CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES GESTANTES Y LACTANTES DEL BARRIO LA PAZ DE APARTADÓ, EN 2008 Y 2009

SULELLY BARRIENTOS CIBAJAS
NANCY STELLA DOMÍNGUEZ SERNA
NANCY JUDITH GENES ROQUEME
ROSA MATILDE HERNÁNDEZ

UNIVERSIDAD CES
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA
APARTADÓ
2010

CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES GESTANTES Y LACTANTES DEL BARRIO LA PAZ DE APARTADÓ, EN 2008 Y 2009

SULELLY BARRIENTOS CIBAJAS
NANCY STELLA DOMÍNGUEZ SERNA
NANCY JUDITH GENES ROQUEME
ROSA MATILDE HERNÁNDEZ

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA

Asesor
LUIS FERNANDO TORO PALACIO, Ms. Epidemiología

UNIVERSIDAD CES
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA SALUD PÚBLICA

APARTADÓ
2010

NOTA DE ACEPTACIÓN

_____

_____

_____

_____

_____

PRESIDENTE DEL JURADO

_____

JURADO

_____

JURADO

Apartadó, Antioquia, Julio de 2010

DEDICATORIA

A Dios por darnos la oportunidad de la vida y a través de ella alcanzar nuestros propósitos.

A nuestras familias, quienes con su comprensión y amor incondicional nos brindaron siempre su apoyo y colaboración para alcanzar esta nueva meta.

A los Directivos y docentes de la universidad CES, quienes compartieron su experiencia, conocimiento y aportaron para el crecimiento y desarrollo de nuestro aprendizaje para la vida profesional y laboral.

A las empresas donde laboramos por el apoyo brindado.

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación ha sido posible gracias a la colaboración de la Secretaria de la Protección Social y el Centro de Salud del Barrio Pueblo Nuevo, las adolescentes que participaron en el proceso y los líderes comunitarios del barrio La Paz, del Municipio de Apartadó, quienes de manera cordial dedicaron su tiempo y facilitaron la información necesaria para sacar adelante el trabajo.

A nuestros compañeros por su solidaridad, dedicación y aportes en este proceso de formación.

De igual forma queremos dar nuestros agradecimientos a nuestros asesores, directivos y docentes de la Universidad CES, por darnos la oportunidad de compartir esta experiencia maravillosa de incursionar en el mundo de la Salud Pública, la cual es vital para el desarrollo

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.
INTRODUCCIÓN	16
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.1. Planteamiento del Problema	17
1.2. Justificación de la Propuesta	26
1.3. Pregunta de Investigación	30
2. MARCO DE REFERENCIA	31
2.1. Marco Contextual	31
2.1.1. El Departamento de Antioquia	31
2.1.2. El Municipio de Apartadó	33
2.1.3. El Barrio La Paz	37
2.2. Marco Teórico	40
3. OBJETIVOS	60
3.1 Objetivo General	60
3.2 Objetivos Específicos	60
4. DISEÑO METODOLÓGICO	61
4.1. Enfoque metodológico de la investigación	61
4.2. Tipo de estudio	61
4.3. Método de investigación	61
4.4. Población	61
4.4.1. Diseño muestral	61
4.5. Definición y medición de variables	62
4.5.1. Operacionalización de Variables	62
4.6. Procedimiento para la recolección de la Información	63
4.7. Cronograma de actividades y presupuesto	63
5. CONSIDERACIONES ÉTICAS	64
6. RESULTADOS	65
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
7.1. Conclusiones	75
7.2. Recomendaciones	76
8. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS	77
9. BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA	79
10. ANEXOS	81

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICAS

Pag.

Tabla y Gráfica No. 1. Característica de la vivienda, donde habita la adolescente y su familia 65
Tabla y Gráfica No. 2. Estado de la vivienda: pisos, donde habita la adolescente y su círculo familiar 66
Tabla y Gráfica No. 3. Estado de la vivienda: paredes 66
Tabla y Gráfica No. 4. Estado de la vivienda: techo 66
Tabla y Gráfica No. 5. Acceso al abastecimiento de agua y calidad del agua que consume la adolescente y su familia 67
Tabla y Gráfica No. 6. Edad de la adolescente objeto del estudio 68
Tabla y Gráfica No. 7. Estado civil de la adolescente objeto del estudio 68
Tabla y Gráfica No. 8. Nivel de escolaridad de la adolescente 69
Tabla y Gráfica No. 9. Tipo de población (etnia) a la cual pertenece 69
Tabla y Gráfica No. 10. Nivel del SISBEN al cual se encuentra afiliada la adolescente 70
Tabla y Gráfica No. 11. Acceso a SGSSS. Tipo de régimen de salud al cual se encuentra afiliada la adolescente 70
Tabla y Gráfica No. 12. Posición ocupacional o manera como percibe ingresos la adolescente 71
Tabla y Gráfica No. 13. Consulta médica. Historia médica: relacionada con la asistencia y controles médicos de la adolescente encuestada 72
Tabla y Gráfica No. 14. Signos de desnutrición de la adolescente encuestada 72
Tabla y Gráfica No. 15. Planificación familiar, identificar si la adolescente practica algún método de planificación familiar 73
Tabla y Gráfica No. 16. Control prenatal, identificar si la adolescente practica algún método de control relacionado con embarazos 73
Tabla y Gráfica No. 17. Lugar de atención del parto. Aspectos relacionados con el lugar donde se dio el parto. 74
Tabla y Gráfica No. 18. Persona que atendió el parto. 74

GLOSARIO

ABORTO: es la muerte espontánea o inducida de un embrión o feto antes de que se haya desarrollado lo suficiente para sobrevivir.

ADOLESCENTE: la adolescencia es un continuo crecimiento de la existencia de los jóvenes, en donde se realiza la transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios psicológicos que se produce en el individuo lo hagan llegar a la edad adulta. La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto sus límites no se asocian solamente a características físicas.

ANTICONCEPTIVO: método anticonceptivo o método contraceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación o un embarazo en las relaciones sexuales. Los métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que se desean o no tener), la prevención de embarazos, así como en la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes.

BEBE: es un ser humano de una edad todavía muy corta, que no puede hablar. Un bebé recién nacido es un neonato.

CESÁREA: es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen (laparotomía) y el útero de la madre para extraer uno o más fetos. Suele practicarse cuando un parto vaginal podría conducir a complicaciones médicas.

ECLAMPSIA: es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas. Es el estado más grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo.

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

FERTILIDAD: es la capacidad de una persona, animal, planta de producir o sustentar una progenie numerosa. En los animales, incluido el hombre, es el resultado de la interacción de numerosos factores, tanto biológicos, como culturales, que la hacen variar espectacularmente entre situaciones distintas.

GESTACIÓN: periodo de nueve meses de duración, en el que tiene lugar el desarrollo del embrión hasta su formación completa y durante el cual tiene lugar la formación de todos los órganos

GESTANTE: mujer en periodo de gestación

MATERNIDAD: comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

MENARQUÍA: es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer. Desde las perspectivas sociales, psicológicas y ginecológicas es frecuentemente considerado el evento central de la pubertad femenina, como la señal de la posibilidad de fertilidad. La oportunidad de la menarca está influida por factores genéticos y ambientales, especialmente lo nutricional y lo psicológico

MENSTRUACIÓN: la menstruación o período es la pérdida de sangre por la vagina desde el útero y representa el inicio del ciclo sexual femenino o ciclo menstrual, que es un ritmo

de aproximadamente 28 días de duración y suele aparecer a partir de los 10-13 años de edad y dura hasta la menopausia

MORTALIDAD: la tasa de mortalidad es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada 1.000 habitantes, durante un período determinado generalmente un año. Usualmente es denominada mortalidad.

PARTERA: los llamados matrona o matrón, se encargan del cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, así como de la asistencia al parto y del seguimiento del postparto

PARTO: el parto humano, también llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del infante del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de la persona

PLANIFICACIÓN: planificación familiar es el conjunto de prácticas orientadas básicamente al control de la reproducción que puede derivarse de las relaciones sexuales. Este control o planificación puede tener como objetivo engendrar o no descendientes y, en su caso, decidir sobre el número de hijos, el momento y las circunstancias -sociales, económicas y personales- en las que se desea tenerlos:

PREECLAMPSIA: es una complicación medica del embarazo, también llamada toxemia del embarazo o hipertensión inducida embarazo y asociada a elevados niveles de proteína en la orina. Debido a que la preeclampsia se refiere a un cuadro clínico o conjunto sintomático, en vez de un factor causal específico, se ha establecido que puede haber varias etiologías para el trastorno

PUBERTAD: la pubertad es el proceso de cambios físicos en el cual el cuerpo de un niño se convierte en adolescente, capaz de la reproducción sexual. El crecimiento se acelera en la primera mitad de la pubertad, y alcanza su desarrollo al final. En sentido estricto, el término «pubertad» se refiere a los cambios corporales en la maduración sexual más que a los cambios psicosociales y culturales que esto con lleva.

PUERPERIO: es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario (usualmente 6-8 semanas) o 40 días para que el cuerpo materno, incluyendo las hormonas y el aparato reproductor femenino, vuelvan a las condiciones pregestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto, que recibe el nombre de postparto.

SÍFILIS: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual infecciosa crónica producida por la bacteria espiroqueta Treponema pallidum

VULNERABLE: se entiende las características de una persona o grupo desde el punto de vista de su capacidad para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse del impacto de una amenaza natural, implicando una combinación de factores que determinan el grado hasta el cual la vida y la subsistencia de alguien queda en riesgo por un evento distinto e identificable de la naturaleza o de la sociedad

RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

Este trabajo se propuso con el fin de investigar los factores sociodemográficos que inciden en el embarazo de las adolescentes de niveles 1 y 2 de pobreza, según el SISBEN, que habitan en el barrio La Paz, del municipio de Apartadó.

Se ha realizado un estudio de investigación descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo, en el que se pretende fijar el perfil personal y social en las adolescentes embarazadas y lactantes, identificando los factores de riesgo en la población de estudio, estableciendo las consecuencias tanto de salud, como psicosociales que afectan a las jóvenes embarazadas y lactantes.

Se escogió una muestra aleatoria de 36 mujeres adolescentes entre los 10 y 19 años de edad, predominando las de 19. De las cuales participaron de la investigación 11 lactantes y 25 gestantes.

La recolección de la información se llevó a cabo mediante la aplicación de un instrumento tipo cuestionario, especifico y estructurado (ficha técnica) que consta de 41 ítems, sustraído de la Estrategia Atención Primaria en Salud, aplicada en el Departamento de Antioquia, Municipio de Apartado, Barrio La Paz, a través de la observación directa y entrevistas participativas, con las jóvenes participantes de la investigación, en el periodo correspondiente a los año 2008 - 2009.

Hallazgos:

Se encontró una población con desconocimiento en Derechos Sexuales y Reproductivos, planificación familiar, seguimiento al control prenatal en las embarazadas con finalización de este en las lactantes, de las cuales treinta (34) fueron embarazos no planeados, dos planeados.

Palabras claves

Adolescente

Parto

Lactancia

Embarazo

Maternidad

Riesgo

ABSTRACT

Socio-demographic conditions of the pregnant and nursing teenagers from the neighborhood La Paz, Apartadó Antioquia

This project was proposed with the aim of investigating the socio-demographic factors that have an effect on the pregnancy of the teens from levels 1 and 2 of poverty according to the SISBEN and whom dwell in the neighborhood La Paz in Apartado's Municipality.

A random sample of 36 adolescent women among the 10 and 19 years were chosen. Where 11 of them were nursings and 25 pregnant a descriptive observational transversal study was carried out, retrospective that intends to set the personal and social profile of the pregnant and nursings women, Identifying the risk factors in the sample population, establishing the outcomes as well of health as psycho-social ones which affect the teens pregnant and nursings.

The data collection was done through the use of a tool questionnaire form, specific and structured (technical data) which consists of 41 items, subtracted from La Estrategia Atención Primaria En Salud, applied in the department of Antioquia, Municipality of Apartado, neighborhood La paz, through the direct observation and participative interviews with the teenager participants of the investigation, period corresponding to the years 2008 2009).

Findings:

we found a population with complete ignorance in Sexual and reproductive rights, family planning methods, a continue monitoring to the prenatal control in pregnant women ending it up in the nursings, from which (34) thirty four were not planned pregnancies, and (2) two was planned.

keywords

adolescent
delivery
nursing
pregnant
youth
maternity
risk

INTRODUCCIÓN

La OMS ha definido la adolescencia como la etapa que va desde los 10 a los 19 años de edad. No obstante, la auténtica adolescencia es el periodo de maduración física, psicológica y social, que va desde la infancia hasta la edad adulta.

Sin embargo, el normal desarrollo de la adolescencia se ha venido interrumpiendo a raíz del elevado número de jovencitas embarazadas, cuya situación ha llegado a tal grado, que las entidades de salud, relacionadas con el tema, la catalogan como una problemática de salud pública, por cuanto, en esta etapa de la vida, el embarazo suele representar un problema, desde el punto de vista sanitario y social.

Una de las características sociodemográficas de las madres adolescentes, es la particular composición de la estructura familiar: madres que siguen constando como residentes en la residencia paterna, otras se incorporan a la residencia del padre, un pequeño grupo crea una unidad familiar independiente y otras llegan a vivir solas o con otras personas, amistades, pensiones o inquilinatos.

El embarazo en la adolescencia lleva consigo situaciones de riesgo para la salud de la adolescente muy importantes (embarazo no previsto, interrupción voluntaria del embarazo, complicaciones debidas al acudir tarde a la consulta, etc.), de ahí que se deba diseñar y aplicar programas específicos.

La prevención y el tratamiento del embarazo en la adolescencia, como generador de problemas de salud para la adolescente y para el niño, así como sociales, requieren del conocimiento de todas las causas y consecuencias, con un abordaje profesional positivo y no fatalista, colaborador y multidisciplinar.

La salud reproductiva es parte de la salud integral y es necesario conocer las necesidades y los problemas que los jóvenes enfrentan para así desarrollar programas de promoción, de protección y de prevención efectivos y eficaces.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud de las madres, de los recién nacidos y de los niños es un derecho fundamental que se encuentra priorizado en la agenda mundial y constituye la expresión del grado de desarrollo y equidad de un país. OMS (2005) (1)

El embarazo a temprana edad es un problema importante de salud pública, tanto en los países en desarrollo como en el mundo desarrollado, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud, tanto para las madres como para los niños.

El embarazo en adolescentes en Colombia va en aumento, ha sido la tendencia durante los últimos 15 años. Por cada mil adolescentes, se embarazan 90, mientras que en Japón, solo cuatro. La actividad sexual prematura se inicia, en la mayoría de los casos, de manera consciente, provocada por un desorden educacional.

El sexo, termina convirtiéndose en la moneda de ingreso dentro del entorno social de sus amigos. A esto se suman factores como el abuso sexual y la ausencia de un hogar consolidado, propiciando embarazos a edad temprana, sin importar el estrato social.

Está demostrado que cuando la edad ginecológica (tiempo entre la primera menstruación y el embarazo) es menor o igual a 2 años, tanto el feto como la madre están en proceso de crecimiento y pueden sufrir mayores riesgos durante la gestación. El embarazo en esta etapa de la vida se considera de alto riesgo, pues el tamaño de los huesos de su pelvis, la madurez de su cuello uterino y el desarrollo de su vulva no son aptos para un parto vaginal. Aunque, eventualmente, el bebé podría nacer por esta vía, la joven está expuesta a desgarros vaginales y cervicales.

Una niña, con edades entre los 10 y 14 años, difícilmente puede tener un parto vaginal, porque su cuerpo está en crecimiento y el tamaño de su pelvis hace que haya una desproporción céfalo-pélvica, terminando el parto por cesárea. Cuando una mujer está en la adolescencia inicial, es decir, entre los 10 y los 14 años, se pueden presentar entre dos y siete veces más dificultades, e igualmente, tiene mayor riesgo de ruptura prematura de

membranas, preeclampsia, infecciones urinarias, anemia y la posibilidad de tener un bebé con bajo peso al nacer. Adicionalmente, en los futuros embarazos podrían presentarse otros riesgos si el útero después del parto no se contrae o no recupera su tamaño normal.

La adolescencia es la etapa de la vida en la cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita los patrones sicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la independencia socioeconómica. Como lo señala López Gómez, (2) el embarazo en la adolescencia es frecuente en América Latina y se une a una madeja de situaciones complejas y conflictos del área emocional: confusión, conductas evasivas, depresión, rechazo a la maternidad, inadaptación y rechazo social, alteraciones en el comportamiento de las adolescentes, y del vínculo afectivo madre-hijo, en donde muchas veces se ve perjudicada la lactancia materna, imprescindible para su hijo.

La maternidad es uno de los hechos de la vida que plenifica el ser mujer. “El rol materno, viene a completar, en una máxima expresión de plenitud del “ser femenino” por excelencia. Integrando así la realización creativa desde el plano físico, emocional y espiritual”, así lo señala Maglio (3). La lactancia materna sería la puesta en marcha de la capacidad femenina, que día a día irá entretejiendo diferentes emociones entre la madre y el hijo, componiendo una armoniosa melodía y una perfecta integración vincular. Representando así la lactancia materna prolongada el encaje perfecto para la aceptación del rol materno.

