un área de 176.10 hectáreas correspondientes al 34.11% de la cabecera y es la más extensa de la localidad.

Para 1999 las mujeres representan el 51% del total de la población y los hombres el 49%. Como centro económico regional concentra, de manera significativa, población en edad de trabajar y población trabajadora. El 56% de la población se encuentra en edad de trabajar con edades entre 15 y 64 años.

Aproximadamente el 55% de la población está compuesta por jóvenes y niños. Para 1995 la población entre 0 y 14 años representaba el 44% del total. Esta situación plantea la necesidad de una alta inversión social especialmente en educación y formación del capital humano, la cual es importante relacionar con la capacidad contributiva de los agentes económicos por la utilización y valorización del capital en el territorio.

La población mayor de 65 años sólo alcanza el 2% en contraste con ciudades como Medellín y los municipios del Valle de Aburrá, donde los ancianos

representan entre el 5 y el 6% del total de su población. Si bien la esperanza de vida está calculada en 70 años, las bajas condiciones económicas, la migración y los altos índices de violencia en los últimos años hacen poco probable alcanzar esta edad. Para 1999 solo se cuantifican 1.496 personas mayores de 70 años.

Podrían identificarse algunas situaciones, como fenómenos problemáticos del municipio de Apartadó, que permiten una comprensión amplia de la vivencia de sus pobladores, y que podrían tener implicación directa en las creencias y prácticas en salud sexual y reproductiva en los jóvenes del municipio:

- Concentración poblacional urbana, con fuertes procesos de inmigración poblacional a la región, y movilidad poblacional campo cabecera, desplazamientos campesinos ocasionados por la confrontación armada librada en la zona rural y en regiones aledañas, y cierre de campamentos en las fincas bananeras.
- Bajos niveles de calidad de vida, con ilegalidad y subnormalidad urbana asociada fundamentalmente a las invasiones, déficit cuantitativos y cualitativos de vivienda, creciente demanda por la prestación de servicios públicos y equipamientos colectivos y población asentada en zonas de riesgo.
- Bajos niveles de desarrollo del capital humano, con alto grado de analfabetismo y desescolarización, deficiente distribución de la infraestructura básica para la educación, descontextualización de los programas educativos y de capacitación, altos niveles de desnutrición infantil asociados a la inseguridad alimentaria, malas condiciones de saneamiento básico con repercusión en los perfiles de salud, altas tasas de morbilidad asociadas a problemas de saneamiento básico, dependencia del desarrollo científico y tecnológico de otros centros regionales, y subutilización del capital humano por desempleo y subempleo.

Es importante señalar que en buena medida los fenómenos enumerados presentan una continuidad regional y son comunes a los distintos municipios de la subregión Centro de Urabá aunque con algunas particularidades locales y magnitudes diferentes. Además de los problemas enunciados el escenario sociocultural municipal presenta algunas potencialidades a tener en cuenta para su desarrollo territorial futuro y para el mismo proceso de planificación.

Ampliando la descripción del municipio de Apartadó, se encuentra que en el área de la salud, el deterioro de dicha situación, que limita el desarrollo humano integral de la población, se evidencia en la información de mortalidad y morbilidad del año 2003, con unos altos índices por causas evitables como se aprecia en las siguientes tasas: mortalidad materna 0.71 por 100.000 nacidos vivos que corresponden a 3 defunciones; mortalidad infantil de 90 por 1000 nacidos vivos (90 muertes en menores de un año); y mortalidad peri natal: 24.3 muertes por cada 1000 nacidos vivos, que corresponde a 102 defunciones. Lo anterior ligado a la persistencia de riesgo a enfermedades infecciosas evitables según incidencia, con: Tuberculosis pulmonar: 0.53 para un total de 52 enfermos; VIH/SIDA: 0.04 para un total de 8 casos, y Sífilis congénita: 0.27 por 1000 nacidos vivos y 27 casos, muestra un panorama preocupante. Es en este contexto en el cual los jóvenes desarrollan su proceso vital.

## **2.2. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.**

Dentro del desarrollo del ser humano como parte de una sociedad y una cultura, la salud sexual y reproductiva hace parte de la realidad cotidiana y se convierte en un elemento fundamental que ha de abordarse de manera amplia y comprometida. Tratándose del elemento central de la investigación que se presenta, se profundizará en algunos de los puntos básicos para ampliar la comprensión de este fenómeno y continuar con el esclarecimiento de los factores psicosociales

que están a la base de la no adherencia a los programas de planificación familiar de la IPS Salud Darién.

### **2.2.1 Conceptualización de los términos: salud, salud sexual, salud reproductiva.**

La Salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y/o enfermedades. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional y/o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social).

Por Salud sexual se entiende la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos que no incluye como elemento indispensable la procreación, porque en esencia, la sexualidad es una oportunidad para desarrollar los valores de amor, comunicación responsabilidad y equidad de género. Desde otro punto de vista el proceso biológico de la preservación de la especie implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, aceptables y asequibles, la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la integridad y la salud, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la morbi mortalidad del binomio madre-hijo y su grupo familiar, teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.

Las entidades gubernamentales a través de la declaración de los derechos sexuales y reproductivos buscan garantizar la libertad de los seres humanos y como finalidad, que las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción, por lo tanto el ser humano tiene derecho a:

- Decidir cuántos hijos va a tener.
- Decidir el espaciamiento de los hijos.
- Controlar su comportamiento sexual según su propia forma de ser, sentir y pensar sin tener miedo o vergüenza.
- Estar libre de enfermedades y deficiencias que interfieran con sus funciones sexuales y reproductivas.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos declarados por el Estado se enmarcan en el Derecho a la vida. Este derecho lo tienen por igual hombres y mujeres, pero en materia de derechos sexuales y reproductivos, se relaciona particularmente con el derecho de las mujeres a no morir por causas evitables relacionadas con el embarazo o el parto.

Esto implica que la mujer tiene derecho a no poner en riesgo o peligro su vida por razones de embarazo, la vida de una mujer corre peligro por un aborto realizado en condiciones inseguras (por personal no capacitado o en un lugar inadecuado), cuando queda embarazada antes de los 16 años o después de los 35 años, cuando los embarazos son muy numerosos (más de 5 o hasta 3 cesáreas) o demasiado seguidos (1 por año), si no se crean estrategias de educación, control, prevención y seguimiento que permitan a las usuarias tomar decisiones responsables y conscientes continuará en aumento el número de hijos no deseados, embarazos en adolescentes y de alto riesgo obstétrico.

### **2.2.2 La Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Aproximación a sus características y al contexto normativo y legal.**

En Colombia no se cuenta con una política sexual y reproductiva integral, lo cual requiere la intervención urgente del Estado con una política nacional en salud sexual y reproductiva que obligue a todos los entes territoriales a incluirlos en el plan de salud territorial, estrategias que permitan el cumplimiento de las metas establecidas a nivel nacional para lograr modificar los indicadores que siguen siendo muy preocupantes. Los factores que con más frecuencia inciden sobre la salud sexual reproductiva son el bajo nivel de escolaridad, la situación de pobreza, la ubicación en zonas rurales o urbanas marginales, la situación de desplazamiento, la residencia en zonas de conflicto, las limitaciones de la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los comportamientos de riesgo y el inicio temprano de relaciones sexuales.

En la actualidad se ha observado que las estrategias educativas no han cumplido los objetivos, ya que el hecho de brindar educación e información sobre planificación y salud sexual no muestra cambios en los estilos de comportamiento de la población por lo que se requieren mecanismos capaces de lograr la adquisición y el desarrollo de las competencias necesarias para mejorar la salud sexual y reproductiva de manera que tengan sentido para las personas individualmente y en términos de convivencia social.