Existen muchos factores que condicionan la aceptación del rol materno, pero los socioculturales, como la familia, el personal de salud, las instituciones educativas y el ambiente social, tiene una importancia primordial. Muchas son las consecuencias emocionales que ocurren en la adolescente después del embarazo, una de ellas y la más importante, en cuanto al vínculo madre-hijo, es que las mismas son propensas a abandonar precozmente la lactancia materna, ya que el enfrentar la realidad de que ahora hay alguien que depende de ellas, que deben cuidar, alimentar y proteger, genera un impacto emocional y es una limitante para asumir su nuevo rol materno.

De tal manera que, estas madres, por su condición de ser muy jóvenes, pueden no estar preparadas para las tareas que impone el cuidado de sus hijos, y en tal sentido, se ha

encontrado que los niños de adolescentes sufren con mayor frecuencia de abusos y de enfermedades infecciosas, así como se ha observado que no se cumple para estos niños el esquema de vacunas correspondiente y no se les ofrece lactancia materna, tan frecuente, como a los hijos de las madres adultas. (4)

Merece especial atención la sexualidad en la adolescencia. Aquí se acentuó este proceso buscando su identidad sexual. Las consecuencias de la edad y del genero, conjuntamente con las condiciones sociodemográficas, inducen a las adolescentes a conductas de riesgos tomándolos vulnerables a problemas de diversa índole, entre ellos el embarazo precoz. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), (5) más de 15 millones de adolescentes, entre 15 y 19 años, paren anualmente en todo el mundo.

La gestación a destiempo se considera un problema de salud pública y de alto riesgo para la madre y su hijo y en este último, de padecer desnutrición infantil, enfermedades prevenibles, trayendo como consecuencia aumento de la morbimortalidad infantil y esto ocurre porque la mayoría de las veces, por desconocimiento de la madre adolescente, no sabe cómo alimentar a su hijo. (6)

La OMS, refiere que pese a los progresos de las últimas décadas cada año mueren en todo el mundo más de 10 millones de niños. (1)

Al respecto, Osorno (7) refiere que entre 3000 y 4000 niños mueren de diarreas e infecciones agudas, en las vías respiratorias, debido a que se han privado a sus madres de la posibilidad de alimentarlos en forma apropiada a través de la leche materna.

Cada día siguen aumentando los índices de desnutrición, trayendo como consecuencia que miles de niños no se desarrollen de la forma más adecuada, sufriendo problemas, tanto a nivel físico, como afectivo y/o cognoscitivo y en otros casos fallecen, debido a otras enfermedades y la malnutrición. Sin embargo, existe un alimento capaz de evitar la muerte por causas antes mencionadas, de por lo menos un millón de niños al año. Este producto ideal es la leche materna.

La OMS (1) ha estimado que el fomento de la lactancia materna podría llevar a una reducción de 25% de la mortalidad por enfermedades diarreicas en los primeros 6 meses de vida.

A pesar de la alta prevalencia de la lactancia materna, sólo una pequeña proporción de los lactantes menores de 4 meses en países en desarrollo son amamantados al pecho exclusivamente. La morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas se incrementan cuando se introducen papillas u otros tipos de leche. La lactancia materna exclusiva proporciona, sin embargo, la máxima protección contra esas enfermedades.

Aunque los países en desarrollo disponen de tecnología, programas y recursos humanos preparados, la salud materna no ha tenido la atención necesaria y todavía muchas mujeres pierden la vida durante la gravidez o en el parto, debido entre otros factores a problemas de salud, falta de educación, pobreza, limitadas condiciones sociales, calidad en la asistencia y limitado acceso a los servicios de salud.

Las mujeres más susceptibles de sufrir estas consecuencias, en los países en desarrollo, son las que se encuentran en los extremos de su vida reproductiva, porque no reciben la atención necesaria de los servicios de salud. Se estima que cerca de medio millón de mujeres mueren anualmente en el mundo durante el ciclo grávido-puerperal, siendo, casi la totalidad de ellas, en los países en desarrollo. Al revisar los estudios de mortalidad materna relacionados con adolescentes embarazadas, se vio que hacen referencia a complicaciones de gravidez, parto y puerperio, estados hipertensivos, infecciones puerperales, hemorragias y abortos. Estos autores, comunican un aumento en el número de embarazos en adolescentes, y los relacionan con un incremento en las complicaciones, lo que lleva a caracterizar el embarazo en la adolescencia como un importante factor de riesgo. También relatan que, las complicaciones en la gravidez, parto y puerperio, aparecen entre las cinco principales causas de muerte en las adolescentes entre los 10 y los 19 años. La maternidad a temprana edad, aunque forma parte del patrón cultural de algunos grupos sociales de Colombia, ocasiona grandes riesgos para la mujer y para su hijo. En la mayoría de los casos son embarazos no deseados, que pueden terminar con el abandono de la madre y del hijo o en abortos mal practicados.

En Colombia, la mortalidad materna continúa con cifras altas, que se estiman en 104.9 por 100.000 nacidos vivos para el 2006, los riesgos son más altos en los primeros años del período fértil, como lo muestran las estadísticas de los últimos 10 años (1996-2006), donde se aprecia un incremento de las muertes maternas en el grupo de mujeres entre 15 y 19 años. (8)

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, hecha por PROFAMILIA (9) en 2005, en la que se consideran adolescentes las mujeres entre 15 y 19 años, "ese grupo de población está en problemas para enfrentar adecuadamente su sexualidad y su reproducción". La gravidez en adolescentes aumenta en todas las zonas y regiones del país, pese a los programas de educación, prevención y promoción de la planificación. Según esta encuesta, 19% de las adolescentes ya son madres o están embarazadas de su primer hijo; es decir, una de cada cinco adolescentes, a los 17 años, ha estado embarazada alguna vez y, una de cada tres a los 19 años. El promedio es mayor en la zona rural, 26% de las adolescentes han estado embarazadas, frente a 17.5% de la zona urbana. Por lo anterior, es necesario plantear propuestas orientadas a encontrar soluciones posibles a la situación social y de salud de la mujer, en especial de la adolescente grávida, fundamentadas en referenciales de comprensión y de afecto que, como el del "Desafío Amoroso," permitan su participación, para que asuman su responsabilidad y la de su hijo, como seres integrantes del universo. El desafío amoroso se entiende como el rescate de la afectividad en el cuidado de la salud y de la vida. Gran parte de los trabajos, sea en la perspectiva teórica o en la evaluación de los servicios de salud, mencionan el importante desarrollo técnico en contraste con grandes faltantes en el aspecto humano referente a la dimensión amorosa del ser humano. (6)

De acuerdo con los indicadores básicos de salud del 2006, en Antioquia la tasa de fecundidad fue de 1,91 para una tasa general de fecundidad de 59,0 por 1000 mujeres. Sobre el particular, la DSSA, en una investigación mucho más reciente, muestra algunas cifras sobre la Tasa Específica de Fecundidad en mujeres de 10 a 14 años por 1.000 mujeres del mismo grupo de edad:

AÑO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 p
INDICADOR	2.77	2.68	2.62	2.72	2.85	2.95	2.97	3.01	2.99

En la Región de Urabá, para el año 2006, hubo un total de 13.188 embarazos, distribuidos en los siguientes grupos de edad:

Tasa de embarazos en Urabá 2006

Grupos de Edad	No. de Embarazos	Tasa x 1000 mujeres	%
10 - 14	257	8,2	1,9
15 - 19	3711	129,6	28,1
20 - 24	4032	168,9	30,6
25 - 29	2521	120,2	19,1
30 - 34	1398	79,0	10,6
35 - 39	730	45,8	5,5
40 - 44	260	19,5	2,0
45 - 49	32	3,0	0,2
50 - 54	7	0,9	0,1
Sin datos	240		1,8

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, los embarazos en adolescentes de 10 a 19 años de edad representan el 30% del total de embarazos en la Región de Urabá, lo que supone la necesidad de implementar acciones concretas tendientes a disminuir el embarazo en esta población, que es la más vulnerable y propensa a sufrir complicaciones.

Los Planes de Atención Básica (PAB) elaborados por las diferentes alcaldías, de los 9 municipios de la Región de Urabá, para el período administrativo 2004-2007, priorizaron de forma diferencial los principales problemas de salud de sus poblaciones, siendo Apartadó y Turbo los municipios que identificaron, como sus dificultades más graves: la mortalidad materna, la mortalidad perinatal y la prevalencia de Infecciones de Transmisión Sexual durante la gestación. Por tal motivo, ambos municipios elaboraron proyectos en el área de salud sexual y reproductiva, en los que la salud materna fue uno de los temas de mayor importancia.

Con relación al municipio de Apartadó, para el año 2003, las coberturas de los programas de maternidad y salud reproductiva no fueron las esperadas para lograr una maternidad segura. Por ello, el PAB adoptó la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), colocando énfasis en la disminución de los embarazos en adolescentes y la reducción de los indicadores de mortalidad materna. (6)

La definición de las metas de maternidad segura, en el municipio de Apartadó, fue elaborada con base en los indicadores del año 2000, en los cuales se registraron 11 casos de muertes maternas, 10 casos de sífilis congénita y una tasa de mortalidad perinatal de 24,1 por 1000 NV. En dichas metas, se estableció la reducción de la mortalidad materna en un 50% y la eliminación de la incidencia de sífilis congénita. Para lograrlo, se diseñaron las siguientes acciones: realizar una búsqueda activa de todas las gestantes de alto riesgo; hacer visitas de seguimiento a las gestantes sin ningún régimen; identificar a las parteras; promocionar el parto institucional y la prueba del VIH-SIDA durante el embarazo. En el 2006, se registraron 28 casos de sífilis congénita, cifra por encima de la meta municipal, y cinco casos de muerte materna.

Las cifras de embarazos en la adolescencia en el municipio de Apartadó no son exactas, ya que se establecen, principalmente, con base en los registros de los hospitales y centros de salud, que excluyen a quienes no solicitan sus servicios.

Resulta difícil determinar con exactitud las razones de la preñez de las adolescentes, aunque se ha encontrado, en los trabajos y visitas realizadas por el equipo de Salud Pública del Hospital Antonio Roldán Betancur y de la Secretaría de la Protección Social del Municipio de Apartadó, que un gran número de los embarazos en adolescentes se debe a que éstas no utilizan los métodos de planificación. Adolescentes de comunidades pobres y marginadas, como las del barrio La Paz del municipio, con pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, ven la maternidad como una forma de aumentar su propio valor y poseer algo.

Frente al uso de anticonceptivos, son precisamente las jóvenes quienes menos los utilizan, siendo la situación del barrio La Paz, una de las que mayor preocupación genera en cuanto a salud sexual y reproductiva. En este barrio, casi una cuarta parte de las adolescentes ya son madres o están en gestación.

El informe encontró que además del reducido uso de anticonceptivos en la adolescencia, algunas de las jovencitas embarazadas deseaban ese hijo creyendo que era una manera de escapar a todos sus problemas sociales, sin tener en cuenta que esta acción traería consigo consecuencias tan graves, tales como:

- Aceptación de la lucha que significa criar a un hijo estando soltera
- Maltrato infantil (por no saber cuál va a ser la educación para sus posibles hijos)
- Descompensación familiar
- Baja escolaridad y por ende bajo desarrollo a nivel social, sentimental y profesional
- Consecuencias físicas, emocionales, sociales para los padres
- Mayor riesgo de abortos y nacimientos prematuros
- Deserción escolar, abandono de la educación por empezar a conformar una familia.
- Bajo rendimiento académico

En Urabá, las relaciones y organizaciones sociales no tienen un arraigo familiar y son difíciles de establecer debido al fenómeno del desplazamiento por la violencia. La violencia regional deterioró la calidad de vida de los habitantes de la zona. A su paso dejó una estela de muerte y desolación entre la población masculina, y decenas de mujeres, niños y ancianos desprotegidos.

Al perder a sus esposos, padres o hijos, las mujeres asumieron la responsabilidad del sustento familiar, pero con menos posibilidades de acceder a un empleo bien remunerado, a la salud y la educación. La mayoría de las mujeres han tenido poca formación escolar, lo que las hace más vulnerables para enfrentar las condiciones de pobreza y, a su vez, determina el bajo uso de los métodos de planificación familiar, haciendo desgarrador el panorama de familias numerosas enfrentando problemas de hacinamiento, desnutrición y violencia intrafamiliar.

En conclusión, se puede decir que:

a. El embarazo en adolescentes es un serio problema psicosocial con frecuentes connotaciones penales.

b. El aborto en las adolescentes es frecuente y produce una alta morbimortalidad materna, por lo avanzado de la edad gestacional y las deficientes condiciones técnicas, higiénicas y sépticas en que se realiza.

c. La prosecución del embarazo conlleva el abandono de los estudios por parte de la adolescente, quien frecuentemente no los retoma luego del nacimiento, generando desocupación y difícil reinserción laboral por falta de capacitación.

d. El embarazo y el parto en las adolescentes implican un alto riesgo de morbimortalidad materna, fetal y neonatal.

e. El hijo de madre adolescente tiene un alto riesgo de maltrato y abandono, con frecuente cesión en adopción.

f. La reinserción y el respeto social de la adolescente luego de su embarazo y parto, son difíciles y hasta imposibles.

g. Para el control y contención de la adolescente embarazada, es necesaria la integración de un equipo interdisciplinario, con amplia participación de psicólogos y trabajadores sociales, además de una especial capacitación del equipo asistencial en lo referente a los riesgos perinatales a los que está expuesta la adolescente gestante.

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

La salud pública es un conjunto de políticas, acciones y servicios que buscan mejorar las condiciones de vida y bienestar del individuo, como de la colectividad, bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de la comunidad, los particulares y todos los sectores involucrados.

La salud materna y perinatal de un país, se considera un reflejo de la justicia social y la equidad de un gobierno. Indicadores básicos, como la mortalidad materna, la mortalidad perinatal y la ocurrencia de enfermedades prevenibles, como la sífilis congénita, obtenidos por vigilancia epidemiológica, miden la eficiencia de la salud pública.

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito individual, como colectivo. La Salud Sexual y Reproductiva y las condiciones para el ejercicio de los derechos humanos relativos a ella, reflejen de manera elocuente el nivel de desarrollo y las inequidades que afectan a un país, una región o una localidad. Así mismo, los indicadores en esta materia, están relacionados con las posibilidades de acceso y la calidad de los servicios de salud, con el nivel de educación y el acceso a la información, con los índices de pobreza y, en general, con las condiciones socioculturales, en este caso desfavorables y con circunstancias que generan necesidades y vulnerabilidades específicas. (6)

El embarazo se concibe dentro de unos límites establecidos, al interior de una relación estable o matrimonio y a una edad determinada. Hay un tiempo social, es decir, un orden establecido, que indica un calendario y la secuencia de eventos, actividades y relaciones significativas en la vida de las personas. La vida humana se concibe integrada por una serie de etapas a través de las cuales transita la persona; para cada una de ellas se plantea una serie de derechos, obligaciones y comportamientos esperados. (7)

Es así, como los signos vitales de la adolescencia en el ser humano, tanto en varones como mujeres, se reflejan de acuerdo a los diferentes cambios físicos, cognoscitivos y sociales; en las mujeres, el estirón del crecimiento suele ser el primer signo de que se acerca a la pubertad. Poco después, los senos empiezan a desarrollarse, más o menos al

mismo tiempo aparece un poco de vello púbico. La menarquia, primer ciclo menstrual, ocurre cerca de un año más tarde, pero, el inicio de la menstruación no necesariamente significa que una joven esté en condiciones biológicas de procrear. (9)

El embarazo en la adolescencia es visto con alarma social, lo que se refleja en los medios de comunicación masivos. Entre el común de la gente, el tema tiende a tratarse desde una perspectiva medicalizada o paterna, y el embarazo durante la adolescencia se va construyendo como una eventualidad, inexplicable y alarmante, que puede ocurrir en "cualquier" familia; es algo que atañe, directa o indirectamente, a todos.

El embarazo a temprana edad no es concebido como un problema, hace parte de la cotidianidad de algunas culturas específicas, como se ha podido identificar a través de observaciones y seguimientos realizados en los diferentes procesos y programas sociales que se llevan a cabo desde las disciplinas que abordan el tema.

El tema, por lo tanto, no produce indiferencia social pero si preocupación general por cual ya hay una conciencia social de que éste es un problema al que hay que hacerle frente. Pero sus causas no son bien conocidas aunque se pregunte por ellas de manera constante. Algunos estudios de investigación, por ejemplo, llaman la atención sobre su complejidad y señalan la interacción de factores sociales, económicos, religiosos y culturales. (10 - 11)

Un niño no deseado está expuesto, en muchos casos, a maltrato físico y psicológico; con la disminución de embarazos no deseados se logra, a largo plazo, una mejor sociedad, en la que los niños son amados y respetados por sus padres, quienes se preocupan por su educación y valores, se disminuye el número de adolescentes y adultos resentidos e inadaptados sociales, que por culpa de su nefasta experiencia y carencia de afecto y comodidades para facilitar su desarrollo en la niñez, desean obtenerlo todo por medios fáciles. Estudios demuestran que las personas con desórdenes mentales, provienen en su mayoría de hogares inestables. (10 - 11)

Esta problemática le genera al país un costo aproximado a los 800 mil millones de pesos al año, que para disminuirlo y poder invertir en otros problemas sociales, no basta con que

el Estado se convierta en un surtidor de métodos anticonceptivos; se necesitan proyectos educativos, elaborados por jóvenes que tengan en su vida este tipo de experiencias, que puedan aportar sus vivencias, opiniones y pensamientos, contando las consecuencias de sus hechos, tendiente a concientizar a la juventud sobre los riesgos, latentes y cercanos y los efectos negativos de algo que con un poco de pedagogía y conciencia se puede predecir y cambiar.