En las entidades prestadoras de servicios de salud por normatividad las actividades de programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud están enmarcados en indicadores de cumplimiento en metas según la población adscrita, sin embargo es evidente la ausencia de mecanismos eficientes de control y sanción en los casos en que se omite su aplicación; por otra parte no hay compromiso en los entes educativos frente a la responsabilidad de

impartir educación en salud sexual con el personal idóneo y el enfoque adecuado a las necesidades de los jóvenes en su ciclo vital.

La política Nacional también retoma diversos antecedentes jurídicos y políticos, nacionales e internacionales, que respaldan la propuesta estratégica incluida, entre los que se destacan: las conferencias mundiales convocadas por la Organización de Naciones Unidas, particularmente la de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), y la Constitución Nacional y sus desarrollos, entre otros. El planteamiento básico es que los derechos sexuales reproductivos son parte de los derechos humanos y, por lo tanto, deben trabajarse desde esta perspectiva, al igual que desde la perspectiva que reconoce que la salud es un servicio público.

### **2.2.3 La Anticoncepción: características y utilización en el contexto nacional y regional**

En Colombia existe un conocimiento universal, por lo menos básico o elemental de al menos un método anticonceptivo. Entre las mujeres en unión libre de 15 a 19 años el uso de métodos anticonceptivos es de 57% (PROFAMILIA 2000). La principal fuente de información respecto a métodos anticonceptivos son los profesores (32%), tanto para hombres como para mujeres; en segundo lugar acuden a los amigos (19%); sin embargo, en el caso de las mujeres es más importante la madre, frente a las instituciones de salud y otras fuentes especializadas (5%).

Los prejuicios alrededor de las relaciones sexo/coitales, especialmente si éstas son antes o fuera de una unión permanente, hacen difícil que existan acuerdos en relación con un método anticonceptivo como protección, más aún cuando la mayor parte de estas relaciones no han sido planeadas. Generalmente, los hombres asumen que las jóvenes se protegen y tienen temores que les impide abordar el

tema, o acudir a una orientación en este campo. Es por esto que muy pocos jóvenes utilizan un método anticonceptivo en su primera relación sexual (10% mujeres, 9.4% hombres); en muchos de ellos existe la creencia que en una primera relación no existe el riesgo de embarazo.

Entre los 15 y 19 años de edad el método anticonceptivo preferido es la píldora, seguido del preservativo el retiro -coitus interruptus-, el ritmo, las inyecciones y el DIU. De todas las mujeres entre 15 y 19 años, el 17.3% usa algún método, 12.1% utilizan métodos modernos y el restante 5.2% recurren a métodos tradicionales o folklóricos. Entre las jóvenes de 15 a 19 años el 59% inicia el uso de métodos anticonceptivos sin haber tenido hijos (PROFAMILIA 2000).

Menos del 45% de las mujeres consideradas en el estudio de PROFAMILIA (2000) conocen el momento de mayor riesgo de quedar embarazada, lo que indica que todavía existen brechas en la Educación Sexual de los Jóvenes en Colombia.

En la actualidad el consejo Nacional de seguridad Social en Salud aprobó nuevos métodos anticonceptivos lo que mejora aún más el portafolio de métodos disponibles para la planificación familiar entre ellos, la inyección mensual, el implante, píldoras de baja dosis y la entrega de condones para la población que está en riesgo; queda pendiente masificar la información para que la población pueda exigir el cumplimiento de sus derechos.

#### **2.2.4 Los jóvenes de Urabá, la anticoncepción y el embarazo a temprana edad. Un marco para la comprensión de la problemática en la región.**

Las costumbres del municipio están reflejadas en la idiosincrasia de su gente que fueron traídas por los diferentes grupos colonizadores a Urabá y con ello entrelazaron las costumbres paisas, chocoanas, cordobesas, costeñas e indígenas y de ahí sus múltiples creencias, hábitos y costumbres culturales.

La tasa de fecundidad para el departamento de Antioquia fue de 59, estando la subregión del Urabá en tercer lugar por presentar los indicadores de más alta fecundidad con una tasa de 92,4, siendo para el municipio de Apartadó de 79,2.

Dicha tasa de Fecundidad tan alta se puede deber al alto índice de desescolarización, desplazamientos, pobreza, y creencias culturales, ya que las mujeres creen que al llegar a la edad adulta mayores de 18 años, ya deben iniciar la procreación y las comunidades indígenas por su afán de perpetuar el linaje inician a muy temprana edad la procreación y no practican la planificación familiar.

Los sistemas de información en el ente territorial aún están en desarrollo, por lo cual las estadísticas o fuentes de información no son muy precisas y no reflejan la realidad que se vive en la zona. De allí la importancia de realizar esta investigación como aporte al desarrollo de la comunidad.

### **2.3 PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.**

Partiendo del concepto de salud no sólo como el estado de no enfermedad, sino como un estado de bienestar biopsicosocial, se hace necesario que las intervenciones en salud no sean solamente curativas bajo la sapiencia de un diagnóstico médico, sino que se puedan realizar intervenciones que le permitan al individuo prevenir la enfermedad con estilos de vida saludables y que le favorezca la interacción en la sociedad bajo el concepto de la promoción de la salud que pueda modificar costumbres y exaltar las características culturales del entorno en el que vive.

### **2.3.1 Conceptualización de los términos: prevención, promoción, factor de riesgo, factor de protección, factor psicosocial y educación en salud.**

En 1986, en desarrollo de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Canadá, se promulgó la Carta de Ottawa en la cual se caracterizó a la promoción de la salud como "*El proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma*". Enfatiza también la necesidad de emprender acciones tendientes a reducir las diferencias en el estado actual de la salud, asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su potencial.

Asimismo, en el desarrollo de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Santafé de Bogotá en 1992, se consideró como un desafío de la salud en América Latina el transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como el trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.

Sin duda, el concepto de promoción de la salud parte de una visión holística del proceso salud-enfermedad, de una visión no fundamentada sólo en aspectos patológicos, sino de la que concibe la salud y la enfermedad como parte de un ciclo vital humano. Durante mucho tiempo el modelo biologista influyó en la prestación de servicios de salud; su peso para entender y atender a la persona en sus procesos de enfermedad marcó indudablemente el saber de los trabajos en la salud en todos los niveles de atención. De la misma manera, la inversión en salud se dirigía hacia el tratamiento de la enfermedad.

Hoy impera el reto de fortalecer el actuar en salud con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; se propugna por una concepción de

salud, fundamentada en parámetros positivos. Los indicadores del nivel de vida, desarrollo social, económico, cultural, personal, entran a ser determinantes de las condiciones de los ciudadanos en un país determinado. Es el cambio de las estructuras hospitalarias como escenarios principales de la atención en salud, hacia otros escenarios, aquellos donde la gente vive e interactúa como son las calles, los barrios, las universidades, las escuelas, los parques, el comercio.

La prevención de la enfermedad es una estrategia de la Atención Primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud. Por lo anterior se dice que la prevención implica promover la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención. Analizar los conceptos básicos relativos a las *“Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”* (OMS)

Otro elemento importante dentro de esta conceptualización es el de factor de riesgo. Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción.

Los factores de riesgo psicosocial deben ser entendidos como toda condición que experimenta el hombre en cuanto se relaciona con su medio circundante y con la

sociedad que le rodea, por lo tanto no se constituye en un riesgo sino hasta el momento en que se convierte en algo nocivo para el bienestar del individuo o cuando desequilibran su relación con el entorno.