Se requiere brindar unas nuevas bases de información a los adolescentes, con el fin de promover la educación y la salud sexual, logrando con ello la disminución de los embarazos no deseados, haciendo consciente a la sociedad sobre este tema, que se ha convertido en un problema de salud pública.

Los datos con que se diseñan intervenciones desde el nivel nacional, pueden no estar dando cuenta de las particularidades locales, e incluso no recoger la diversidad entre las regiones de Colombia. Por ello, gana relevancia la realización de estudios de carácter local, que contribuyan a contrastar o validar lo que el nivel nacional expone y, sobre todo, a orientar las intervenciones en salud con base en evidencias particulares locales, sin perder la perspectiva desde lo nacional.

Con la disminución de los embarazos no deseados, en las adolescentes, se aumentaría significativamente la educación continuada en Apartadó, haciendo jóvenes preparados y competitivos ante el mercado laboral, accediendo con ello a una mejor calidad de vida, disminuyendo los índices de pobreza.

Partiendo de esta realidad, se plantea la necesidad de diseñar un trabajo de investigación de tipo cuantitativo, que arroje resultados cualitativos, cuyas deducciones puedan servir de herramienta para la toma de decisiones sobre criterios de intervención y acciones en política de salud pública, por parte de las autoridades municipales, las instituciones, la comunidad en general, que permita contar con mayores elementos en la identificación de los factores sociodemográficos que inciden en el embarazo de las adolescentes y que igualmente se puedan conocer las consecuencias que esto acarrea, buscando con ello ofrecer una orientación adecuada hacia la solución de la problemática.

Esta investigación se considera importante y pertinente para el Municipio de Apartadó, por cuanto permitirá identificar, focalizar y clasificar las diferentes condiciones sociodemográficas en las que viven las adolescentes embarazadas y las adolescentes lactantes y de igual manera posibilitar el inicio de labores conjuntas de promoción y prevención de embarazos no deseados en la comunidad.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las condiciones sociodemográficas en las que viven las adolescentes gestantes y lactantes, residentes en el Barrio La Paz del Municipio de Apartadó?

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1. MARCO CONTEXTUAL

2.1.1 El Departamento de Antioquia (14)

Antioquia es uno de los 32 departamentos de Colombia, localizado en la zona noroccidental del país. Fue uno de los nueve estados originales de los Estados Unidos de Colombia. Su capital es Medellín, segunda ciudad en población y economía de la nación.

Limita al norte con el mar Caribe y con el departamento de Córdoba; al occidente con el departamento del Chocó; al oriente con los departamentos de Bolívar, Santander y Boyacá; y al sur con los departamentos de Caldas y Risaralda.

Antioquia es una de las entidades territoriales más antiguas de Colombia, puesto que fue creada en 1576 con el nombre de Provincia de Antioquia, el cual conservó hasta 1856 cuando se conformó el Estado Soberano de Antioquia, el cual a su vez en 1886, se convirtió en el actual departamento.

El departamento se encuentra dividido en 125 municipios, uno de los cuales, (Turbo), es distrito Especial Portuario.

El término Antioquia está asociado a la montaña, ya en esta se ha desarrollado especialmente su cultura y su economía, razón por la cual a Medellín se la ha llamado la "Capital de la Montaña". Sin embargo, la montaña antioqueña conformada por las cordilleras Occidental y Central, conforman las dos terceras partes del departamento, mientras una parte corresponde a llanuras. La geografía departamental es bastante variada y conjuga todos los elementos de la geografía nacional: mar, llanuras, montañas, altiplanos, páramos, ríos, ciénagas y bosques. La abrupta Cordillera de los Andes, en su zona colombiana, atraviesa a Antioquia de sur a norte, dividida en dos ramales, llamados Cordillera Occidental y Cordillera Central

El Departamento de Antioquia en Colombia

2.1.2 El Municipio de Apartado (15)

Apartadó es uno de los 125 municipios con que cuenta el Departamento de Antioquia. Se encuentra ubicado en la zona Noroeste del Departamento, en las coordenadas 7°52' 40" de latitud norte y 76° 37' 44" de longitud oeste. Temperatura media: 24º a 32ºC. Ubicado en la Zona de Urabá cerca al mar. Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 25 Metros; altura máxima 1.100 metros (Alto de Carepa). Distancia de referencia: 336 kms de la capital de Antioquia, Medellín.

El área total del municipio es de 600 Km2. El área urbana tiene una extensión de 7.65 Km2 y la rural 592.35 Km2. cuenta con cuatro corregimientos, El Reposo, San José de Apartadó, Churidó y Puerto Girón, además cuenta con 48 veredas. Entre sus 48 barrios se distinguen el barrio Obrero, barrio Pueblo Nuevo, barrio Ortiz y barrio Vélez.

Su nombre en dialecto indígena traduce Río del Plátano (Pata: Plátano, y Do: Río).

La población en el área rural es de 19.732 habitantes y en la cabecera de 114.840 habitantes, (16) donde confluye una diversa mezcla cultural que reúne afrodescendientes, paisas e indígenas, en una planicie que forma parte del Caribe colombiano.

Con respecto a su población, según fuente del Departamento Administrativo de la Seccional de Salud de Antioquia, para el año 2007, el Municipio de Apartadó muestra los siguientes datos estadísticos. (17)

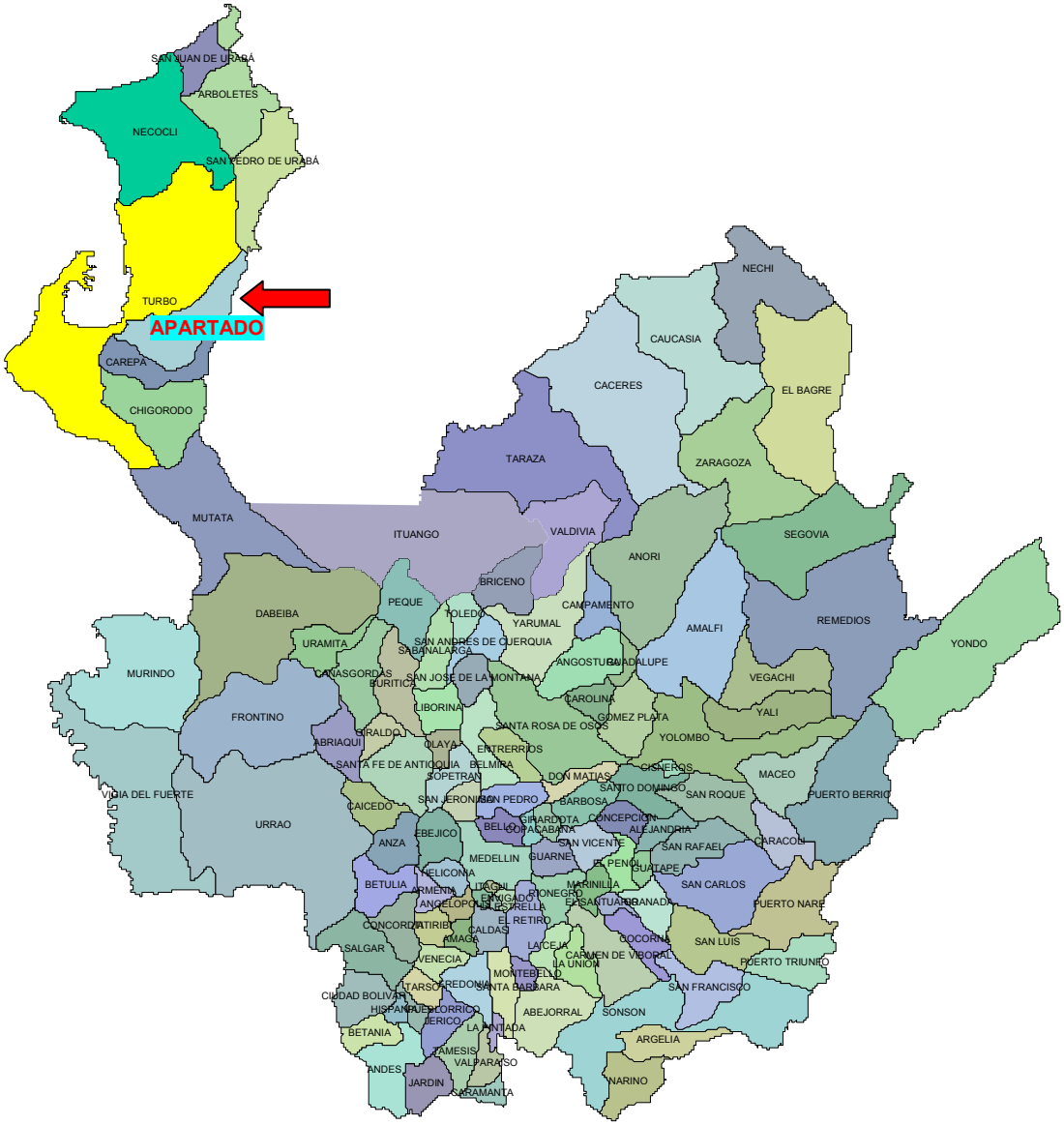
Población Total 2009	148.745
Tasa de Mortalidad Infantil (2007)	16,38
Tasa de Mortalidad Menores 5 años (2007)	17,07
% Bajo Peso al Nacer (2007)	7,35
% de Partos Institucionales (2007)	99,35
% Cobertura Triple Viral (2008)	57,89
% Cobertura Acueducto (2005)	77,13
% Cobertura Alcantarillado (2005)	86,59

De acuerdo a la ordenanza de creación, para el municipio de Apartadó los límites territoriales y jurisdiccionales serán los siguientes: del Alto de Carepa siguiendo hacia abajo y por los límites con el municipio de Chigorodó hasta el nacimiento del rio Vijagual; por éste hacia abajo hasta la desembocadura del Rio Grande, agua arriba hasta su nacimiento; de aquí en línea recta hasta el Alto de Quimarí, de aquí y por toda la serranía de Abibe, en límites con el departamento de Córdoba, hasta el Alto de Carepa, punto de partida.

Apartadó nace a raíz de la colonización provocada con la apertura de la carretera al mar Caribe de Antioquia, y con la persecución política que hubo en Colombia a partir de 1948, tras el asesinato del líder Jorge Eliécer Gaitán. Aunque la fundación del poblado se remonta a 1907, la iniciación formal de la comunidad data más precisamente de 1949, un año después de iniciada la persecución política. Años más tarde, el lugar se convirtió en un puesto de policía instalado por la municipalidad de Turbo en 1985. A partir de ahí, ese puesto de policía inicial se convirtió en corregimiento de este mismo distrito de Turbo.
Oficialmente, Apartadó es creado Municipio mediante Ordenanza Nº 07 del 30 de Noviembre de 1967 e inicia su vida Municipal el 1º de Enero de 1968. Hijo del municipio de Turbo y hermano de los municipios vecinos de Necoclí, Arboletes, San Pedro de Urabá, Carepa y Chigorodó, todos parte del territorio conocido como Urabá antioqueño.
Su Primer Alcalde fue don Delio Velásquez Peláez.

Apartadó es considerado el municipio líder del Urabá antioqueño por su actividad comercial y su infraestructura. Está rodeado de inmensas plantaciones bananeras y plataneras, las mismas que representan el principal renglón de la economía de la región y, en los últimos años, ha tenido un crecimiento acelerado hacia el agroturismo. Apartadó es el principal centro poblado de Urabá y alberga como población flotante la de mayores recursos, pues llegan hasta allí los trabajadores de las grandes empresas productoras, 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.

El Municipio de Apartado en el Departamento de Antioquia



El Municipio de Apartado en la Región de Urabá y dentro de las regiones del departamento de Antioquia

2.1.3. El Barrio La Paz (18)

El Barrio la Paz, objeto del presente estudio, es uno de los 32 barrios que conforman el municipio de Apartadó, con una población promedio de 6500 habitantes, está ubicado en la zona centro-norte del municipio.

“El Barrio La Paz inicio su fundación, por allá en el año 1991, por una invasión en el lugar que hoy ocupa el Barrio 1º de Mayo, en ese tiempo el dueño de ese terreno nos hizo desalojar acompañado de la policía, maquinas y hasta helicópteros, cuando llegaron a desalojarnos les dijimos, que llegáramos a algún acuerdo porque solo queríamos la PAZ, y repetíamos no querer problemas y solo querer la PAZ pero ellos no entendían que solo queríamos un lugar donde vivir, pero que la PAZ era lo primero, y mientras nos sacaban, casi arrastras, decíamos que solo queríamos PAZ, de ahí surgió el nombre del “BARRIO LA PAZ.

Mientras ocurría el desalojo forzado el alcalde elegido, el Señor López Bula, se reunión con nosotros y nos dijo: no se preocupen que no los dejare solos y solucionare el problema de vivienda pronto; después de esto como no teníamos donde vivir quedamos a la deriva, en la calle, pero el Sr. Alcalde, nuevamente nos reunió y nos dijo que ya había comprado en la Bananera Mangolo**,** un terreno con lo que podía cumplir lo prometido y dar solución al problema de vivienda; si es que se le puede llamar **“**Solución al problema de vivienda”; cuando llegamos este era un terreno que aun el dueño no había terminado de sacar la última producción de banano, fangoso, apto para producción, mas no para vivir, todavía tenía mucha capa de vegetación, no tenía ni luz, ni agua y por el terreno nos cobraron $ 100.000, a esto súmele el problema de inseguridad, que aun en este tiempo no se ha podido superar. La inseguridad era tanta que no podíamos pasar de un barrio a otro, mas aun de una calle a otra, motivo por el que muchos después de pagar el terreno, no aguantaron la incertidumbre y abandonaron los lotes y otros perduramos,

Sin embargo, en este querer subsistir perdimos muy buenos Lideres, recodamos con cariño el Sr. Jairo Quiroz, asesinado frente a su familia y murió diciendo que por favor frente a la familia no, y como el muchos otros, la Sra. Edna promotora de salud y lideresa,

en ese tiempo sufrió un atentado del que creíamos no se iba a recuperar pero gloria a "DIOS" aun está batallando por el Barrio.

Después de esta administración llegaron otras, la del señor Nelson Ocampo, la Dra. Gloria Cuartas, sin lograr mejorar el estado de inseguridad en el barrio, al contrario con la Dra. Gloria empeoro, hasta los niños le tenían miedo, solo en la administración del Dr. Mario Agudelo se respiro un hilo de tranquilidad, sin ser del todo un BARRIO DE PAZ**,** pues en este tiempo se ven atentados y asesinatos a pleno sol caliente.

También recordamos como se inicio el colegio que hoy se llama COLEGIO LA PAZ**,** construimos un salón de madera y en este dividido en tres y con profesores pagados por la comunidad iniciaron clases hasta la fecha; en un tiempo cuando el que hoy es secretario de educación del municipio fue rector, este fue muy bueno y el nivel académico también. Pero hoy con el Sr. Efrén, ha desmejorado mucho solo dese cuenta de esto, no hay libertad de religión, les imponen la protestante, cuando hay consultas de pasajes bíblicos les exigen que sea sacado de las biblias evangélicas, también hay un alto índice de estudiantes entre los 12 y 15 años embarazadas y otras lactando, en este primer semestre en los grupos 3º B y 5º B les han cambiado tres veces los profesores.

Es un barrio que queremos mucho y lo hemos luchado porque nos a tocado vivir las verdes y las maduras, carece de atención por parte del gobierno nos prometen mucho y no nos cumplen nada, vea, en la actualidad hay 799 viviendas habitadas por dos y hasta tres familias en las que hay sobre población de niños y ancianos.

A los ancianos les dedicamos mucho tiempo pero por voluntad y recursos nuestros, les hacemos aseo personal incluido motilado, corte de uñas de pies y manos; solo queremos que nos ayuden para construir un Salón Comunitario, donde podamos tener los ancianos y acondicionar el restaurante ya que se tienen que desplazar hasta el Barrio obrero a recibir el almuerzo, expuestos a sol agua y muchos otros riesgos en esta semana una moto atropello a don Manuel y como él los otros, en estos días nos llevaron un equipo de cocina para acondicionarlo para los ancianos pero no lo pudimos recibir por falta de espacio nos toco enviarlo para pueblo nuevo donde la Sra. Beatriz Mona, este SALÓN

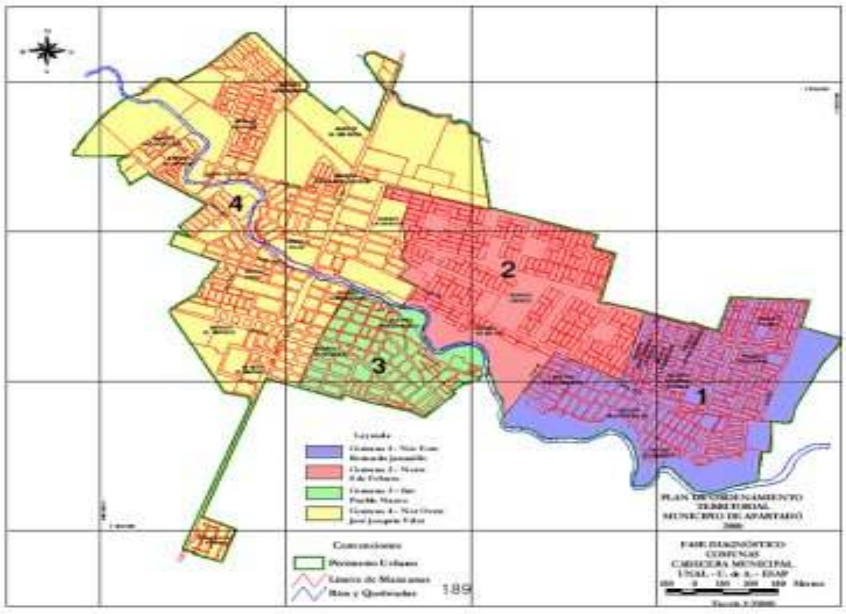
COMUNAL que solicitamos, tenemos pensado hacer de él un multi usos, se puede acondicionar para:

- Comedor comunal.
- Salón de conferencias.
- Lugar de gimnasia física y mental.
- Salón de recreación.
- Salón de albergue.

Tenemos un terreno y toda nuestra disposición y empeño, pero nos faltan material para la construcción, por la mano de obra no se preocupen que hacemos convites, de hecho ya iniciamos gestión con los mismos del barrio pidiéndoles un ladrillo y logramos conseguir aproximadamente 150, pero se desanimaron y con razón porque no nos ven construir, pero es que con ese poquito no hacemos nada.

Esperamos que de esta reunión si logremos apoyo y acompañamiento para nuestro BARRIO LA PAZZZZZZZZZZZZ".

Municipio de Apartadó: División Política Área Urbana



2.2. MARCO TEÓRICO

Con el propósito de orientar mejor la investigación, es preciso definir algunos conceptos claves, que permitan fundamentar teóricamente el tema motivo de investigación, como son: estado de salud, embarazo, lactancia, adolescencia y tipos de adolescencia, embarazo en las adolescentes, consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes, aspectos psicosociales del embarazo en las adolescentes, el recién nacido de madre adolescente, la atención integral de la adolescente.

Estado de Salud: En 1959, Herbert L. Dunn (19) describió a la salud de la siguiente manera:

- *Alto nivel de bienestar*:
    - Un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz.
    - Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado.
- *Tres dimensiones*: Orgánica o Física, Psicológica y Social: El ser humano ocupar una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea.
- *Buena salud*: Estado pasivo de adaptabilidad al ambiente de uno.
- *Bienestar*: Un crecimiento dinámico hacia el logro del potencial de uno.

El estado de salud depende de un ambiente variable que rodea al sujeto, que también sufre, a su vez, variaciones. Por ello la salud nunca puede ser definida como un término absoluto e invariable a lo largo del tiempo y las condiciones ambientales. Es decir, la salud es un proceso dinámico que cambia continuamente a través de nuestra vida y, por tanto, nadie posee un estado fijo de completo bienestar físico, emocional, social y espiritual.

En el concepto de salud se deben incorporar, al menos tres aspectos, uno objetivo (capacidad de realizar una función), otro subjetivo (en términos de bienestar) y otro

ecológico (comprendido como adaptación biológica, mental y social del propio individuo al medio que lo rodea).

Embarazo: El embarazo es el término que define el período de gestación humana luego de la implantación de un espermatozoide en el ovulo de la mujer. El óvulo maduro sale del ovario y es capturado por las trompas de Falopio para que se movilice hacia el útero. Si la mujer ha tenido relaciones sexuales en los días previos, durante, o poco después de la liberación del óvulo, muy probablemente un espermatozoide lo penetrará. A esto se llama fecundación. A partir del momento en que el óvulo es fecundado comienza un rápido crecimiento celular, del óvulo y especialmente de la placenta.

La placenta actuará como filtro que impide la entrada de partículas muy pequeñas al feto; le proporcionará sustancias necesarias para su crecimiento y desarrollo, facilitará el ingreso de oxígeno y la salida del gas carbónico y producirá ciertos compuestos químicos (neurotransmisores) que van a actuar sobre el útero, las mamas y las sangre de la madre, entre otras, todo para beneficio del hijo que está por nacer.

En los primeros tres meses, la mujer embarazada, va a experimentar los signos comunes del embarazo; a partir del cuarto mes se nota un aumento de peso y el útero se agranda conforme al crecimiento del feto. Este crecimiento puede presionar el diafragma y la vejiga y otros órganos cercanos. Además, el volumen de sangre aumenta para que la madre pueda atender sus necesidades y las de su bebé en formación.

El embarazo es una experiencia profunda en la vida de la mujer, mientras cambia su cuerpo y su ánimo, también lo están haciendo sus necesidades y prioridades, esta transición, que es un reto para los adultos, puede resultar abrumadora para una adolescente.

Lactancia materna: Sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva, se ha obtenido la siguiente información bibliográfica:

- Los niños alimentados con leche artificial requieren tratamiento en el hospital con una frecuencia cinco veces mayor que los niños amamantados total o parcialmente.

- A pesar de la alta prevalencia de la lactancia materna, sólo una pequeña proporción de los lactantes menores de 4 meses en países en desarrollo son amamantados al pecho exclusivamente.
- La morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas se incrementan cuando se introducen papillas u otros tipos de leche.
- Así mismo, los lactantes amamantados que contraen Shigelosis y cólera tienen un menos riesgo de enfermar de gravedad.
- La lactancia materna exclusiva proporciona la máxima protección
- Lamentablemente en Bangladesh, donde la mayoría de las mujeres amamantan a sus hijos, casi no se practica la lactancia materna exclusiva.
- La OMS ha estimado que el fomento de la lactancia materna podría reducir en un 25% la mortalidad por enfermedades diarreicas en los primeros 6 meses de vida también se ha calculado la eficacia de esa intervención en relación con su costo.

La leche materna es el mejor alimento para el niño desde el nacimiento hasta los seis meses y que continúa siendo importante hasta los dos años, acompañada de una adecuada introducción de alimentos.

Publicaciones realizadas en el siglo pasado y a principios del presente, demuestran la frecuencia de infecciones graves con la alimentación al biberón; a la fecha, se ha comprobado que la leche materna disminuye la incidencia de enfermedades respiratorias superiores y de alergias alimentarias.

Diez pasos para una lactancia exitosa

1. Disponer de una práctica por escrito relativo a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y forma de ponerlo en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.

5. Mostrar a las madres como se debe de dar de mamar al niño y como mantener la lactancia, incluso si han de separarse de sus hijos.
6. Dar a los recién nacidos solo leche materna, sin otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente autorizados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
9. No dar chupetes de entretención a los niños alimentados con pecho.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a la salida del hospital o clínica.

Reflejos que intervienen en la lactancia

En la alimentación al pecho, intervienen reflejos por parte de la madre y otras del niño, lo que permite una lactancia exitosa.

Reflejos de la madre

a) Reflejo Productor:

Permite que los senos produzcan leche de acuerdo a la necesidad y demanda del niño; este estímulo se da en respuesta a la succión del lactante.

b) Erección del pezón:

Al producirse la succión permite que la parte posterior de la glándula pituitaria libere en la sangre oxitocina. Esta hace que la contracción de las células que expulsan leche tanto de los alvéolos como de los conductos y senos hacia el pezón.

c) Reflejo de eyección:

Este actúa sobre los dos pechos de manera simultánea ocasionando una sensación de pellizcos, endurecimiento del pecho y leve dolor; la mujer debe considerar como beneficioso a pesar de las molestias que le ocasiona.

Reflejos del recién nacido

Algunos de los reflejos que posee el recién nacido y le son favorables en su alimentación son:

a) Reflejo de Búsqueda:

Se observa al tocar una de las mejías del niño; este voltea la cabeza hacia el lado donde proviene el estimulo táctil, cuando siente que algo toca sus labios abre la boca permitiendo así encontrar el pezón para mamar.

b) Reflejo de Succión:

Se inicia cuando el pezón toca el paladar del bebé en la parte de atrás de la boca, intervienen la encía, el paladar y la lengua haciendo presión sobre el pezón y la areola, permitiendo la extracción de la leche.

c) Reflejo de Deglución:

Es el que se da cuando la boca del niño se llena de leche, permitiendo que el bebé la degluta o sea que la ingiere por el tracto digestivo.

Factores sociales y culturales que influyen en la práctica de la lactancia materna

Los factores sociales pueden influir en la práctica de la lactancia materna, tomando en cuenta lo siguiente:

En una sociedad en la que no se considera de buen gusto amamantar a los niños puede hacer que la madre lactante se sienta incómoda, lo que puede causar inhibición del reflejo de " subida de la leche" o disminuir la producción. Además es importante señalar que en muchas ocasiones las madres no reciben el apoyo esperado por parte de su núcleo familiar al presentársele algunas dificultades para continuar la práctica de la lactancia materna.

A nivel Centroamericano se han destacado los siguientes factores:

1. Factores culturales y educativos

a. Desconocimiento de las ventajas de la lactancia materna en pro de la Salud.
b. Imitación de patrones de la lactancia materna artificial de otras culturas no acordes a nuestras condiciones económicas.
c. Utilización de los medios de comunicación masiva para propaganda equivocada e intensiva de alimentos infantiles y sustitutos de la leche materna.
d. Poco énfasis sobre la lactancia materna en programas educativos a todo nivel.
e. Trato descortés y/o desconsiderado de la embarazada en las maternidades por parte de algunos miembros del personal, lo que influye en el estado de la parturienta.
f. Conceptos erróneos sobre deterioro de la belleza femenina por el amamantamiento.

2. Factores relacionados con salud

a. Uso indiscriminado de medicamentos que modifican la leche. Ej.; Anticonceptivos orales
b. Consejos inadecuados o ambivalentes de salud sobre lactancia materna
c. Falta de orientación adecuada sobre lactancia materna a la mujer durante su embarazo, parto y post-parto.
d. Influencia de normas hospitalarias tradicionales en el cuidado de la parturienta y el recién nacido.
e. Falta de apoyo emocional para resolver los problemas de la madre.

3. Factores sociales

a. Incorporación de la mujer al trabajo; siendo muchas veces esta situación incompatible con el cuidado del niño por diversas causas (horario, distancia)
b. Familias que no favorecen el aprendizaje de la lactancia materna; la joven no tiene oportunidad de aprender de otras madres
c. Imitación de hábitos de alimentación
d. Limitada y poca eficiencia y/o poca difusión de la política nacional sobre alimentación y nutrición.
e. Legislación inoperante para la protección de madres y niños; así como la comercialización de leches artificiales o productos alimenticios para niños.

Adolescencia: La OMS (1) define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio - económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años de edad. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano que abarca la transición entre la niñez y la edad adulta, el cual se refiere a los cambios biológicos y a la maduración sexual propia de esta transición por lo tanto la adolescencia comprende las dimensiones biológicas, psicológicas y socioculturales. Es vista como uno de los periodos más saludables de la vida pero también como uno de los más problemáticos. Las principales

causas de mortalidad se relacionan con muerte violenta por homicidio, suicidio o accidentes. Dentro de la morbilidad, hacen su aparición algunas situaciones derivadas de comportamiento de riesgo como el abuso de sustancias- incluyendo el consumo de cigarrillo y alcohol, enfermedad mental, fracaso escolar, delincuencia, enfermedades sexualmente transmisibles, el embarazo entre adolescentes.

Hay tres fenómenos estrechamente relacionados que caracterizan la etapa de la adolescencia: el crecimiento biológico o pubertad, la maduración cognitiva con el inicio del pensamiento abstracto y el desarrollo psicosocial con la progresión de la dependencia de la niñez a una adultez autónoma. (20)

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años). Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. Adolescencia media (14 a 16 años). Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años). Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo

de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".

Embarazo en adolescentes: aunque el embarazo es una condición fisiológica, cuando se presenta durante la adolescencia se convierte en un problema complejo con un alto costo social y personal que además tiene un efecto sinérgico, ya que magnifica los cambios de maduración, tanto en la adolescente como en su hijo. El embarazo se considera de alto riesgo porque necesita cuidados y tratamiento especiales.

El aumento de los embarazos en adolescentes ha sido influenciado por la disminución de la edad de la menarca, el aumento en el tiempo de escolaridad, la demora para casarse, la contracepción inadecuada y la pobreza.

La presencia de un embarazo en una adolescente se constituye en una situación que compromete las posibilidades de escalar metas, colocando mayores barreras para la consecución de las mismas. Esto genera un conflicto familiar en el que los padres sienten frustración por no haber impartido suficientes valores morales a su hija, obligando en muchas ocasiones a formalizar relaciones conyugales entre adolescentes que a futuro serán muy temporales. Esta problemática involucra no solo a la familia, además, compromete la escuela, la iglesia, los profesionales de la salud y el Estado como prestador o vigilante de la administración de la salud. Un embarazo en adolescentes es catalogado como de alto riesgo, debido a la posibilidad de parto pretérmino, bajo peso al nacer, pre-eclampsia, eclampsia, retardo en el crecimiento intrauterino, entre otros. Estos riesgos generalmente van de la mano con circunstancias como mayor tasa de infecciones de transmisión sexual y deficiencias en el cuidado prenatal. En Colombia, la tasa de natalidad ha ido disminuyendo en la población general, no así en el grupo de

adolescentes; de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Demografía en salud realizada por Profamilia y publicada en el año 2000, el 20% de la población gestante tenía menos de 20 años. (9)

Las posibles causas de este problema se relacionan con factores que incluyen bajo nivel socioeconómico, inestabilidad familiar, declinación de las barreras sociales y culturales para el ejercicio de la sexualidad, menarquía temprana en la mujer, escasa orientación sexual, desconocimientos de métodos de planificación, uso inadecuado de algunos métodos de planificación (ritmo, condón, y coito interrumpido).

El embarazo en la adolescencia generalmente es no deseado, obedece a una serie de causas psicológicas, sociales y culturales, con un patrón propio que se repite a lo largo de las diferentes poblaciones en que este fenómeno se ha estudiado. El embarazo en adolescente genera gran preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años, para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicaciones del aborto; en lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y su familia.

El problema de embarazo en adolescentes repercute en la vida de ellas, sus hijos, el entorno socio-familiar y, debido a su frecuencia, se ha convertido en un problema de salud pública. En Colombia, por razones demográficas impuestas por la pobreza, la fecundidad es distinta según el ingreso económico: las mujeres más pobres tienen un mayor número de hijos que la tasa nacional, y la cifra de partos en adolescentes crece cada día. Con el paso de las décadas ha aumentado el acceso a la información, pero el problema continúa teniendo dimensión mundial y constituye un rompecabezas para clínicos y psicólogos sociales, llama la atención que se repite el patrón de embarazo en adolescentes solteras en generaciones sucesivas, en algunas familias, a pesar de una mayor educación y de la angustia de las experiencias previas.

Algunos estudios han comprobado que el mayor número de adolescentes embarazadas se halla en las zonas rurales y en las clases sociales menos favorecidas, donde el nivel de educación, al igual que las redes socioeconómicas de apoyo hacen poca o nula presencia. A pesar del mayor número de esfuerzos para reducir su incidencia, el

embarazo y la maternidad durante la adolescencia siguen siendo preocupaciones a nivel nacional por sus consecuencias en la sociedad, la familia y el individuo.

Consideraciones psicosociales para el aumento de los embarazos en adolescentes: El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

1. Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
2. Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.
3. Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
4. Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1. Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.

2. Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

A. Factores Predisponentes

1. Menarca temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. Familia disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres- hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. Mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y / o sola
5. Bajo nivel educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
6. Migraciones recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. Pensamientos mágicos: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

10. Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
11. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina. 12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.
12. Menor temor a enfermedades venéreas.

B. Factores Determinantes
1. Relaciones sin anticoncepción
2. Abuso sexual
3. Violación

Aspectos Psicosociales del Embarazo en las Adolescentes

A. La adolescencia de las adolescentes embarazadas
La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el período en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado. Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y, en las circunstancias en que ellas crecen, su adolescencia tiene características particulares. Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "hija-madre", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico.

Así, por temor a perder lo que creen tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "abuso sexual", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

B. Actitudes hacia la maternidad

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, ostentando su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme

su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

C. El Padre Adolescente

Si la adolescente no está preparada para ser madre, menos lo estará el varón para ser padre, especialmente porque, en la cultura en que se da la maternidad adolescente, es muy común que el varón se desligue de su papel y las descendencias pasan a ser criadas y orientadas por mujeres.