De otro lado los factores protectores se definen como aquellas características personales o elementos del ambiente, o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos sobre la salud y el bienestar. Enfocado el asunto desde esta perspectiva, los factores protectores al aumentar la tolerancia ante los efectos negativos disminuirían la vulnerabilidad y la probabilidad de enfermar o estar en situaciones de vulnerabilidad y riesgo. Así, en la valoración del nivel de vulnerabilidad, tendremos en consideración los siguientes factores, que de acuerdo a su dirección (positiva o negativa), conforman un perfil de seguridad o de riesgo, estos son:

- Estilo de vida saludable.
- Autoestima positiva adecuada.
- Sentimiento de control, expresado en un locus de control interno.
- Estilo de afrontamiento caracterizado por el uso de estrategias de afrontamiento constructivas, adecuadas a las demandas y a los contextos específicos.
- Red de contactos sociales que posibiliten la percepción de disponer de los apoyos necesarios en casos de dificultades.
- Adecuado nivel de fortaleza personal, expresado a través de características como el compromiso, el reto, el control y la expresión de un optimismo sano y realista.

- La tenencia de un sistema de valores y creencias que posibiliten afrontar con firmeza y tenacidad las dificultades de la vida.

Por supuesto que no tener todos estos factores, presentes en su máxima intensidad, no significa que el sujeto no tenga un perfil de seguridad, lo importante es la tendencia positiva con la cual se expresan estos factores, la expresión de una tendencia negativa configuraría un perfil de riesgo.

### **2.3.2 La prevención del embarazo adolescente y la promoción de comportamientos sexuales responsables. Estrategias implementadas en el contexto nacional y regional.**

Es importante mencionar que la información disponible con relación a la educación sexual no refleja los esfuerzos desarrollados por las regiones en esta área. En Colombia existe una serie de iniciativas vinculadas a la educación sexual, especialmente en el área formal. Muchos están trabajando en la inclusión de esta temática en el curriculum escolar, y ha sido reconocido como un eje clave en el proceso de reforma educativa.

Raramente estos programas de educación sexual abordan el papel de la familia, el de los maestros y el de las autoridades. Por otro lado, varios departamentos han realizado campañas de comunicación por medios masivos de gran envergadura que ayudan a equilibrar las deficiencias de la educación formal en este campo.

En esta área, como en otras donde la participación de la familia es fundamental, es notoria la ausencia de programas que permitan la incorporación de los padres en la educación para la sexualidad de sus hijos.

### **2.3.3 Factores de riesgo y factores de protección asociados a la vivencia de la sexualidad en los jóvenes.**

En el marco de una sociedad donde hay diversidad de culturas, valores éticos, morales, creencias religiosas (catolicismo y cristianismo) y la incursión de jóvenes en nuevos grupos sociales como los **Emos**, pandillas de diferente índole y la liberación en la orientación sexual, se generan un universo de factores de riesgo que intervienen en la toma de decisiones frente a una salud sexual y reproductiva de forma responsable.

- El deseo de experimentar cosas nuevas ya sea por iniciativa propia o por presión de los amigos o grupos sociales
- La baja autoestima presente en la población joven, la adherencia que han tenido nuevas formas de comportamiento como la llamada cultura EMO
- Falta de programas serios y sólidos de educación sexual desde la primaria con personal idóneo y capacitado.
- Los padres siguen viendo como un tabú la educación sexual con sus hijos.
- La aparición de nuevas adicciones como al Internet, donde los jóvenes son vulnerados con información altamente pornográfica que distorsiona la realidad sexual.
- La adicción a las drogas u otro tipo de sustancias psicoactivas que lleva a comportamientos sexuales peligrosos.
- La discriminación todavía presente en algunas culturas hacia la mujer (machismo).

Una reacción frente a la problemática antes descrita ha permitido que la sociedad busque y fortalezca actitudes positivas que permitan a los jóvenes afrontar con madurez la sexualidad. A partir de allí se han identificado factores de protección que ayudan a pensar en alternativas de abordaje de la sexualidad en los jóvenes, y que los responsabilizan frente a ello. Algunos de ellos son:

- Las campañas que se hacen por los diferentes medios de comunicación como prensa, televisión, internet sobre la importancia de la sexualidad, segura planificación familiar, como acceder a los programas, los diferentes métodos de anticoncepción existentes.
- El interés gubernamental por ofrecer en los programas educativos cátedras de educación sexual en los colegios.
- Los nuevos proyectos educativos para la clase social vulnerable, con proyección laboral a través de creación de microempresas, grupos organizados que permite que la población joven tenga esperanzas en un proyecto de vida mejor.
- Las campañas municipales y departamentales de jóvenes con el objeto de aumentar en ellos el autoestima, los valores, sus creencias y forjarse proyectos de vida
- El plan obligatorio de salud de los regimenes contributivo y subsidiado con sus programas gratuitos de planificación familiar para la población, donde se incluyen consultas, consejerías, métodos anticonceptivos.
- La ampliación que hizo el CNSSS del número de métodos de anticoncepción disponibles para las mujeres que asisten a los programas de planificación

familiar. (tres métodos: anticonceptivo hormonal inyectable mensual, el implante sub-dérmico y tabletas en micro dosis)

- Las fuertes campañas municipales para evitar la des escolarización e incentivar la escolarización con subsidios de transporte, los comedores escolares, matriculas gratuitas en zonas pobres y vulnerables, la capacitación técnica después de terminar estudios secundarios.

#### **2.4 EDUCACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON LOS JÓVENES DE LA SUBREGIÓN DE URABÁ.**

La Dirección Local de Salud - área de salud pública - ha brindado a los apartadoseños diferentes servicios de salud a través de componentes como Salud sexual y reproductiva, promoción de estilos de vida saludables, salud mental y reducción de consumo de sustancias psicoactivas y prevención de enfermedades

En el 2006 se realizaron esfuerzos importantes para mantener las coberturas de vacunación por encima del 80% para todos los biológicos, dando como resultado una población beneficiaria de 2.612 menores de un año, 2.462 mayores de un año 1.500 gestantes y 32.119 mujeres no gestantes.

El componente de Salud Sexual y Reproductiva fue desarrollado por la Dirección Local de Salud y la IPS privada CORPOHUMANO, realizando acciones conjuntas con los Jóvenes del municipio (2 Integraciones, 25 talleres por pares, 2 Ciclo rutas de Sexualidad, 15 carruseles lúdicos); Capacitación en Deberes y Derechos en Salud Sexual y Reproductiva; realización de la semana de prevención de VIH SIDA conjuntamente con la ONG Opción Legal; Se realizaron concursos de cuentos y pintura, temática de Derechos de Salud Sexual y Reproductiva; actividades con gestantes. Además, se ejecutó el proyecto “Promoción de Derechos y Redes Constructoras de Paz”, que apoyó 14 ideas productivas de

jóvenes emprendedores y EXPOSEXUALIDAD, con la participación de Estudiantes y padres de Familia. Participación de 400 personas.

#### **2.4.1 Estrategias de educación en salud. Un panorama con múltiples ofertas**

Para elaborar y realizar un programa de Educación Sexual se deben tener en cuenta:

- a. Identificar problemas y necesidades: se puede partir de encuestas, datos del censo, investigaciones previas y bibliografía.
- b. Establecer prioridades: se recomienda considerar las características culturales y sociales de los participantes.
- c. Definir los objetivos generales y específicos: la concreción de lo que pretendemos conseguir nos puede ser útil para guiar la intervención y esclarecer las formas de intervención.
- d. Identificar los recursos disponibles: tener en cuenta el acceso a materiales informativos como películas, videos, folletos, carteles, libros y revistas.
- e. Actualizar la formación de los/as profesores/as en Educación Sexual: es un aspecto muy importante, por la cantidad de mitos y falacias relacionados a la sexualidad, es adecuado que la formación se fundamente en datos veraces libres de prejuicios.
- f. Diseñar las actividades, seleccionar los contenidos y el sistema de evaluación: plantear las actividades según el nivel educativo y evolutivo de las personas a las que se dirige. Además, es oportuno valorar las repercusiones en su familia, grupos de amigos, compañeros y escuela. Hacer corresponder los objetivos, actividades, recursos y evaluación.

- g. Elaborar el cronograma de actividades: favorecer que las actividades coincidan con otras áreas de interés en distintas asignaturas.
- h. Divulgar el programa en la institución: dar a conocer el programa al resto de profesores aunque no participen en él.
- i. Realizar las intervenciones: tomar nota de las observaciones que realizamos durante la aplicación del programa, pues ello nos permite ajustar las intervenciones previstas y enriquecer la evaluación.
- j. Evaluación final: evaluar la estructura del programa, el proceso y los resultados.
- k. Valoración, modificación y diseño de nuevas intervenciones

En la región de Urabá y en el municipio de Apartadó, se han ido construyendo proyectos frente a la problemática de salud sexual y reproductiva. Estos se han basado en unos principios importantes que sustentan esta apuesta municipal y que listamos a continuación:

- Mover la voluntad política en la Administración Municipal, para que se asuma la educación sexual como parte del Plan de Desarrollo y se dé cumplimiento a la normatividad vigente en las instituciones públicas y privadas.
- Fortalecer la Coordinación Interinstitucional, a través del Comité, como espacio permanente de asesoría técnico - científica y de dirección y control. Constituir la Red Municipal de Educación Sexual, para impulsar encuentros de saberes e igualmente para manejar la parte operativa del proyecto

- Difundir y posicionar el Proyecto a través de los medios masivos de comunicación, formales y alternativos; para que la población asuma la educación sexual como un derecho y una oportunidad.
- Desarrollar el talento humano, garantizando los procesos de sensibilización y capacitación a docentes y funcionarios de salud. Fomentar intencionalmente el trabajo en equipo interdisciplinario en las comunas.
- Diseñar y desarrollar investigaciones locales. Entre otros, el estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sexuales CAP's, aplicado a la población con la participación de la Red y la comunidad en general.
- Reorientar los servicios en salud para que mejoren su atención; con énfasis en la equidad de género, de acuerdo con lo estipulado en la reforma del Sistema de Seguridad Social.
- Gestionar la financiación de fuentes locales, regionales, nacionales e internacionales que garanticen la ejecución continuada de los proyectos.

#### **2.4.2 Educar en Salud Sexual y Reproductiva: la inclusión de los jóvenes.**

Se propone un cambio de perspectiva en la educación sexual y reproductiva, a partir de un enfoque centrado en los/as jóvenes sanos/as, sus derechos, capacidades y necesidades básicas de aprendizaje para el auto cuidado de su salud. Desde esta perspectiva se considera que en la salud intervienen no sólo las acciones de cuidado que realizan los servicios de salud, sino también y en igual medida, las acciones de auto cuidado/cuidado mutuo que realizan los/as jóvenes, a partir de las informaciones y apoyo que obtienen de su red social y que resultan fundamentales a la hora de tomar decisiones respecto de su propia salud y la de los demás.

Este enfoque reivindica las acciones de auto-ayuda y auto cuidado, como un auténtico cambio propiciando intervenciones de donde sea posible el empoderamiento y fortalecimiento de la autonomía de los/as jóvenes. Traslada el énfasis al protagonismo de los/as jóvenes en el desarrollo de su propio bienestar; en la influencia de los factores culturales, contextuales y personales; vinculando la calidad de vida con los aprendizajes que facilitan el auto cuidado en términos de competencias para la vida, para el establecimiento de relaciones humanizadas y la participación.

#### **2.4.3 Hacia una propuesta educativa en Salud Sexual y Reproductiva con los jóvenes de la subregión de Urabá.**

Las estrategias para la creación de una propuesta educativa en salud sexual y reproductiva y la puesta en marcha de la misma se construyen a través de un proceso colectivo, en el cual participan tanto los jóvenes como otros grupos sociales e instituciones públicas y privadas que tienen que ver con el bienestar y desarrollo de este grupo poblacional.

Los canales y modalidades de esta participación no se pueden improvisar ni crear aceleradamente, pues los procesos participativos requieren tiempo y maduración; se debe formular su seguimiento, evaluación y control de forma periódica para garantizar en un largo plazo el cumplimiento de los objetivos propuestos por el ente territorial.

Partiendo de brindar una capacitación previa a quienes imparten la educación sobre salud sexual, métodos y como acceder a ellos se busca cubrir las necesidades educativas de la población juvenil y asociado esto al cumplimiento de las políticas establecidas por el ente territorial. Esta misión se enmarca en:

**a. Intervenciones de los servicios de salud amigos de los/as jóvenes Tipo de intervenciones ¿Cómo lograrlas?**

Educación para la salud Incorporando la evaluación y apoyo a los aprendizajes para el auto cuidado/ cuidado mutuo de la salud a su práctica cotidiana, en vistas al mejoramiento de la calidad de vida, al desarrollo y a la adopción de estilos de vida saludables, garantizando una salud integral, con énfasis en salud sexual y reproductiva, actividades de prevención clínica que garanticen un control integral en salud y atención de la demanda en salud sexual y reproductiva para varones y mujeres, aún aquellos/as en circunstancias especiales, como jóvenes con enfermedades crónicas, chicos de la calle, entre otros. Abriendo las puertas al placer, la alegría de vivir, a amar, a la construcción de parejas.

**b. Atención de patologías transmisibles locales con Protocolos adaptados localmente.**

Atención de la emergencia Articulados con una red de salud que garantice la prevención y asistencia de lesiones por causas externas, la emergencia y referencia en salud sexual y reproductiva de varones y mujeres Incluyendo la suplementación alimentaría y disponibilidad de anticonceptivos.

**c. Promoción de la planificación familiar mediante estrategias.**

Los hombres y las mujeres en edad fértil se apropien de sus deberes y derechos en cuanto a los servicios de planificación familiar en el contexto de la inducción de la demanda temprana de dichos servicios. En especial se busca que en este tema se realicen acciones específicamente dirigidas a los y las jóvenes con factores de vulnerabilidad y que se centren en el auto cuidado en términos de controlar el número de hijos/as y el esparcimiento entre ellos.

Los hombres conozcan los métodos de planificación familiar específicamente diseñados para ellos y desarrollen actitudes y prácticas de auto cuidado en este sentido, es prioritario trabajar sobre los mitos culturales en torno a la planificación familiar, detectados mediante encuestas de comportamiento, que impiden el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

Se fomente la doble protección entre hombres y mujeres en edad fértil, con especial énfasis en los jóvenes y en los hombres y mujeres con factores de vulnerabilidad.

Se promueva, en la población masculina, la anticoncepción con métodos de barrera, entendida como una responsabilidad individual que no solo se circunscribe a la mujer.

Se promueva la participación del hombre en las decisiones relacionadas con la planificación familiar en el contexto del respeto por las decisiones que cada uno de los miembros de la pareja tome en este sentido.

#### **d. Fortalecimiento de la participación**

En este campo se deben priorizar las siguientes acciones, las cuales deben centrarse en las organizaciones de participación social y comunitaria:

Posicionar el tema de planificación familiar en asociaciones y ligas de mujeres para que demanden planes, programas, proyectos, servicios y métodos eficaces y eficientes de planificación familiar que tengan en cuenta las diferentes características de los grupos poblacionales vulnerables.

Empoderar a las mujeres para que tomen parte activa en las decisiones sobre los métodos de planificación familiar en la consejería que se brinda en servicios de salud.

|

### **3. HIPOTESIS**

La poca adherencia a los programas de planificación familiar se relaciona con diversos factores de riesgo psicosociales de la comunidad de Apartadó.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores psico-sociales que se relacionan con la adherencia o no al programa de planificación familiar de los usuarios jóvenes, hombres y mujeres entre 14 y 26 años de edad en SALUD DARIEN IPS S.A.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

4.2.1. Describir las variables sociodemográficas de la población objeto de estudio e identificar cuales están relacionadas con la adherencia o no a los programas de planificación familiar.

4.2.2. Determinar los principales factores psicosociales por grupos etáreos que pueden relacionarse con la adherencia o no al programa de planificación familiar.