Esta exclusión del varón provoca en él sentimiento de aislamiento, agravados por juicios desvalorizadores por parte de su familia o amistades ("con qué lo vas a mantener", "seguro que no es tuyo", etc.) que precipitarán su aislamiento si es que habían dudas. Al recibir la noticia de su paternidad, el varón se enfrenta a todos sus mandatos personales, sociales y a sus carencias, exacerbándose todo ello por altruismo, lealtad, etc. como también por su dependencia económica y afectiva. Por ello, busca trabajo para mantener su familia, y abandona sus estudios, postergando sus proyectos a largo plazo y confunde los de mediano con los de corto plazo, comenzando a vivir las urgencias. A todo esto se

agrega el hecho de que la adolescente embarazada le requiere y demanda su atención, cuando él se encuentra urgido por la necesidad de procuración.

En la necesidad de plantearse una independencia frente a su pareja y la familia de ésta, siente que se desdibuja su rol, responsabilizándolo de la situación, objetando su capacidad de "ser padre".

Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "adoptado" como un miembro más (hijo) de su familia política, o ser reubicado en su propia familia como hijo - padre.

Esta situación de indefensión hace confusa la relación con su pareja, por su propia confusión, lo que le genera angustia. Por ello es que el equipo de salud deberá trabajar con el padre adolescente, estimulando su compromiso con la situación, o bien posibilitando una separación que no parezca "huida".

D. Consecuencias de la Maternidad - Paternidad Adolescente

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

1. Consecuencias para la Adolescente

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales. Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzadamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son

madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

2. Consecuencias para el hijo de la Madre Adolescente

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita". Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

3. Consecuencias para el Padre Adolescente

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. en general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

Recién Nacido de Madre Adolescente

A. Peso: No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbimortalidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos, con una prevalencia cercana al 14% de RN con menos de 2500 g.
B. Internación en neonatología: Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edades de las adolescentes.
C. Malformaciones: Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.
D. Mortalidad perinatal: Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años).

Atención Integral de la Adolescente

A. El Enfoque de Riesgo

Estrategia que tiene en cuenta: factores protectores y factores de riesgo psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.

1. Factores protectores: son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia continente (aunque uniparental), una diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de pares con conductas adecuadas, son factores protectores.
2. Factores de riesgo: son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud.

Hay algunos que son más frecuentes e importantes y que deben ser buscados en la entrevista pudiendo ser divididos en psicosociales y biológicos, aunque siempre se asocian.

El enfoque de riesgo se caracteriza por ser:

1. Anticipatorio: permitiendo aplicar medidas preventivas.
2. Integral: abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo.

El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbimortalidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario

Factores psicosociales de riesgo en la adolescente embarazada

- Asincronía madurativa físico – emocional
- Baja autoestima
- Bajo nivel de instrucción
- Ausencia de interés
- Pérdida reciente de personas significativas
- Embarazo por violación o abuso
- Intento de aborto
- Propósito de entregar el hijo en adopción

- Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente
- Trabajo no calificado
- Pareja ambivalente o ausente
- Condición económica desfavorable
- Marginación de su grupo de pertenencia
- Difícil acceso a los centros de salud

Factores de riesgo biológico en la embarazada adolescente

- Edad cronológica < 14 años y / o edad ginecológica < 1 año
- Peso < 45 Kg y / o talla < 1,45 m
- Estado nutricional deficiente
- Aumento insuficiente de peso para su biotipo y estado preconcepcional
- Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad
- Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias)
- Tatuajes
  Más de 2 parejas

B. La Consulta con Adolescentes

Debe recordarse que el embarazo no madura a la adolescente a la adultez, especialmente en los casos de adolescencia temprana o media y, para ello deberán tenerse en cuenta algunos elementos:

1. Características de la adolescente que las diferencia de la mujer adulta

a. La adolescente tiene poca conciencia de salud, resultándole muy difícil asumir un autocuidado debido a las circunstancias en que ocurrió el embarazo y las dificultades que éste le plantea. No tiene tiempo para pensar que debe concurrir regularmente a la consulta, ni comprende la importancia de los estudios complementarios, interpretándolos como castigo. Por ello hay que explicarle muy cuidadosamente para qué sirven y cómo se los realizarán.
b. La adolescente no ha elaborado aún la identidad de género: si no puede comprender cabalmente lo que es ser mujer, menos comprenderá el significado de tener un hijo. Puede manifestarse contenta por ello, siendo más una idealización de la maternidad que una visión real de ella.

c. Una característica de la niñez y de la adolescencia temprana y media es el pensamiento mágico, convencimiento de que las cosas van a ocurrir o no según sus deseos (ej.: "el parto no me va a doler"; "nos vamos a vivir juntos y nos vamos a mantener con lo que él gana"), lo que puede poner en riesgo a la adolescente y/o a su hijo.
d. Tiene temor a los procedimientos invasivos, incluso para los estudios complementarios.

e. Tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas de conversación a esa edad. No han conversado con adultas comparando síntomas, por lo que el médico deberá brindar toda la información lo más clara posible.

2. Dificultad para el vínculo con el hijo

a. Tienen dificultades para discriminarse del bebé, estableciendo vínculos simbólicos con él y, cuando esta vinculación las agobia, pueden descuidar al niño e incluso maltratarlo.

b. Priorizan sus necesidades sobre las del niño, ya que ellas son aún demandantes, y no tienen capacidad de contener a su hijo.
b. Toleran muy poco las frustraciones, ya que no comprenden que el bebé no es como ellas quieren que sea, ni hace los que ellas quieren en el momento que quieren. Pueden llegar al enojo con el niño, poniéndolo en riesgo.

3. Perfil deseable del médico para atender adolescentes

a. Tener idoneidad: no solo en perinatología, sino en características biopsicosociales particulares de la adolescencia.
b. Saber escuchar: permitir que la adolescente plantee sus dudas y temores, alentándola con preguntas respetuosas. Debe ser buen observador de gestos, y saber contener sus actitudes y entrenarse en el contenido de sus palabras, sin reemplazar al psicólogo.
c. Saber respetar: aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos.
d. Ser capaz de registrar: las diferentes sensaciones que pueden provocar las palabras de la adolescente y tenerlas en cuenta. Algunas veces, las manifestaciones de la adolescente o la misma situación, provoca rechazo, enojo e impotencia que pueden

generar, en el médico, actitudes punitivas o paternalistas poco operativas. Si estima que la situación lo supera, deberá buscar ayuda en otro miembro del equipo. Estas situaciones se plantean más intensamente en el parto, especialmente si la adolescente es muy chica o se descontrola, cuando se necesita mayor tolerancia y comprensión, para no provocar daño emocional con secuelas futuras.

4. Contexto de la maternidad adolescente

Por lo general el equipo de salud se enfrenta a las siguientes circunstancias:

a. Embarazo no planificado.
b. Pareja ambivalente o ausente.
c. Familia disfuncional o que, en principio no acepta la situación.
d. Condiciones económicas desfavorables.
e. Escaso espacio social frente al problema, con autoridades escolares que la separan de la institución, empleadores que la despiden y dificultades para constituir una familia.

5. Objetivos del equipo de salud

a. Ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo.
b. Fortalecer los vínculos familiares.
c. Conseguir actitudes compresivas en el personal de la institución.
d. Brindar atención perinatal integral.

6. Estrategias del equipo de salud

a. Atención por equipo interdisciplinario (obstetra, obstétrica, psicólogo, asistente social).
b. Participación de la atención al padre y a los familiares cercanos que la adolescente desee.
c. Brindar atención y seguimiento a la familia y al padre del niño en espacio diferente al de la atención prenatal.
d. Trabajar con personal de la institución (médicos residentes, personal de guardia, enfermeras y otros) que intervengan en la atención.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Caracterizar, desde el punto de vista sociodemográfico, a las adolescentes gestantes y lactantes, residentes en el barrio La Paz del Municipio de Apartadó, durante los años 2008 y 2009.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características sociodemográficas de las adolescentes gestantes y lactantes del Barrio La Paz del municipio de Apartadó.
- Conocer los factores de riesgo en salud y psicosociales que afectan a las adolescentes gestantes y lactantes.
- Contribuir a la prevención del embarazo no deseado promoviendo a través de educación para la salud dirigida a la mujer (adolescente) y a la comunidad.
- Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y formas de ponerlo en práctica.
- Formular una propuesta pedagógica alternativa, buscando disminuir la situación del embarazo en adolescentes, para el municipio de Apartadó.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Enfoque metodológico de la investigación

Investigación de enfoque **Cuantitativo,** mediante el cual recolectar los datos, estableciendo una línea de base, para analizar la problemática de las adolescentes embarazadas y lactantes en estudio.

4.2. Tipo de estudio

Investigación **descriptiva explicativa**, la cual busca especificar las propiedades o características y los perfiles de las adolescentes embarazadas y lactantes del barrio la Paz, así como establecer las causas y consecuencias de salud y psicosociales que las afectan.

4.3. Método

Teniendo en cuenta la naturaleza de la investigación el método es de **análisis y síntesis,** ya que se pretende caracterizar, medir y explicar la problemática de las adolescentes embarazadas y lactantes del barrio la Paz.

Con este método se analizan los factores de riesgo de las adolescentes embarazadas y lactantes estableciendo una relación de causa efecto y mediante la síntesis se interrelacionan las variables observadas y se da una explicación sobre la problemática planteada.

4.4. Población Objeto de Estudio

De acuerdo con la delimitación especial definida dentro del planteamiento del problema, la población de estudio la constituyen todas las adolescentes embarazadas y lactantes del Barrio La Paz del Municipio de Apartadó, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años.

4.4.1. Diseño muestral

Se trabajará con una muestra seleccionada, por conveniencia de 50 adolescentes, 25 gestantes y 25 lactantes del Barrio La Paz del Municipio de Apartadó, con edades comprendidas entre los 10 y 19 años, que cuenten con las características necesarias para

el estudio que se realizará. La muestra se selecciona teniendo en cuenta el tamaño de la población.

4.5. Definición y Medición de las Variables

Para conocer los factores de riesgo y las consecuencias de salud y psicosociales, se establece como variable independiente el comportamiento de las adolescentes embarazadas y lactantes del municipio de Apartadó

4.5.1. Operacionalización de Variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Definición	Escala
Comportamiento de las adolescentes embarazadas y lactantes del barrio la Paz, municipio de Apartado	Características Demográficas	Edad	Adolescentes entre 10 y 19 años	Razón
		Lugar de residencia	Ubicación donde vive la familia	Nominal
		Estado Civil	Situación de las adolescentes determinadas por sus relaciones de pareja	Nominal
		Procedencia	Lugar de donde proviene la familia	Nominal
		Nº de Miembros del hogar	Sumatoria de personas que residen en la vivienda	Razón
		Conformación Familiar	Identificación de los miembros del hogar	Nominal
		Nº de hijos	Sumatoria de hijos que tiene la adolescente	Razón
	Características Sociales	Nivel Educativo	Grado alcanzado en educación	Ordinal
		Situación de Salud	Estado de salud, que goza la adolescente	Razón
		Nº de embarazos	Sumatoria de embarazos que ha tenido la adolescente	Razón
		Tiempo del embarazo	Tiempo de gestación actual, que tiene la adolescente embarazada	Razón
		Métodos de Planificación	Protección efectiva contra el embarazo	Razón
		Presencia de ITS	Enfermedades de transmisión sexual	Nominal
		Vivienda	Estado y tenencia de la vivienda	Razón
	Características Económicas	Ocupación Laboral	Tipo de trabajo que realizan	Nominal
		Ingreso Familiar	Sumatoria de los ingresos familiares	Razón

4.6. Procedimiento para la Recolección de la Información

El procedimiento o técnica que se utilizará para la recolección de la información será a través de la entrevista estructurada o formal, y el instrumento que se utilizará para la captura de los datos será aplicando una encuesta tipo cuestionario, que se aplicarán a las adolescentes gestantes y a las lactantes.

Adicionalmente, nos apoyaremos en investigaciones adelantadas por la Secretaría de Salud Municipal, los referentes bibliográficos, como vivencias de otras personas que han tenido acercamientos al tema.

4.7. Cronograma de Actividades

Acciones investigativas	**Marzo**		**Abril**		**Mayo**		**Junio**		**Julio**		**Costo Unitario**	**Costo Total ($)**
	1-15	16-30	1-15	16-30	1-15	16-30	1-15	16-30	1-15	16-30		
Diseño y elaboración de la propuesta de investigación											2.000.000	2.000.000
Diseño y elaboración del instrumento de recolección de datos											300.000	300.000
Aplicaciones en campo instrumento de recolección de datos (50)											20.000	1.000.000
Tabulación de la información											400.000	400.000
Análisis de resultados											300.000	300.000
Conclusiones											-0-	-0-
Recomendaciones											-0-	-0-
Presentación de los resultados											100.000	100.000
Evaluación											-0-	-0-
TOTAL COSTOS												**4.100.000**

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

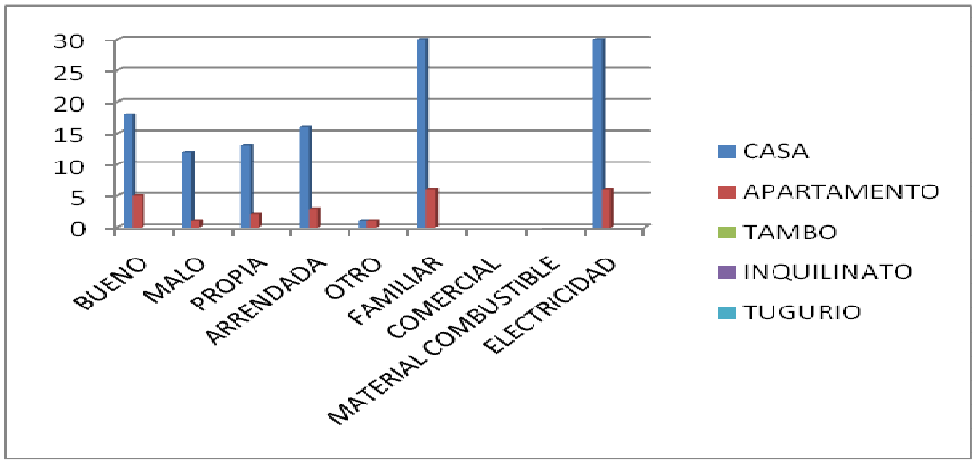
Para el desarrollo de la presente investigación se tendrán en cuenta los principios éticos adoptados en 1971 por la Asociación Americana de Antropología, para investigaciones en salud con seres humanos, teniendo en cuenta los tres principios básicos o deberes prima facie, generalmente aceptados: Respeto por la autonomía de las personas, Beneficencia y Justicia y la Resolución No. 008430 de 1993, del Ministerio de Salud.

En primera instancia, se presenta la propuesta de investigación al Asesor del trabajo, designado por la Universidad CES, quien a su vez lo notificará al Comité de Ética de la misma. Adicionalmente, una de las integrantes del equipo investigador es la Secretaria de Salud del Municipio de Apartadó, entidad interesada en los resultados de la misma.

Dadas las características de las encuestadas, quienes en su mayoría son adolescentes menores de edad, se les solicitara a los padres su autorización para la aplicación del instrumento y se comunicará a cada una de ellas los objetivos y razones del trabajo, garantizándoles la protección de la privacidad, no solo de su personalidad, si no también de la información suministrada y solicitándoles su permiso para la publicación de los datos obtenidos, luego, a partir de la misma, tomar acciones futuras para todo el municipio.

6. RESULTADOS

Tabla y Gráfica No. 1. CARACTERÍSTICA DE LA VIVIENDA									
TIPO	BUENO	MALO	PROPIA	ARRENDADA	OTRO	FAMILIAR	COMERCIAL	MATERIAL COMBUSTIBLE	ELECTRICIDAD
CASA	18	12	13	16	1	30			30
APARTAMENTO	5	1	2	3	1	6			6
TAMBO									
INQUILINATO									
TUGURIO									



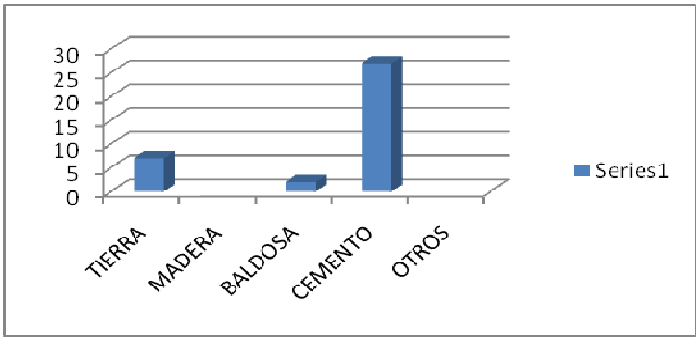
La gráfica No. 1, relacionada con las características de la vivienda, donde habita la joven adolescente, en estado de embarazo o gestante, nos muestra que 83% habitan en viviendas tipo casa, las cales en su mayoría están en buen estado y el 17% en viviendas tipo apartamento, siguiendo el mismo patrón de las primeras, respecto de su estado.

Respecto a la tenencia de la vivienda, se nota que el mayor porcentaje la posee bajo la modalidad de arrendatarios, situación un tanto riesgosa, debido a los bajos ingresos que perciben las familias y el elevado índice de desempleo de los habitantes de la zona, lo que implica gran rotación o nomadismo excesivo, por la incapacidad para los pagos de los cánones de arrendamiento.

Otra variable de relevancia es el hecho de la no existencia de viviendas con uso comercial. Se interpretaría que ante el desempleo reinante, se buscarían alternativas de generación de ingresos, sin embargo, no aparecen registros de que adelanten algún tipo de negocios en el hogar.