## **5. METODOLOGIA**

### **5.1. ENFOQUE METODOLÓGICO.**

La presente investigación se realiza desde un referente metodológico cuantitativo. Esta perspectiva de investigación tiene como objetivo estudiar las propiedades y fenómenos cuantificables de los fenómenos e identificar de manera verificable y observable sus relaciones, con el fin de proporcionar la manera de establecer, formular, fortalecer y revisar la teoría existente.

Este enfoque metodológico, producto de la postura positivista de la ciencia, propia del siglo XVIII y XIX, desarrolla y emplea modelos matemáticos, teorías e hipótesis que competen a los fenómenos naturales, y busca responder preguntas tales como cuál, dónde, cuándo, pero no tiene una intencionalidad por el para qué de los fenómenos.

En la presente investigación interesa hacer un abordaje cuantitativo de los factores psicosociales que inciden en la adherencia o no al programa de planificación familiar de la IPS Salud Darién, para identificar de manera precisa, cuál es su incidencia en dicho proceso.

### **5.2 TIPO DE ESTUDIO**

Esta investigación se realizará a través de un estudio observacional descriptivo, que toma las diferentes variables integrantes de la realidad observada, las identifica de manera particular, las mide y evalúa desde sus diversos aspectos,

dimensiones o componentes. Los estudios observacionales descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas para así describir lo que se investiga, relacionando algunos de los datos relevantes entre sí, para mirar su implicación y su vínculo.

### 5.3 POBLACIÓN

La población de este estudio la conformaron los 3200 usuarios jóvenes, hombres y mujeres entre 14 y 26 años adscritos a SALUD DARIEN IPS S.A.

### 5.4 DISEÑO MUESTRAL

Se calculó el tamaño de la muestra con una prevalencia de adherencia al programa del 21.4% y se realizó un muestreo no probabilístico por intención. Ello dio como resultado una muestra de 239 jóvenes, a quienes se aplicó una encuesta. Las condiciones era que fueran pacientes jóvenes entre 14 y 26 años, hombres y mujeres, que acudieran a la IPS.

Tamaño poblacional:	3030
Proporción esperada:	21,400%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0
Precisión (%)	Tamaño de muestra
-----	-----
5,000	<b>230</b>

## 5.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Con el fin de hacer un proceso de descripción y análisis de la información relevante en esta investigación, y para poder recopilar los datos pertinentes, se elaboró una encuesta.

La encuesta, tal como lo plantea la teoría, es el método de investigación capaz de dar respuestas a problemas tanto en términos descriptivos como de relación de variables, tras la recolección de información sistemática, según un diseño previamente establecido que asegure el rigor de la información obtenida. De este modo, puede ser utilizada para entregar descripciones de los objetos de estudio, detectar patrones y relaciones entre las características descritas y establecer relaciones entre eventos específicos.

Las encuestas contienen preguntas predeterminadas con el tema de interés, en algunos casos, con respuestas abiertas, aunque se espera que con el fin de manejar los datos de manera precisa y puntual, hasta la información salida de preguntas abiertas, pueda organizarse por categorías.

En el caso de esta investigación se utiliza una encuesta con 44 preguntas, algunas de las cuales tienen varios elementos al interior de la misma. En su gran mayoría son preguntas con respuesta única, y en los casos de respuestas abiertas, se intentará categorizar de la manera más precisa, dicha información.

La encuesta aplicada incluye en la primera parte la identificación del joven indagando por aspectos como la edad, el estado civil, el tipo de seguridad social, la escolaridad y la ocupación. La segunda parte de la encuesta aborda aspectos referentes al inicio de la vida sexual, número de compañeros sexuales, conocimiento y uso de métodos de planificación familiar, obtención de información sobre este punto, entre otras. El tercer componente evaluó los aspectos

psicosociales, explorando la convivencia, las relaciones interpersonales con los familiares, uso de sustancias psicoactivas y antecedentes de embarazo en adolescentes en la familia. Y por último se hace una pequeña evaluación sobre la percepción que las y los jóvenes tienen sobre el conocimiento de los programas de planificación en la IPS, el personal que los realiza y que actividades o expectativas al respecto de dichos programas y el interés que ello despierta.

Previo a la aplicación de la encuesta, se realizó una prueba piloto en los sitios de afluencia de los y las jóvenes en la consulta externa de la IPS (30 pacientes), tratando de evaluar la claridad de los puntos a explorar, el entendimiento y la pertinencia de las preguntas, con lo cual se hicieron algunos ajustes que permitieron depurar el formato y por último con la validación que se realizó por consulta con el asesor del proyecto a fin de evaluar la coherencia interna de los ítems y su aplicabilidad según lo expuesto en los objetivos del trabajo, se estructuró el instrumento final.

## **5.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Como el proceso realizado con esta investigación implica utilizar información proveniente de usuarios de la IPS, en un momento previo a la realización de la misma se envió comunicación al Director General de la institución solicitando su aprobación y cooperación del personal a cargo de los programas de jóvenes y planificación familiar de la IPS. Con la autorización del director, se inició la aplicación de la encuesta a las y los jóvenes adscritos a la IPS.

A partir de la información recogida en las encuestas, se fue digitando la misma y fue almacenada en las bases de datos en el programa EPI-INFO 6.017 y se realizó posteriormente un análisis descriptivo. Las variables cualitativas se describen con el porcentaje de distribución de cada uno de los ítems de la encuesta y se calcularon las frecuencias de los factores de riesgo en términos de proporción.

## 6. RESULTADOS

A partir de los datos que emergen de la aplicación de la encuesta realizada para esta investigación, y luego de hacer el análisis inicial de dicha información, presentamos algunos elementos centrales que permiten identificar las características de los jóvenes hombres y mujeres adscritos a la IPS SALUD DARIEN y que pueden entenderse como factores psicosociales que favorecen o no la adherencia al programa de planificación familiar.

**Tabla N° 1.**

Grupos etarios de la población objeto de estudio.

Con formato: Fuente: Sin Negrita

Edad	Mujer	Hombre		%
12- 14 años	86	---	48.8	---
15 -17 años	42	18	23.9	33.3
18- 20 años	48	36	27.3	66.7
Total	176	54	100	100

En la tabla N° 1 se observa que el 49% de las mujeres se encuentra en el rango de edad de 12 a 14 años, el 24% entre los 15 y 17 años, y el 27% restante, se ubica entre los 18 a los 20 años. Los hombres están ubicados en un 33% en el rango de edad de 15 a 17 años y el 67% de 18 a 20 años.

**Tabla N° 2.**

Grado de Instrucción de los jóvenes

Grado de Instrucción	Mujeres	%	Hombres	%
Analfabeta	12	6.8	10	18.5
Primaria	85	48.2	30	55.5
Secundaria	36	20.4	5	9.2
Técnico	33	18.7	5	9.2
Universitario	10	5.9	4	7.6
Total	176	100	54	100

De la muestra encuestada sólo el 9.5% son analfabetas, el 50% realizó estudios de primaria, el 17.8% secundaria, otro 16.5% realizó estudios técnicos y sólo el 6% estudios universitarios. La formación básica en primaria es la predominante en la población encuestada.

**Tabla N° 3.**

Frecuencia y porcentaje de la deserción escolar.

VARIABLE	Mujeres %		Hombres %		Total	
Dificultades económicas	98	55.6	30	55.5	128	55.6
Bajo rendimiento académico	30	17	5	9.4	35	15.2
No me gusta estudiar	15	8.7	10	18.5	25	10.8
No me dieron apoyo en mi familia	33	18.7	9	16.6	42	18.4
Ya finalicé el nivel educativo al cual aspiraba	176	100	54	100	230	100

Con formato: Fuente: 10 pt

Las dificultades económicas representan el 55.6%, la falta de apoyo familiar el 18.4% y el bajo rendimiento académico el 15.2%.

**Tabla N° 4.**

Edad de iniciación de vida sexual activa y de su primer hijo.

EDAD	Mujer		Hombre		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	N	%
12- 14 años	98	55.6	35	64.8	133	58
15 -17 años	30	17	10	18.5	40	17.3
18- 20 años	48	27.4	9	16.7	57	24.7
Totales	176	100	54	100	10	100

En la tabla 4 se evidencia que el 58% de los jóvenes inician su vida sexual entre los 12-14 años de edad.

**Tabla N° 5.**

Frecuencias del estado civil.

VARIABLE	Mujer	Hombre	%
SOLTERO	80	30	48
CASADO	15	4	8.3
SEPARADO	10	0	4.2
VIUDO	0	0	0
UNION LIBRE	71	20	39.5
OTRO	0	0	0

El 48% de los jóvenes son solteros y el 39.5% viven en unión libre.

**Tabla N° 6.**

Frecuencias sobre la necesidad de orientar sobre problemas familiares que afectan el desarrollo psicosocial en los jóvenes.

Ítem	Indicador	Frecuencia	%
39.1	Padres unidos	90	39
39.2	Tienes Comunicación con tus padres	50	21.7
39-3	Conflictos familiares	74	32
39.4	Alguien de tu familia estuvo en embarazo	16	7.3

En la tabla No. 6 se evidencia que los conflictos familiares son comunes en el 32% de los jóvenes y los problemas en la comunicación con los padres en el 21.7 %.

**Tabla N° 7**

Porcentaje de jóvenes que hablan con sus padres sobre temas de sexualidad, anticoncepción y planificación familiar.

SI	%	NO	%
50	21.7	180	78.3

El 78.3% de los jóvenes no hablan con sus padres sobre temas relacionados con la sexualidad.

**Tabla N° 8.**

Frecuencia y porcentaje de pertenencia a un grupo social.

Grupo social	F		M		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	N	%
Religioso	20	11.3	0	0	20	8.6
Deportivo	26	14.7	20	37	46	20
Cultural	8	5-6	12	22.2	20	8.6
Comunitario	10	5-1	8	14-9	18	7.8
Ninguno	112	63.6	14	25.9	126	54.1

Un 54.1% de los jóvenes encuestados no tienen pertenencia a un grupo social. El 20% de los jóvenes pertenecen a un grupo deportivo, mientras el 8.6% esta vinculado a un grupo cultural. En igual proporción el 8.6% a grupos religiosos y sólo el 7.8% a grupos comunitarios.

**Tabla N° 9.**

Conocimiento y uso de métodos de planificación familiar.

Métodos	Frecuencia	%
Preservativo	146	63.4
Inyecciones	22	9.5
Píldoras	10	4.5
Ritmo	52	22.6

El 63.4% de los jóvenes usan como método anticonceptivo el preservativo y el 22.6% el método del ritmo, el 9.5% las inyecciones y el 4.5% las píldoras.

**Tabla N° 10.**

Porcentaje de participación en los programas de planificación familiar.

SI	%	NO	%
70	<b>30.5</b>	<b>160</b>	<b>69.5</b>

El 69.5% no participa en programas de planificación familiar, mientras que el 30.5% de los jóvenes si participa en algún programa de planificación familiar.

**Tabla N° 11.**

Motivo por el cual los jóvenes no participan en programas de planificación familiar.

Variable	Frecuencia	%
No creo en estos programas	87	48.3
No conozco ningún programa de este tipo	23	12.7
No tengo tiempo para una actividad como esta	70	39
Otra	0	100

El 48.3% no cree en programas de planificación familiar. Un 39% dice no tener tiempo para actividades de este tipo, mientras el 12.7% desconoce los programas de planificación familiar.

**Tabla N° 12.**

Razones para participar del programa de planificación familiar.

Variable	Frecuencia	%
Tenía inquietudes sobre el tema.	45	64.2
Me obligaron a participar del mismo.	10	14.2
Quería aprender sobre métodos anticonceptivos.	15	21.6

El 64.2% de los jóvenes encuestados participan en los programas de planificación por inquietudes sobre el tema, el 21.6% por adquirir conocimientos y el 14.2% por obligación.

**Tabla N° 13.**

Razones para no utilizar métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales

Variable	Frecuencia	%
Dañan la figura -Vanidad-	115	50
Son costosos.	25	10.8
Es pecado -Religión-	5	2.2
Es una pérdida de tiempo.	50	21.7
No creen en las indicaciones de quienes hacen los programas.	35	15.3

Con formato: Fuente: 10 pt

El 50% de los jóvenes no usan métodos anticonceptivos por que pierden la figura (vanidad), el 21.7% considera que es una pérdida de tiempo. El 15.3% no cree en

las indicaciones de quienes hacen los programas, el 10.8% considera que son costosos y el 2.2% que es pecado (religión).

**Tabla N° 14.**

Razones para abandonar los programas de planificación familiar

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Aburridos	126	54.7
Inútiles	43	18.6
Costosos	61	26.7

El 54.7% de los jóvenes abandonan los programas de planificación familiar por considerarlos aburridos, el 26.7% por que son costosos y el 18.6% por que no son útiles.

## 7. CONCLUSIONES

Se realizó una encuesta a 230 jóvenes de la IPS SALUD DARIEN en el municipio de Apartadó, de las cuales el 49% fueron mujeres entre los 12 a 14 años de edad. El 24% de ellas comprendían edades entre los 15 y 17 años y el 27% restante, se ubicó entre los 18 a los 20 años de edad. El 67% de los hombres tenía entre 18 a 20 años de edad y un 33% estaba en el rango de 15 a 17 años de edad.

Se concluye que el 58% de los jóvenes encuestados inician su vida sexual activa entre los 12-14 años de edad. Este factor está correlacionado con el grado de escolaridad donde se encontró que el 50% de los encuestados realizó estudios de primaria. El 17.8% alcanzó niveles de secundaria, un 16.5% estudios técnicos y un escaso 6% estudios universitarios, frente a un analfabetismo de casi un 10%.

Es preocupante que un 78.3% de los jóvenes no hablen con sus padres sobre temas relacionados con la sexualidad. Este porcentaje se correlaciona con un 69.5% de los encuestados que no participa en programas de planificación familiar. De ahí que un 63.4% de los jóvenes usen como método anticonceptivo el preservativo y el 22.6% el método del ritmo, el 9.5% las inyecciones y el 4.5% las píldoras.

Si un 50% de los encuestados escasamente tiene un nivel de escolaridad primario, esto hace que el 48.3% no crea en programas de planificación familiar. Un 39%

diga no tener tiempo para actividades de este tipo, mientras el 12.7% desconoce los programas de planificación familiar.

El 50% de los jóvenes no usan métodos anticonceptivos por que pierden la figura (vanidad), el 21.7% considera que es una pérdida de tiempo. El 15.3% no cree en las indicaciones de quienes hacen los programas, el 10.8% considera que son costosos y el 2.2% que es pecado (religión).

Un 54.1% de los jóvenes encuestados no tienen pertenencia a un grupo social. El 20% de los jóvenes pertenecen a un grupo deportivo, mientras el 8.6% esta vinculado a un grupo cultural. En igual proporción el 8.6% a grupos religiosos y sólo el 7.8% a grupos comunitarios.