Tabla y Gráfica No. 2. ESTADO DE LA VIVIENDA: PISOS

TIERRA	7
MADERA	
BALDOSA	2
CEMENTO	27
OTROS	

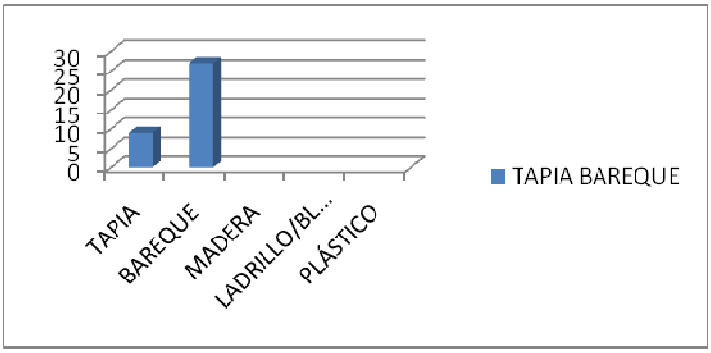


La gráfica No. 2, nos muestra que el 75% de los pisos de las viviendas son en cemento. Y tan solo el 19% se encuentra en tierra.

Continúa el mismo patrón de las características de las viviendas, relacionado con su buen estado.

Tabla y Gráfica No. 3. ESTADO DE LA VIVIENDA: PAREDES

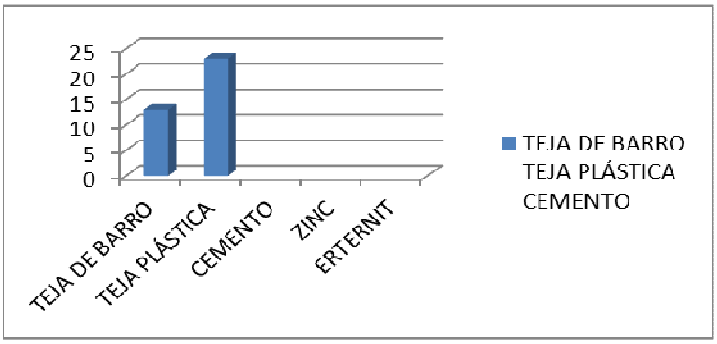
TAPIA	
BAREQUE	
MADERA	9
LADRILLO/BLOQUE	27
PLÁSTICO	
CARTÓN	
OTROS	



Continúa el mismo patrón respeto de las características de las viviendas, relacionado con su buen estado. La gráfica No. 3, evidencia esta situación. El 75% de las paredes de las viviendas están en bloques o ladrillos cemento y tan solo el 19% se encuentra en madera.

Tabla y Gráfica No. 4. ESTADO DE LA VIVIENDA: TECHO

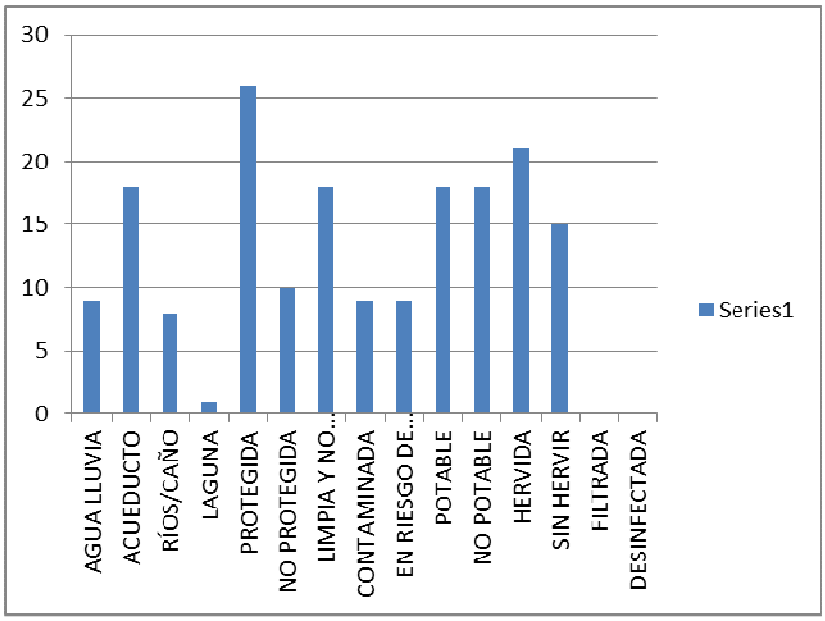
TEJA DE BARRO	
TEJA PLÁSTICA	
CEMENTO	
ZINC	13
ERTERNIT	23
PALMA O PAJA	
CARTÓN	
OTROS	



Respecto a los techos de las viviendas, la gráfica No. 4, nos muestra que el 64% son cubiertas en eternit. Significativo esto, por cuanto es una constante el estado, en general, de las viviendas donde habitan las jóvenes adolescentes en estudio y al tiempo es referente a tener en cuenta, para la implementación de otro tipo de programas.

Tabla y Gráfica No. 5. ACCESO AL ABASTECIMIENTO DE AGUA

AGUA LLUVIA	9
ACUEDUCTO	18
RÍOS/CAÑO	8
LAGUNA	1
PROTEGIDA	26
NO PROTEGIDA	10
LIMPIA Y NO CONTAMINADA	18
CONTAMINADA	9
EN RIESGO DE CONTAMINACIÓN	9
POTABLE	18
NO POTABLE	18
HERVIDA	21
SIN HERVIR	15
FILTRADA	
DESINFECTADA	



El acceso al agua y a otros servicios básicos, de buena calidad, es un derecho que tienen todos los colombianos y los pobladores del barrio La Paz, no son la excepción.

La situación del acceso al agua, en el barrio La Paz del municipio de Apartadó, requiere la atención de las autoridades, ya que solo en un 50% muestran signos de mediana calidad, situación que reviste grandes riesgos para la salud de los habitantes y precisamente estos son responsabilidad de las autoridades municipales.

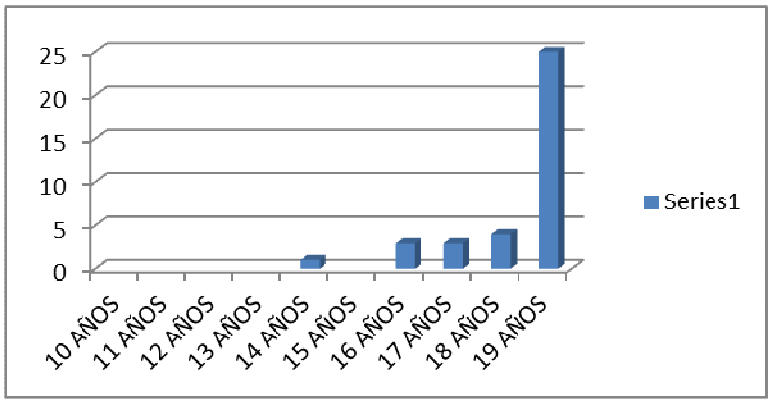
El municipio de Apartadó cuenta con un servicio de acueducto las 24 horas del día, sin embargo, los resultados del presente estudio, nos muestra sobre la existencia de hogares que aun no cuentan con este servicio, tal como se referencia en la gráfica No. 5.

Resulta preocupante que existan familias que un recurran a caños y quebradas, en un 22%, para obtener el preciado líquido y tan solo el 50%, cuente con el servicio de acueducto.

Sin embargo, el válido resaltar la importancia que le da la familia a hervir el agua. La misma gráfica muestra que el 58% la hierve hecho importante para evitar las enfermedades gástricas, sobre todo en los niños y niñas en estado de crecimiento.

Tabla y Gráfica No. 6. EDAD

10 AÑOS	
11 AÑOS	
12 AÑOS	
13 AÑOS	
14 AÑOS	1
15 AÑOS	
16 AÑOS	3
17 AÑOS	3
18 AÑOS	4
19 AÑOS	25



La gráfica No. 6, muestra que 81% de las adolescentes estudiadas, son mayores de edad, las que se encuentran en la última fase de las etapas de la adolescencia.

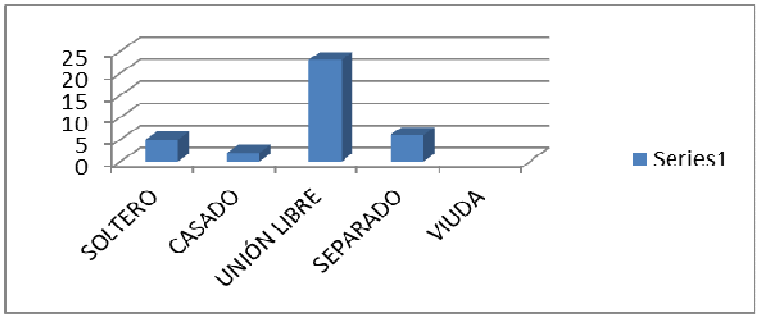
Es muy importante esta información, por cuanto se prevé que una joven a esta edades tienen un cierto grado de madurez y posee ciertos conocimientos que las hace mucho mas responsables respecto a su situación responsabilidad sexual y reproductiva.

El otro porcentaje significativo, niñas de entre 16 y 17 años, el 17%, igualmente, se podrá interpretar que pueden contar con un cierto grado de madurez sexual, que las hace, un tanto, menos vulnerables a situaciones complejas, sin que ello sea de admirar, por cuanto se supone que a estas edades las jóvenes deben encontrarse estudiando y no desempeñando el papel de madres.

Se resalta que la investigación arroja que solo una niña, de 14 años de edad, se encontró en embarazo, lo cual es importante, ya que se esperaba que el porcentaje de niñas, menores de 15 años iba a ser mayor.

Tabla y Gráfica No. 7. ESTADO CIVIL

SOLTERO	5
CASADO	2
UNIÓN LIBRE	23
SEPARADO	6
VIUDA	

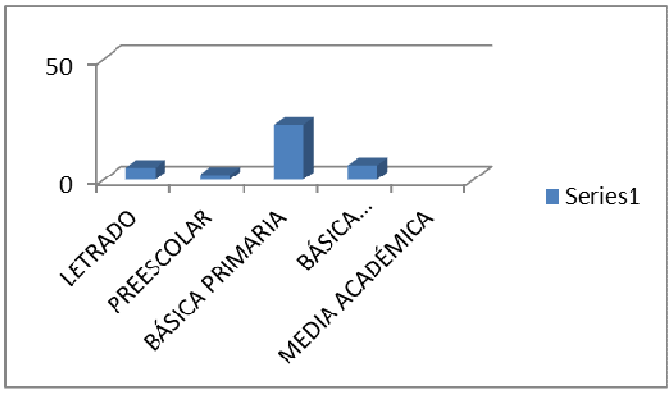


El 64% de las jóvenes cuentan con una pareja estable. El 17%, tuvieron una pareja estable y se encuentran separadas. Un 14% están solteras y el 5% son casadas.

Estos resultados los muestra la gráfica No. 7, lo cual se puede relacionar con la anterior, respecto de la edad de las jóvenes. Igualmente es un indicador importante para la estabilidad familiar de la madre y el bebé.

Tabla y Gráfica No. 8. NIVEL DE ESCOLARIDAD

LETRADO	1
PREESCOLAR	
BÁSICA PRIMARIA	10
BÁSICA SECUNDARIA	20
MEDIA ACADÉMICA	4
MEDIA TÉCNICA	1
EDUCACIÓN SUPERIOR	
OTROS	



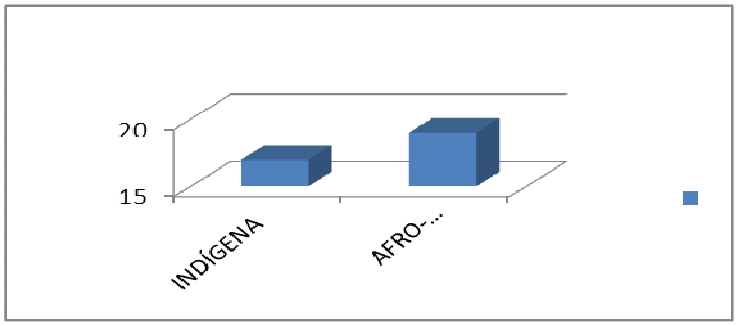
Un referente importante es el nivel de escolaridad de las gestantes y lactantes, en estudio.

La gráfica 8 muestra que un 56%, mas de la mitad, están cursando y terminaros la básica secundaria. Una de ellas terminó una carrera intermedia y 4, el 11% se encuentran cursando la media académica.

continúa siendo relevante este hacho, sumad a los resultados de gráficas anteriores, referido a la edad, estado civil con el nivel de escolaridad, íntimamente ligados

Tabla y Gráfica No. 9. TIPO DE POBLACIÓN

INDÍGENA	
AFRO-COLOMBIANO	17
OTROS	19



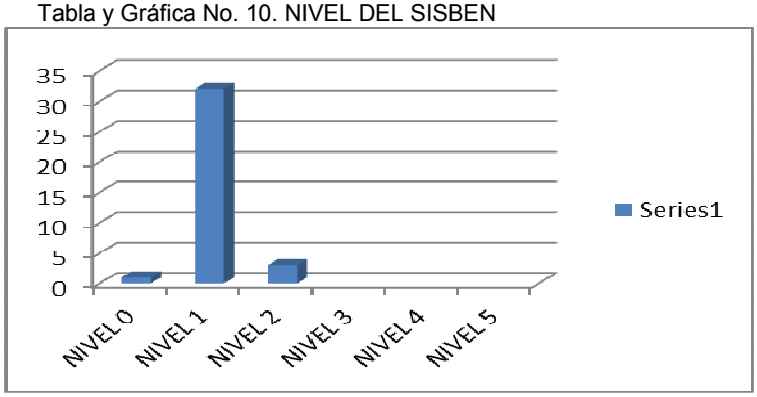
Apartadó es un municipio cuya población mayoritaria es mestiza; al rededor del 40% se identifican como afrodescendientes y en una pequeña proporción son grupos indígenas.

La gráfica No 9, relacionada con la etnia, muestra que 47% de las adolescentes embarazadas, o lactantes, objeto de la investigación, son afrodescendientes.

Es relevante este indicador, ya que al hacer la proporción, con relación al numero de habitantes, significa que esta población requiere una mayor atención en los programas a adelantar, con relación al resto de la población etnica del municipio.

Tabla y Gráfica No. 10. NIVEL DEL SISBEN

NIVEL 0	1
NIVEL 1	32
NIVEL 2	3
NIVEL 3	
NIVEL 4	
NIVEL 5	

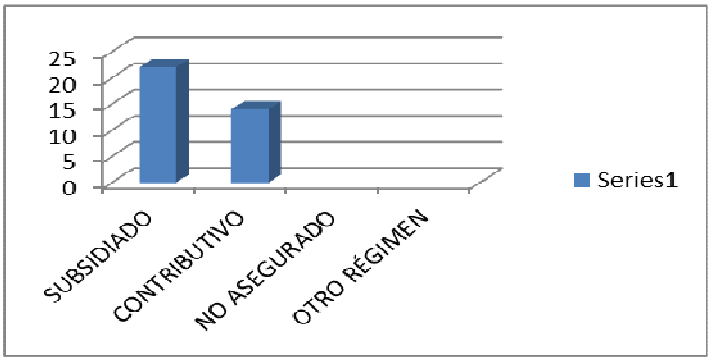


Respecto a la estratificación socioeconómica del municipio de Apartadó, el barrio La Paz, mayoritariamente es de estrato uno, con unos mínimos sectores pertenecientes al nivel 2 de estratificación.

Este nivel de estratificación socioeconómica sirve como referente para la clasificación del nivel del SISBEN. la gráfica No. 10, muestra que el 89% pertenecen al nivel uno de este programa estatal, utilizado para medir el nivel de NBI y otros factores y variables aledañas. De igual manera, le permite tener acceso a una gran cantidad de servicio complementarios con que cuenta el gobierno para la población clasificada en este rango para identificar los beneficiarios de servicios estatales.

Tabla y Gráfica No. 11. ACCESO A SGSSS

SUBSIDIADO	22
CONTRIBUTIVO	14
NO ASEGURADO	
OTRO RÉGIMEN	

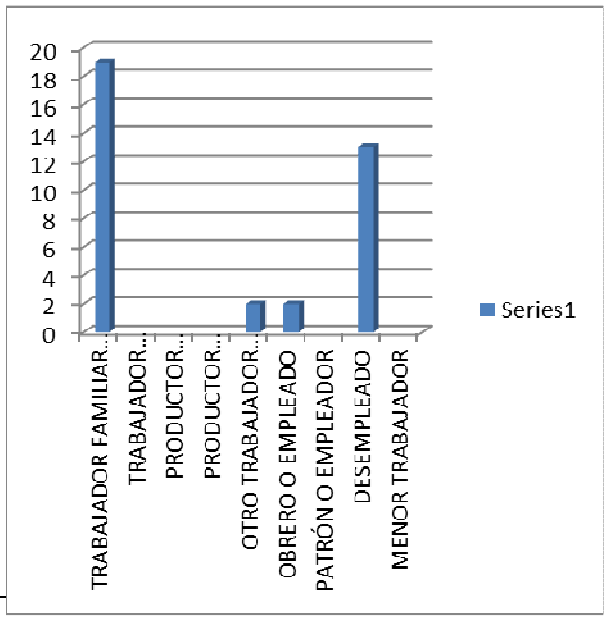


La grafica No. 11, muestra que el 100% de la población en estudio cuenta con algún tipo de seguridad social en salud. El 61% subsidiado y el 39% lo tienen contributivo.