En resumen la principal razón para encontrar estos resultados está en la falta de educación sexual desde la familia y en los primeros años escolares.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- Abdala E. La inclusión laboral de los jóvenes. Editorial. Bogota: 2001
- Acuña JG, Rivera AA. Anticoncepción en la adolescencia aspectos médicos y socioculturales. Bogota: 2001
- Alcaldía Mayor Santafe de Bogota. Lineamientos generales en salud sexual y reproductiva 1998. Bogota: Alcaldía Mayor Santafe de Bogota;1998
- Asamblea general de las naciones unidas. Conclusiones sobre la epidemia de SIDA en el mundo. 2001
- Centro de Gestión Hospitalaria. El impacto de la reforma sobre la salud pública el caso de la salud sexual y reproductiva, 2002.
- Presidencia de la Republica, Colombia joven. Encuesta Nacional de Juventud. Bases para el Plan Decenal de juventud 2005-2015. Bogota: Presidencia de la Republica, Colombia joven; 2004.
- Ley 5/1992 de 18 Septiembre, Política de infancia.(Gaceta del congreso ISSN 0123-9066).
- Ley 115/1994 de 8 de Febrero, de Generalidades de Educación. (Diario Oficial, numero 41.214 de 8-2-94).

- Ley 375/1997 de 9 de Julio, Ley de Juventud. (Diario Oficial, numero 43079 de 9-7-97).
- Ley 715/2001 de 21 de Diciembre, organización prestación de servicios de educación y salud entre otros. (Diario oficial, numero 44.654 de 21-12-01).
- Ley 100/1993 de 23 de Diciembre, se crea el Sistema de Seguridad Social Integral. (Diario Oficial, numero 41.148 de 23-12-03).
- Comité Departamental de Prevención de Drogas. Resultados de la investigación en jóvenes escolarizados del departamento de Antioquia.2003; 87-94.
- PROFAMILIA. Encuesta nacional de Demografía y Salud 2000. Bogota: PROFAMILIA;2000
- PROFAMILIA. Encuesta nacional de Demografía y Salud 2005. Bogota: PROFAMILIA;2005
- COLOMBIA JOVEN, BIENESTAR FAMILIAR, UNICEF. Situación actual y prospectiva de la niñez y la juventud en Colombia. Noviembre 2004
- PROFAMILIA. Salud sexual y reproductiva en zonas marginadas. Situación de las mujeres desplazadas. Bogotá, 2001
- Jurado Jurado JC. Problemáticas socioeducativas de la infancia y la juventud contemporánea. Revista iberoamericana de educación (Janeiro) 2003; Enero-Abril (31):171-186.

- Lozano Urbieto MI. Nociones de Juventud. Ultima Década CIDPA (Viña del mar) 2003; Abril (18):11-19.
- Céspedes Londoño JE. Prioridades para la agenda de salud pública. Revista seguridad social al día 2002; Edición 31

## ANEXO No. 1

### Encuesta para jóvenes Salud Darién IPS

La siguiente encuesta tiene como objetivo conocer las características de los jóvenes que se encuentran afiliados a la institución Salud Darién IPS en el municipio de Apartadó, para identificar si conocen y si hacen uso de los Programas de Planificación Familiar, así como indagar sobre algunos otros elementos que pueden estar relacionados con ello.

Te pedimos que contestes las preguntas de esta encuesta con total sinceridad, leyendo de manera atenta los enunciados de cada una de ellas. En este formulario no tendrás que poner tu nombre ni ninguna información que permita identificar quién eres, lo cual garantizará el anonimato. Siéntete tranquilo(a) al responder estas preguntas.

Con formato: Fuente: 10 pt

**Marca con una X entre los paréntesis, una sola de las opciones para las siguientes preguntas, de acuerdo con tus características.**

1. Tu sexo es 

1. Masculino ( )	2. Femenino ( )
------------------	-----------------

2. Cuantos años tienes: \_\_\_\_\_

3. Sector donde habitas 

1. Rural ( )	2. Urbano ( )
--------------	---------------

Nombre del barrio o vereda donde habitas:  
\_\_\_\_\_

4.Cuál es tu Estado Civil 

1. Soltero ( )	3. Viudo ( )
2. Casado ( )	4. Unión Libre ( )
3. Separado ( )	6. Otro. Cuál. _____

5. Cuántos hijos tienes \_\_\_\_\_ (Si no tienes hijos, marca 0)

(Si no tienes hijos pasa a la pregunta 7. Si tienes hijos continúa con la pregunta 6)

6. Cuántos años tenías cuando tuviste tu primer hijo: \_\_\_\_\_

**Puede marcar varias opciones con una X**

<b>7. Personas con quien vives</b>	1. Padre ( )	7. Pareja ( )	13. Solo
	2. Madre ( )	8. Hijo(s) ( )	14. Otros familiares
	3. Hermanos ( )	9. Abuelo(s) ( )	<b>Cuáles:</b>
	4. Madrastra ( )	10. Tíos ( )	_____
	5. Padrastro ( )	11. Primos ( )	_____
	6. Hijastro ( )	12. Amigos ( )	_____

**8. Número de personas con quienes vives (incluido tu):** \_\_\_\_\_

**9. Estudias actualmente** 1. Si ( ) 2. No ( )

Con formato: Fuente: 10 pt

*Si tu respuesta es Sí, en qué nivel educativo te encuentras (marca con una X), y escribe el grado que estás cursando, y pasa a la pregunta 12. Si tu respuesta es No, continúa con la 10.*

<b>Nivel</b>	<b>Grado</b>
1. Primaria ( )	
2. Secundaria ( )	
3. Técnico ( )	
4. Tecnológico ( )	
5. Universitario ( )	

**10. Si no estudias actualmente, hasta qué grado estudiaste** \_\_\_\_\_

**11.Cuál fue la razón principal para que no continuaras estudiando:**

- ( ) 1. Dificultades económicas
- ( ) 2. Bajo rendimiento académico
- ( ) 3. No me gusta estudiar
- ( ) 4. No me dieron apoyo en mi familia
- ( ) 5. Ya finalicé el nivel educativo hasta donde aspiraba a formarme
- ( ) 6. Otra.

Cuál: \_\_\_\_\_

**12. Trabajas actualmente** 1. Si ( ) 2. No ( )

*Si respondiste Sí, ¿qué labor desempeñas?*

\_\_\_\_\_

**13. ¿Actualmente perteneces a algún grupo o asociación (Ejemplo: grupos juveniles, banda de música, grupo de danza, etc.)?** 1. Sí ( ) 2. No ( )

*(Si respondiste afirmativamente, continúa con la pregunta 14. De lo contrario, continúa con la pregunta 15)*

**14. ¿A qué tipo de grupo o asociación perteneces?**

- 1. Religioso ( )
  - 2. Político ( )
  - 3. Deportivo ( )
  - 4. Cultural (música, teatro) ( )
  - 5. De estudio ( )
  - 6. Comunitario ( )
  - 7. Armado ( )
  - 8. Otro. \_\_\_\_\_
- Cuál. \_\_\_\_\_

**15. ¿Ya has tenido relaciones sexuales? Sí ( ) No ( )**

*(Si respondiste afirmativamente, continúa con la pregunta 16. De lo contrario continúa con la pregunta)*

**16. Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual:** \_\_\_\_\_

**17. Con quién tuviste tu primera relación sexual**

( ) 1. Novia(o)

( ) 2. Amiga(o)

( ) 3. Desconocida(o)

( ) 4. Otro \_\_\_\_\_ Quién : \_\_\_\_\_

**18. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido desde que te iniciaste en la actividad sexual?**

( ) 1

( ) 2

( ) 3

( ) 4

( ) 5

( ) Más de cinco \_\_\_\_\_ Cuántas: \_\_\_\_\_

**19. Qué método anticonceptivos utilizas cuando tienes relaciones sexuales (puedes marcar varios)**

1. Píldoras ( ) 5. Implantes ( )

2. Inyecciones ( ) 6. Ritmo ( )

3. Condón ( ) 7. Definitivo. ( )

4. DIU ( ) 8. Otro ( ) Cual \_\_\_\_\_

**20. He tenido relaciones sexuales bajo la influencia de alguna sustancia alucinógena o de alcohol (así sea una sola vez)**

1. Sí \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

*(Si respondiste afirmativamente, continúa con la pregunta 21. De lo contrario, continúa con la pregunta 22)*

**21. Qué sustancia has utilizado cuando has tenido relaciones sexuales (puedes marcar más de una)**

( ) 1. Marihuana

( ) 2. Cocaína

( ) 3. Anfetaminas (pepas, roche)

( ) 4. Licor (aguardiente, ron)

( ) 5. Basuco

( ) 6. Acidos (popper)

( ) 7. Otro \_\_\_\_\_ Cuál: \_\_\_\_\_

**22. ¿Cuándo tienes relaciones sexuales, utilizas algún método de anticoncepción?**

1. Sí ( )                      2. No ( )                      3. A veces ( )

*(Si respondiste No, continúa con la 23. Si respondiste con las alternativas Sí, o A Veces, pasa a la 24)*

**23. Cuáles son las razones por las que no utilizas métodos de anticoncepción cuando tienes relaciones sexuales (puedes marcar varias)**

- 1. Considero que es un pecado
  - 2. El placer no es igual al utilizar métodos de anticoncepción
  - 3. Considero que no son necesarios
  - 4. Otra
- Cuál: \_\_\_\_\_

**24. Que métodos anticonceptivos conoces (puedes marcar varios)**

1. Píldoras ( )	5.Implantes ( )
2. Inyecciones ( )	6.Ritmo ( )
3. Condón ( )	7.Definitivo ( )
4. DIU ( )	8. Otro: ( )

Cual \_\_\_\_\_

**25. ¿Has participado en algún programa de planificación familiar?**

Si ( )                      No ( )

*(Si respondiste afirmativamente continúa con la pregunta 26. De lo contrario continúa con la pregunta 30)*

**26. ¿En qué institución participaste del programa de Planificación Familiar?**

\_\_\_\_\_

**27. Hace cuánto estuviste participando del programa de Planificación Familiar**

\_\_\_\_\_

**28. Qué duración tuvo el programa de Planificación Familiar**

\_\_\_\_\_

**29. Cuáles fueron las razones para participar de un programa de Planificación Familiar (puedes marcar varias)**

- 1. Tenía inquietudes sobre el tema
  - 2. Me obligaron a participar del mismo
  - 3. Quería aprender sobre métodos anticonceptivos
  - 4. Otras
- Cuál: \_\_\_\_\_

*(Si respondiste la pregunta 29, pasa a la pregunta 31)*

**30. Cuáles han sido las razones para no participar de ningún programa de Planificación Familiar (puedes responder varias opciones)**

- 1. No creo en estos programas
- 2. Ya soy madre-padre, así que no veo la necesidad de hacerlo
- 3. No conozco ningún programa de ese tipo
- 4. No tengo tiempo para una actividad como esas
- 5. Otra

Cuál: \_\_\_\_\_

Con formato: Fuente: 10 pt

**31. Alguna vez haz utilizado alguno de los siguientes métodos para planificar (puedes responder varias opciones)**

- 1. Brebajes
- 2. Lavados
- 3. Rezos
- 4. Otros similares

Cuáles: \_\_\_\_\_

**32. De quién has recibido información sobre los métodos anticonceptivos (puedes marcar varias opciones)**

- |                 |                          |                                  |                          |
|-----------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 1. Profesor(a)  | <input type="checkbox"/> | 6. Profesional de la salud       | <input type="checkbox"/> |
| 2. Amigo(a)     | <input type="checkbox"/> | 7. En farmacias                  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Padre        | <input type="checkbox"/> | 8. Medios de comunicación        | <input type="checkbox"/> |
| 4. Madre        | <input type="checkbox"/> | 9. En programas de planificación | <input type="checkbox"/> |
| 5. Religioso(a) | <input type="checkbox"/> | 10. No he recibido información   | <input type="checkbox"/> |
|                 |                          | 11. Otro                         | <input type="checkbox"/> |

Quién: \_\_\_\_\_

**33. Cuáles crees que son las razones por las cuales haya jóvenes que no utilicen los métodos anticonceptivos dentro de las relaciones sexuales (puedes marcar varias opciones)**

- 1. Dañan la figura
- 2. Son costosos
- 3. Es pecado
- 4. Es una pérdida de tiempo
- 5. No creen en las indicaciones que les dan quienes manejan los programas
- 6. Otra

Cuál: \_\_\_\_\_

**34. Cuáles crees que son las razones por las cuales los jóvenes quedan en embarazo a temprana edad (puedes responder varias opciones)**

- 1. No conocen los métodos anticonceptivos
- 2. No tienen dinero para comprar métodos anticonceptivos
- 3. Son irresponsables y no piensan en las consecuencias
- 4. No han tenido acompañamiento de sus padres
- 5. Otra

Cuál: \_\_\_\_\_

**35. ¿Quien crees que debe ser el responsable de la planificación familiar?**

- 1. La Mujer
- 2. El Hombre
- 3. El hombre y la mujer

**36. ¿Porque crees que los jóvenes que empiezan a hacer parte de los programas de planificación familiar, los podrían abandonar sin haber finalizado el proceso? (puedes marcar varias opciones)**

Con formato: Fuente: 10 pt

- 1. Porque son muy aburridores
- 2. Porque no son útiles
- 3. Porque son muy costosos
- 4. Otro

Cuál: \_\_\_\_\_

**37. ¿Hablas con tus padres sobre temas de sexualidad, anticoncepción y planificación familiar?**

Si (  )      No (  )

Explica tus razones para hacerlo o para no hacerlo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**38. Si utilizas métodos de planificación familiar, y se lo contaras a tus padres, cómo reaccionarían estos (si no los utilizas o no tienes relaciones sexuales, pasa a la pregunta 39)**

- 1. Se enojarían
- 2. Se alegrarían
- 3. Se preocuparían
- 4. No les importaría
- 5. Otra

Cuál: \_\_\_\_\_

**39. Marca con una X, la respuesta que más se acerque a las características de tu vida cotidiana en cada una de las frases.**

Con formato: Fuente: 10 pt

		<u>SI</u>	<u>NO</u>
<b>39.1</b>	<u>Tus padres están unidos (viven juntos, o si viven separados tienen una relación cercana)</u>		
<b>39.2</b>	<u>Tienes una comunicación amplia con tus padres</u>		
<b>39.3</b>	<u>Con frecuencia se dan conflictos familiares padre- madre-hermanos en tu casa</u>		
<b>39.4</b>	<u>Existe conflicto permanente entre tu y tus padres</u>		
<b>39.5</b>	<u>Alguien de tu familia estuvo embarazado(a) en la adolescencia</u>		
<b>39.6</b>	<u>En tu casa se puede hablar de sexualidad, de métodos de anticoncepción, de planificación familiar</u>		
<b>39.7</b>	<u>Es la mujer la que ha de cuidarse en una relación sexual para no quedar en embarazo</u>		

**40. Sabías que la IPS Salud Darién tiene un programa de Planificación Familiar**

Sí (      )      No (      )

**41. ¿Has participado del programa de Planificación Familiar de la IPS Salud Darién?**

Sí (      )      No (      )

**42. ¿Sabías que el programa de Planificación Familiar de la IPS Salud Darién, es gratuito para sus usuarios?**

Sí (      )      No (      )

**43. Conoces a los profesionales que hacen parte del programa de Planificación Familiar de la IPS Salud Darién**

Sí (      )      No (      )

**44. Si pudieras construir un programa de Planificación Familiar para jóvenes, qué elementos tendrías en cuenta para el mismo. Resuelve el cuadro de la manera más completa, con lo que tú creas que sería muy atractivo para que los jóvenes participaran**

<b><u>Temas</u></b> <b><u>¿Sobre qué te gustaría que se trabajara en un programa de Planificación Familiar?</u></b>	<b><u>Estrategias Metodológicas</u></b> <b><u>¿Cómo trabarías con los jóvenes los temas de Planificación Familiar?</u></b>

**Con formato:** Fuente: 10 pt