Es un indicador tranquilizante, por cuanto garantiza el cubrimiento en salud, tanto de la madre, sea en embarazo o lactando, como también al bebé en crecimiento.

Tabla y Gráfica No. 12. POSICIÓN OCUPACIONAL

TRABAJADOR FAMILIAR SIN REMUNERACIÓN	19
TRABAJADOR COMUNITARIO SIN REMUNERACIÓN	
PRODUCTOR INDEPENDIENTE PARA EL AUTOCONSUMO	
PRODUCTOR INDEPENDIENTE PARA LA VENTA DE PRODUCTOS O SERVICIOS	
OTRO TRABAJADOR INDEPENDIENTE	2
OBRERO O EMPLEADO	2
PATRÓN O EMPLEADOR	
DESEMPLEADO	13
MENOR TRABAJADOR	

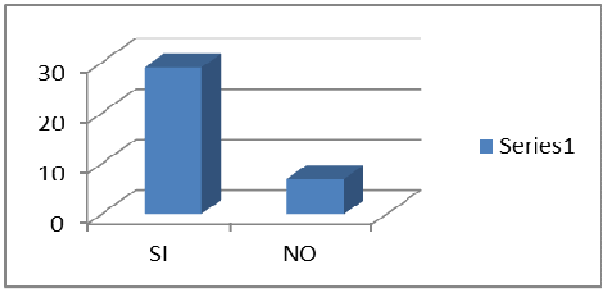


El indicador de la gráfica No. 12, relacionado con la ocupación laboral de las estudiadas, muestra que solo 6% se encuentra laborando como obrera y un porcentaje similar labora como trabajadora independiente. Significa que el 88% no desarrolla actividad económica, ni de producción alguna.

Al analizarlo con el indicador de sistema de salud, con que cuenta la adolescente, se percibe que su pareja, para las que se encuentra conviviendo en unión libre, y los padres, para las demás, las tienen afiliadas a este sistema. Esto, por cuanto se interpreta que, si 14 de las 36, pertenecen al Régimen Contributivo en salud, se encontrarían vinculadas laboralmente.

Tabla y Gráfica No. 13. CONSULTA MEDICA

SI	29
NO	7

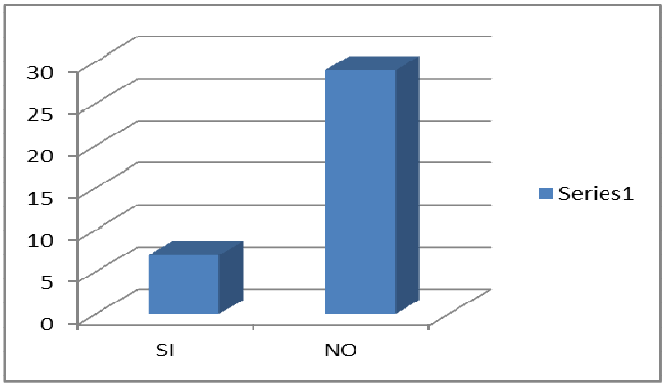


El 81% de las adolescentes encuestadas, manifiesta que asiste a los controles médicos y a las consultas con su médico familiar, como lo muestra la gráfica No. 13.

Es un buen indicador, por cuanto garantiza la salubridad de la madre, sea embarazada o lactante, como la de su hijo, en gestación o nacido. Sin embargo corresponde adelantar acciones con aquellas, que aun cuando cuentan con un régimen de atención en salud, no recurren al médico a realizarse chequeos a atenciones preventivas.

Tabla y Gráfica No. 14. SIGNOS DE DESNUTRICIÓN

SI	7
NO	29



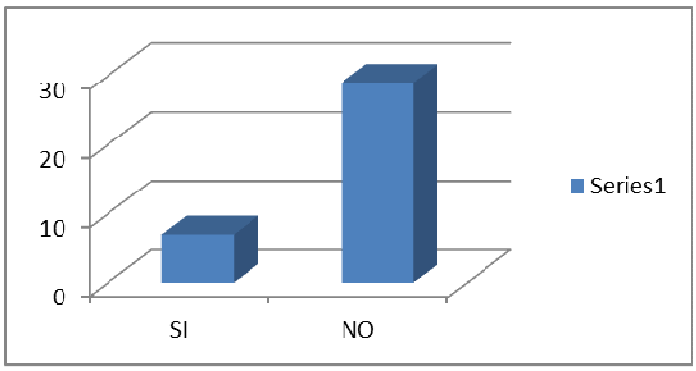
Similar a la gráfica anterior, la No. 14, muestra que el 81% de las adolescentes encuestadas, manifiesta que asiste a los controles médicos, lo que les permite afirmar que su situación en salud, desde el índice nutricional, se encuentra pasando por buen estado.

Es un buen indicador, por cuanto garantiza la salubridad de la madre, sea embarazada o lactante, como la de su hijo, en gestación o nacido.

Corresponde pues, promover en ese 19% que no se realiza chequeos médicos, para que, por su propia salud y la de su hijo, asista a estos programas.

Tabla y Gráfica No. 15. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

SI	11
NO	25



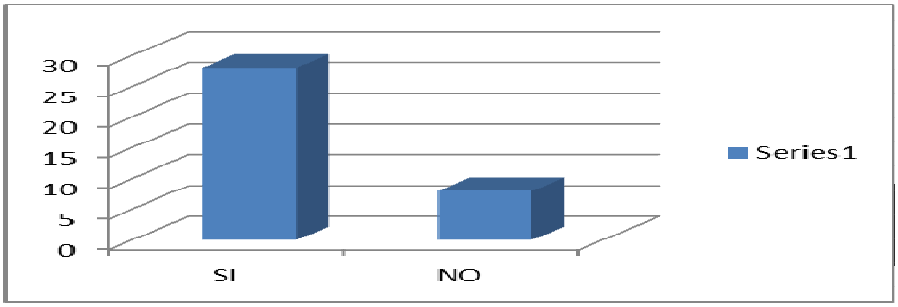
No deja de ser preocupante lo que muestra la gráfica No. 15, en relación con el interrogante sobre la practica de métodos de planificación familiar.

Muestran los resultados que solo el 30% hace controles de planificación familiar, sobre todo ante el hecho de estar propensa a otro embarazo y teniendo en cuenta la afirmación del 90%, que sus embarazos fueron no deseados.

Adicionalmente, si se recuerda el indicador del estado civil, en la que 64% conviven en unión libre. Sin embargo, independientemente de contar con una pareja estable, aun son muy jóvenes para procrear más hijos.

Tabla y Gráfica No. 16. CONTROL PRENATAL

SI	28
NO	8

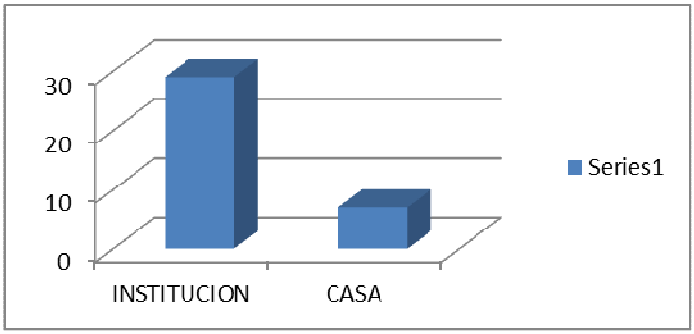


Contrario a la gráfica anterior, la No. 16 muestra que el 78% de las adolescentes en estudio, asisten a programas de control prenatal. Muy importante, por cuanto se nota el interés de ellas de conocer el estado de salud de su hijo, como el de ella misma.

Corresponde a las autoridades adelantar campañas y jornadas de promoción y prevención en salud, tendiente a motivar, no solo a este grupo poblacional, si, no también a todas aquellas mujeres, propensas a ser madres, para que asistan a estos controles.

Tabla y Gráfica No. 17. LUGAR DE ATENCION DEL PARTO

INSTITUCION	29
CASA	7



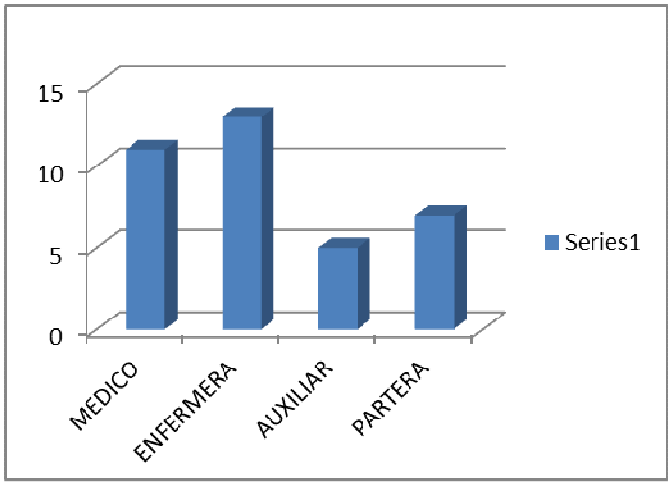
La grafica No. 17 muestra que 81% de las adolescentes embarazadas tuvo su parto en una institución de salud.

Este un indicador importante por cuanto la mayoría de ellas, ve en esta medida, una relativa importancia de seguridad en salud para el nacimiento de su hijo y los cuidados del pos parto.

Continua siendo el miso porcentaje de jóvenes, embarazadas o lactantes, que no asisten a controles médicos, tanto para ellas como para sus hijos.

Tabla y Gráfica No. 18. PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO

MEDICO	11
ENFERMERA	13
AUXILIAR	5
PARTERA	7



Relacionado con la gráfica No. 17, es la No. 18, con respecto a la persona que atendió el parto.

Esta gráfica muestra que ese 81% que asistió a un centro de salud a tener su parto, fue atendida por alguna de las personas habilitadas por la institución para ello. Pudo ser el mismo médico, en el 38%, por una enfermera, el 45% y por un o una auxiliar de enfermería, el 17%.

El hecho de que el 19% de los partos hayan sido atendidos por las parteras, no deja de llamar la atención, ya que es indicador de que esta práctica aun está vigente en la región y mientras se realicen con todas las normas de higiene y salubridad, es una alternativa válida, para traer niños al mundo.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

Con los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación podemos llegar a la conclusión de que el embarazo en mujeres adolescentes entre 14 - 19 años de edad, de bajos recursos tiene una prevalecía elevada, por lo que es de gran interés social, el hecho de que se inicie la educación sexual a temprana edad, esto es desde quinto de primaria con el fin de que los alumnos tomen conciencia del riesgo que implica el inicio de la vida sexual a temprana edad.

La presente investigación nos muestra, entre otras las siguientes conclusiones:

1. Respecto al estado y tenencia de la vivienda, muestra que a pesar de residir en barrio de estratificación baja, viven en condiciones apropiadas y la tenencia de la vivienda, en un buen número es de propiedad familiar.
2. Predominaron las adolescentes de edades entre los 16 y 19 años, siendo esta última la del mayor porcentaje.
3. La unión libre, es el tipo de unión conyugal de mayor predominancia.
4. El mayor porcentaje de las adolescentes dio Lactancia Materna 1 - 3 meses
5. Mas del 50% de ellas cursa o estaba cursando la básica secundaria
6. Se identifica un alto porcentaje de adolescentes afrodescendientes.
7. Las amas de casa predominaron en las adolescentes estudiadas.
8. El mayor porcentaje de jóvenes están desempleadas o dedicadas al hogar sin ningún tipo de remuneración.
9. Una nota importante es el hecho que más del 80% asisten a controles médicos y su estado de salud, visto desde el punto de vista de la desnutrición, es aceptable.
10. Se evidencia un alto riesgo latente, por el hacho del que cerca del 70% no adelanta practicas de planificación familiar.

7.2. Recomendaciones

El desarrollo de programas de promoción, protección y prevención efectivos y eficaces, dirigidos tanto a mujeres, como hombres, en la etapa de la adolescencia, para prevenir embarazos en esta edad, hacia una maternidad responsable, a través de acciones intensas y de amplia masificación, en centros educativos, centros de salud, grupos focales de juventudes, centros y grupos parroquiales, con activa presencia y motivadores adolescentes, articulando a las EPS e IPS, y por supuestos a los padres y madres de familia y demás miembros del entorno familiar y social de las adolescentes, deberá ser una prioridad para las autoridades en salud del municipio de Apartadó.

Es un reto y una responsabilidad de la administración municipal y mucho más directo de la Secretaria Municipal de la Protección Social, quien deberá liderar este proceso, tendiente a disminuir ese acelerado crecimiento de los porcentajes de jovencitas adolescentes en situación de embarazos, en el municipio.

8. REFERENTES BIBLIOGRÁFICOS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2005 - ¡Cada madre y cada niño contarán!. Ginebra / nueva Delhi: 7 de abril de 2005.

2. López Gómez JR, Bracho de López C, Valderrama I, Silva R, Arenas C. La adolescente embarazada. Morbimortalidad materna y fetal. Rev Obstet Ginecol Venez. Caracas: 1992; 52: 17-22.

3. Maglio, M. Lactancia y rol materno: imposición o elección. España: Edit. Sal Terrae; 2.002.

4. Arteaga, E, Barrios, F, Salazar, G, González, X. La lactancia materna exclusiva. experiencia de madres adolescentes. UNASUR. Universidad de Carabobo, Venezuela; 2003.

5. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. Edición 1998. Publicación Científica N° 569.

6. Varón, M. Lactancia materna en adolescentes: una visión del cuidado humano. Universidad de Carabobo, Venezuela; 2003.

7. Osorno, J. Hacia una feliz lactancia materna. Editorial Gente Nueva. Santa Fe de Bogotá, D.C.; 1992.

8. Gallego, LI. La Salud de las Madres en Antioquia: un reto, un derecho, un compromiso. Medellín; 2007. P. 17-18.

9. PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá: PROFAMILIA; 2000.

10. De la Cuesta, C. Tomarse el amor en serio. Medellín; Universidad de Antioquia; 2002. P. 82

11. Papalia, D. Psicología del desarrollo. Bogotá; Ed. Mac Graw Hill; 2001. P. 604.

12. Silver RM, Warren J. Autoimmune disease in pregnancy: systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. Obstet Gynecol Clin 2004,31(2):634-65.

13. Berglund S, Liljestrand J, Marin FM, Salgado N, Zlaya E. The background of adolescent pregnancies in Nicaragua: A qualitative approach. Social Science and Medicine 1997; 44: 1-12

14. Gobernación de Antioquia. 2010. Disponible en URL:http://www.gobernacióndeantioquia.gov.co/

15. Alcaldía Municipal de Apartadó. 2009. Disponible en URL:http://www.alcaldíadeapartadó.gov.co/

16. DANE, Censo Nacional de Población, 2005

17. Departamento Administrativo Seccional de Salud de Antioquia; 2009

18. Fuentes E, Gutiérrez CE. Lideresas del Barrio La Paz. Integrantes del Comité de Salud y de la JAC. Apartadó, Colombia; 2010.

19. Dunn HL. Sociological abstracts. Universidad de Michigan; Volúmenes 7-8. Editado por L.P. Chall. 1959

20. Escobar J. Dimensiones ontológicas del cuerpo. Una visión filosófica del cuerpo y su relación con el ejercicio de la medicina. Bios y Ethos No. 2. Bogotá: U. El Bosque, 1997.

9. BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Alcaldía Municipal de Turbo Antioquia. epidemiológico “Salud al día”; Secretaria de salud. Turbo; Boletín. 2007.

- Arteaga E, Barrios F, Salazar G, González X. La lactancia materna exclusiva. experiencia de madres adolescentes. UNASUR. Universidad de Carabobo, Venezuela; 2003

- Botero J. Obstetricia y ginecología. Bogotá. Ed. Quebecor Word. 2004. p. 660.

- Coll A. Embarazo en la adolescencia. Clínicas perinatológicas argentinas, 1997, Nº 4. Buenos Aires; Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).

- Dirección Seccional de Salud de Antioquia. La salud de las madres en Antioquia: un reto, un derecho, un compromiso. Medellín: Multigráficas Ltda.; 2007

- El espectador. Cada vez más adolescentes en embarazo. El espectador. 2000, abril 30. P 3-6

- García MH, Hernández ML, Manjón A. Embarazo y adolescencia - Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca; Rev. sobre Salud Sexual y Reproductiva, año 2000, jun, Nº 2. Buenos Aires; Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva. p. 10-12.

- Gobernación de Antioquia. Informe final de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en el departamento de Antioquia, 2004-2007. Medellín; Dirección Seccional de Salud. 2008

- Ministerio de la Protección Social. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá; Ministerio de la Protección Social; 2004.

- Molina R, Pérez A, Donoso E. Adolescencia y embarazo. Rev. Obstetricia, Cap. 14, 2ª Edic. 1992; Santiago de Chile: Publicac. Técnicas Mediterráneo.

- Molina R, Sandoval J, Luengo X. Salud sexual y reproductiva del adolescente. Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2ª Edición, Asunción, Paraguay: EFACIM - EDUNA. 2.000.

- Morris C. Introducción a la psicología. México: Edit. Pearson Educación. 2001. p. 535.

- Rico J. Demografía Social y Salud Pública. Cali: Edit. XYZ. 1990. p. 172

- Toro MJ, Uzcátegui O. Embarazo en la adolescente. Rodríguez O, Santiso R, Calventi V. Ginecología, fertilidad y salud reproductiva. Flasog, 2003 vol. 1, cap. 32. Caracas, Venezuela: Edit. Ateproca.

- Varón M. Lactancia materna en adolescentes: una visión del cuidado humano. Maracaibo Venezuela: Universidad de Carabobo. 2003.

- http:/es.wikipedia.org./wiki/embarazo.

- Universo.net.co/investigación/destacado/embarazoenadolescentesafrodescendientes.html.

- http://www.merksourec.com/pp/us/cns/cns.hladam.

- http/www.monografias.comtrabajos15/embarazo-adolescente.shtm

ANEXOS

Anexo 1. Ficha - instrumento de recolección de la información

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
VISITAS DOMICILIARIAS

I - PROGRAMACIÓN DE LA VISITA

Datos de la persona que realiza la visita				Código (automático)		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo Doc.	Documento identid	Expedida en:

Sitio de visita

Departamento	Entorno Urbano		Entorno Rural		
Código DANE	1 Barrio		1 Vereda		4 Territorio colec	
Municipio	2 Localidad o Comuna		2 Corregimiento		5 Comun	
Código DANE	3 Comunidad		3 Resguardo Indígena			

Entidad que programa la visita	Dia en que se programa visita			Dia en que se realiza la visita			Modalidad de la Entrevista	
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año	Hora	Visita domiciliaria
	D D	M M M	A A A A	D D	M M M	A A A A	hh:mm	Entrevista en lugar diferente al domicilio

Datos de la persona a contactar

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo Doc.	Documento identid	Expedida en:

Datos del jefe de hogar

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Tipo Doc.	Documento identid	Expedida en:

Dirección de visita y correspondencia	Teléfonos en que se puede contactar	
	Fijo	Celular

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

12. TIPO	13. ESTADO		14. TENENCIA			15. USOS DE LA VIVIENDA			16. TIPO DE ALUMBRADO	
	13.1 Bueno	13.2 Malo	14.1 Propia	14.2 Arrendada	14.3 Otro	15.1 Familiar	15.2 Comercial	15.3 Indique cual	16.1 Material Combustible	16.2 Electricidad
12.1 CASA										
12.2 APARTAMENTO										
12.3 TAMBO										
12.4 INQUILINATO										
12.5 TUGURIO										

MATERIALES DE LA VIVIENDA

17. PISOS	18. PAREDES	19. ELEMENTOS Y DISPOSITIVOS ELECTRONICOS			
17.1 Tierra	18.1 Tapia	19.1 Estan debidamente aislados			
	18.2 Bareque	19.2 Sus condiciones pueden generar cortos circuitos o incendios			
17.2 Madera	18.3 Madera				
	18.4 Ladrillo / Bloque	20. TECHO	20.1 Teja de barro	20.4 Zin	20.7 Carton
17.3 Baldosa	18.5 platico		20.2 Teja plastica	20.5 Eterni t	20.8 Otros
17.4 Cemento	18.6 Carton		20.3 Cemento	20.6 Palma o paja	20.9 ¿Cuál?
17.5 Otros	18.7 Otros				

AGUA

21. ACCESO AL ABASTECIMIENTO DE AGUA DE BUENA CALIDAD									22. ABASTO DE AGUA		23. TRATAMIENTO DE AGU	
21.1 FUENTE DE AGUA	21.1.1 Superficial	21.1.1.1 Agua lluvia	21.1.2 Subterranea	21.2 PROTECCION DE LAS FUENTES DE AGUA	21.2.1 Protegida	21.2.3 Limpia y No Contaminada	21.3 CALIDAD	21.3.1 Potable	22.1 CONEXIÓN AL ACUEDUCTO	22.1.1 Intradomiciliaria	23.1 Hervida	23.3 Filtrada
		21.1.1.2 Rio / caño				21.2.4 Contaminada		1.3.2 No potab				
		21.1.1.3 Laguna			protegida	contaminacion		Desconocida		Extradomicili	Sin	Desinfectada

24. DISPOSICION DE EXCRETAS						25 AGUAS GRISES				
24.1 DISPOSICION FINAL	24.1.1 Alcantarillado	24.1.3 Pozo septico	24.2 ARTEFACTO	24.2.1 Inodoro	24.2.3 Letrin	25.1 DISPOSICION FINAL	Alcantarillado	septico	25.2 ARTEFACT	25.2.1 Lavadero	25.2.3 lavamanos
	24.1.2 Sumidero	24.1.4 Campo abierto		sanitaria	Ninguno		25.1.2 Sumidero	Campo		25.2.2 Lavaplato	25.2.4 Ninguno

BASURA

26. RECOLECCION DENTRO DE LA VIVIENDA	26.1 Vasija con tapa	26.2 Vasija sin tapa	26.3 Bolsa	26.5 Separacion de basura	27. DISPOSICION FINAL	27.1 Relleno sanitario	27.2 Enterrada	27.3 Quemada	27.4 Campo abierto	27.5 Rio / Quebrada	27.6 Reciclaje	27.7 Otros

CONDICIONES QUE OFRECE LA VIVIENDA - DESDE LA INFRAESTRUCTURA FISICA Y LA UBICACIÓN

28. HACINAMIENTO	SI	NO	33. UBICACIÓN SEGURA	SI	NO	37. COCINA	SI	NO	ESTABLE		SI	NO	ONVIVENCIA CON ANIMALES DOMEST				SI	NO
BUEN ESTADO HIGIEN	SI	NO	34. ESPACIO PARA LA CONVIVENCIA SANA	SI	NO	habitaciones	SI	NO		39.1 Servicio de transporte	SI	NO	41.1 Perros	41.3 Gatos	41.5 Cerdos	41.7 Gallinas		
0. ROEDORES E INSECTO	SI	NO	35. DISEÑO Y ESTRUCTURAS ADECUADAS	SI	NO	37.2 Buenas condiciones higienicas sanitaria	SI	NO		39.2 Al trabajo	SI	NO						
						37.3 Fogones a gas	SI	NO	39. ACCESIBILIDAD	39.3 Centros educativos, comerciales y culturales	SI	NO	41.2 Vacunado	41.4 Vacunado	41.6 Vacunado	41.6 Vacunado		
31. ILUMINACION ADECUADA	SI	NO	36. SERVICIOS BASICOS DE BUENA CALIDAD	SI	NO	37.4 Fogon electrico	SI	NO		39.4 Servicios de salud	SI	NO	41. 9 OTROS	41.10 CUALES?				
32. VENTILACION ADECUADA	SI	NO				combustible	SI	NO		recreativas	SI	NO		41.11 Vacunado				

HISTORIA FAMILIAR

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA FAMILIA

1. VIVIENDA N°	2. APELLIDOS DE LA FAMILIA		3. POBLACION	3.1 INDIGENAS		AFRO-COLOMBIA		3.3 OTROS	
. LA FAMILIA ESTA EN SITUACION DE	4.1 Desplazamiento	4.3 Retorno	4.4 Reubicacion	5. NIVEL DEL SISBEN	5.1	0	5.2	1	5.3	2	5.4	3	5.5		5.6	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

6. NUMERO DE ORDEN	DE IDENTIDAD		8. NOMBRES	9. APELIIDOS	NACIMIENTO				11. SEXO		12.ESTADO CIVIL					13. ESCOLARIDAD											. POSICION OCUPACION												AFILIACION A SI		
	7.1 TIPO	7.2 NUMERO			10.1 Dia	10.2 Mes	10.3 Año	10.4 Edad en años	11.1 Masculino	11.2 Femenino	12.1 Soltero	12.2 Casado	12.3 Unión libre	12.4 Separado	12.5 Viudo (a)	13.1 Actualmente estudiante		13.2 Nivel de escolarida									14.1 Trabajador Familiar sin remuneracion	14.2 Trabajador comunitario sin	14.3 Productor independiente para el	14.4 Productor independiente para la	14.5 Otro trabajador independiente	14.6 Obrero o empleado			14.8 Desempleado	14.9 Menor trabajador	15.1 TIPO DE AFILIACION				15.2. EPS	
																SI	NO	13.2.1 Letrado	13.2.2 Preescolar	13.2.3 Basica Primaria	13.2.4 Basica Secund	13.2.5 Media Academ	13.2.6 Media Tecnica	13.2.7 Educacion Sup	13.2.7 Otros											15.1.1 Subsidiado	15.1.2 Contributivo	15.1.3 No asegurado	15.1.4 Otro regimen	
1																																								
2																																								
3																																								
4																																								
5																																								
6																																								
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								
11																																								
12																																								

16. CLASIFICACION DE LA FAMILIA

16.1 TIPO DE FAMILIA	01 Nuclear	04 Ampliada	16.2 CICLO VITAL DE LA FAMILIA	01 Formacion	04 Adolescente	06 Post Parent
	02 Extensa o conjunta	05 Diada conyugal		02 Expansion	05 Plataforma de l	07 Disolucion
	03 Monoparentales	06 Simultanea, superpuesta o reconstruida		03 Escolar		

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
VISITAS DOMICILIARIAS

HISTORIA FAMILIAR

GRUPOS DE EDAD	17. NUMERO DE ORDEN	18. CONSULTA MEDICA ULTIMO AÑO		19. CRECIMIENTO Y DESARROLLO		20. EVALUACION NUTRICIONAL							21 VACUNACION			22. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA - EDA - EN EL SEMESTRE				23. INFECCION RESPIRATORIA AGUDA -IRA- EN EL SEMESTRE				24. ATENCION PREVENTIVA ODONTOLOGICA		25. TOMA DE AGUDEZA VISUAL		26. PLANIFICACION FAMILIAR			27. ULTIMA CITOLOGIA		28. RESULTADO DE LA CITOLOGIA		29. HA RECIBIDO EDUCACION EN AUTOEXAMEN DE MAMA		30. REALIZA PERIODICAMENTE EL AUTOEXAMEN DE MAMA		31. REMITIDO (A) A PROGRAMAS		32. ENFERMEDAD DE NBASE (Agudas, cronicas y degenerativas)	33. RECIBIO					
						20.1 Peso	20.2 Estatura	20.3 Signos de desnutricion		20.4 Obrepeso a la observacion	20.5 Recibio lactancia materna exclusivamente hasta	20.6 Recibio lactancia materna y alimentacion complementaria hasta	21.1 Cumple con esquema de vacunacion de acuerdo con la edad																													33.1 Atencion	33.2 Tratamiento medico condicional	33.3 Tratamiento medico con medicina alternativa	33.4 Seguimiento	33.5 Control	33.6 Remision
		SI	NO	SI	NO			SI	NO				SI	NO	No sabe	SI	NO	22.1 Nro. de Episodios	22.2 Sabe su manejo	SI	NO	22.1 Nro. de Episodios	22.2 Sabe su manejo	SI	NO	SI	NO	SI	NO	26.1 Metodo	27.1 Año	27.2. Nunca se ha realizado	28.1 Normal	28.2 Alterado	SI	NO	SI	NO	SI	NO							
0 A 59 MESES MENORES DE CINCO AÑOS																																															
5 A 9 AÑOS																																															
10 A 13 AÑOS																																															
14 A 16 AÑOS																																															
19 A 49 AÑOS																																															
50 A 64 AÑOS																																															
64 AÑOS Y MAS																																															

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
VISITAS DOMICILIARIAS

IDENTIFICACION DE PROCESOS PROTECTORES EN LA FAMILI		SI	NO
SEGÚN EL ESTADO DE SALUD DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	1. Niños menores de cinco años en crecimiento y desarrollo		
	2. Niños escolarizados		
	3. Niños estado nutricional adecuado		
	4. Embarazadas con control prenatal		
	5. Mujeres con conocimientos para el cuidado de la salud		
	6. Adultos satisfechos con su ocupacion		
	7. Familia sana		
SEGÚN COMPORTAMIENTOS, CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD	8. Habitos alimenticios adecuados		
	9. Práctica de deportes y/o actividad fisica		
	10. Los integrantes de la familia participan en grupos culturales o deportivos		
	11. Motivacion para la educacion en salud		
	12. Participacion de los integrantes de la familia enla toma de decisiones		
	13. Existencia de un proyecto de vida familiar		
SEGÚN LAS CONDICIONES DEL ENTORNO	14. Servicios sanitarioas adecuados		
	15. Separacion y disposicion de las basuras en forma adecuada		
	16. Zonas en la vivienda para el descanso		
	17. Ambiente limpio sin contaminacion		
	18. Cuidado a los animales domesticos		

IDENFICACION DE PROCESOS DE RIESGO EN LA FAMILIA		SI	NO
SEGÚN EL ESTADO DE SALUD DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA	1. Niños menores desnutridos o riesgo de desnutricion		
	2. Episodios de IRA en menores de 5 años en los 2 ultimos meses		
	3. Episodio de EDA en menores de 5 años enlos 2 ultimos mesese		
	4. Niños menores de cinco años no cacunados		
	5. Niños menores de un año sinlactancia materna		
	6. Menores a cargo del hogar		
	7. Menores de edad vinculado a actividades laborales		
	8. Embarazadas sin control prenatal		
	9. Madres y padres adolescentes		
	10. Miembros de la familia con alguna enfermedad transmisible		
	11. Mujeres en edad fertil sin planificacion familiar		
	12. Adultos con enfermedades cronicas		
	13. En la familia hay personas con discapacidad fisica		
	14. Discapacidad mental en algun miembro de la familia		
	15. En la familia hay personas victimas de mina antipersonal		
	16. Antecedentes familiares de cancer		
	17. Algun miembro de la familia ha intentado quitarse la vida		
SEGÚN COMPORTAMIENTOS, CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD	18. Consumo de alcohol y/o sustancia psicoactivas		
	19. Tabaquismo en alguno de los miembros		
	20. Violencia intrafamiliar		
	21.Embarazo no deseado		
	22. Bajo nivel educativo de los padres		
	23. Maltrato y castigo a los hijos		
	24. Abandono fisico y moral		
SEGÚN LAS CONDICIONES DEL ENTORNO	25. No consumen agua potable		
	26. Basuras a campo abierto		
	27. Excretas a campo abierto		
	28. Hacinamiento		
	29. Mala higiene de la vivienda		
	30. Permanencia de animales domestico en la vivienda		
	31. Vivienda con contaminacion por humo		
OTROS			

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
VISITAS DOMICILIARIAS

Numero de ficha familiar:

FORTALECIMIENTO DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POBLACION

Numero de orden	Tipo de clasificacion											Afiliacion del usuario					Estado de afiliacion en la DLS				Validacion de derechos																				Notificacion y derivacion del usuario						Telefono
	Tipo de poblacion						Codigo accion social	Identificacion sisben Apartadó		Se aplica encuesta sisben		Estado de carnetizacion			Priorizado						Emplazado por resolucion			Realizo apelacion		Sisben nacional	Fosyga		Carta de retiro		Estado fosyga subsidiado			Estado fosyga contributivo											
1	N	D	DM	MP	ID	AF		SI	NO	SI	NO	Contrib	Subsidi	No afiliado	SI	NO	AC	SU	RE	NED	SI	NO	#	SI	NO	Municipio	EPS	Mpio	SI	NO	AC	SU	RE	AC	SU	RE	Emplazamiento	Priorizacion	Derecho peticion	Remision a regis	Remision a sisben	Remision a DLS	
2																																										
3																																										
4																																										
5																																										
6																																										
7																																										
8																																										
9																																										
10																																										
11																																										
12																																										
Total usuarios																																										

Poblacion especial: IN: Indigenas, D: Desplazados, MP: Menores en proteccion, DM: desmovilizados, ID: Indigenas, AF: Afrodescendientes

EPS: Nombre de la aseguradora, MPIO: Municipio donde registra el usuario

Estado del afiliado: AC: Activo, Su: Suspendido, RE: Retirado, NBD: No existe en la base de datos

FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
VISITAS DOMICILIARIAS

FORTALECIMIENTO DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POBLACION

Numero de odrden	TIPO DE REMISION													REGISTRO DE NOVEDAD EN LA VISITA					
	REMISION Y CONTRAREMISION													NOVEDAD DE EGRESO				NOVEDAD DE INGRESO	
	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	CITOLOGIA	CONTROL PRENATAL	HTA	NUTRICION	IRA	EDA	DIABETES	PAI	ODONTOLOGIA	OPTOMETRIA	PLANIFICACION FAMILIAR	OTROS	SUSPENDIDO	RETIRO GENERAL	RETIRO POR MUERTE	# FORMULARIO	APELACION	RESOLUCION / NOVEDAD
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
Total usuarios																			

Poblacion especial: IN: Indigenas, D: Desplazados, MP: Menores en proteccion, DM: desmovilizados, ID: Indigenas, AF: Afrodescendientes

EPS: Nombre de la aseguradora, MPIO: Municipio donde registra el usuario

Estado del afiliado: AC: Activo, Su: Suspendido, RE: Retirado, NBD: No existe en la base de datos