

CAUSAS DE LA INCIDENCIA DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES ADSCRITOS  
EN LA UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN (UBA) LOMA DE BOLIVAR DE LA COMUNA 9  
DEL MUNICIPIO DE CÚCUTA EN LOS TRES PRIMEROS TRIMESTRES DEL 2014

Presentado por:

NELSON EDUARDO RIVERA GARCIA  
EDWIN ORLANDO LOZANO COBARIA

Asesor:

RICHARD NELSON ROMAN MARIN

PROYECTO DE GRADO

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES  
ESP. ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
CÚCUTA  
2014

**TABLA DE CONTENIDO**

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| 1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA .....  | 3  |
| 2. PREGUNTA.....                   | 5  |
| 3. ANTECEDENTES .....              | 6  |
| 4. HIPOTESIS .....                 | 10 |
| 5. OBJETIVOS.....                  | 11 |
| 5.1    Objetivo General .....      | 11 |
| 5.2    Objetivos Específicos ..... | 11 |
| 6. LISTA DE VARIABLES .....        | 12 |
| 7. MARCO TEORICO .....             | 13 |
| 8. DISEÑO METODOLOGICO .....       | 20 |
| 9. RESULTADOS Y ANALISIS .....     | 21 |
| CONCLUSIONES.....                  | 44 |
| RECOMENDACIONES.....               | 47 |
| BIBLIOGRAFIA .....                 | 48 |
| ANEXO A .....                      | 50 |
| ANEXO B.....                       | 51 |
| ANEXO C.....                       | 55 |

## 1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El embarazo adolescente en Colombia es considerado un problema social que se produce y a su vez genera pobreza y desigualdad, además de que se configura como obstáculo importante para el desarrollo si se considera que en la mayoría de los casos el embarazo en esta etapa de la vida ocurren por determinantes de diferente nivel: estructural o distal (políticas, modelo económico, la construcción social sobre la sexualidad y el género, la influencia de los medios de comunicación); intermedios (pobreza, acceso a servicios básicos); y proximal (la influencia de los pares, la estructura, ambiente y comunicación familiar, las características de jefatura de hogar, la vivencia de la infancia, la permanencia escolar, la edad de inicio de relaciones sexuales (IRS), el conocimiento, uso y acceso a la anticoncepción, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la vivencia de las relaciones de género y la sexualidad) lo que implica la interrupción de los procesos educativos y el establecimiento y ejercicio de roles que corresponden a etapas de la adultez como el ingreso temprano al mercado laboral y la consecuente disminución de la oportunidad de consolidar proyectos de vida y capital social (Goicolea, 2014) (Cuesta, 2014). Así mismo, el embarazo adolescente representa un importante problema de salud pública por las consecuencias que acarrea para la salud de la adolescente y de los hijos por el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, además, de las consecuencias psicológicas y sociales, las cuales se duplican en las adolescentes menores de 20 años. (Flores, y otros, 2004)

La maternidad temprana es reconocida en el mundo como un factor que afecta el bienestar y la salud reproductiva de las mujeres jóvenes, así como el ritmo y la dirección del desarrollo de un país. (Velasquez, 2014) Existen diferentes estudios que demuestran el incremento de adolescentes en estado de embarazo; Según la organización Save the Children cada año nacen 13 millones de niños de mujeres menores de 20 años de edad en todo el mundo, más del 90 % (11,7

millones) en los países denominados en desarrollo y en los países desarrollados el restante 10 % (1,3 millones). Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las mujeres con edades que oscilan entre 15 y 19 años en dichas zonas. La mayor tasa de embarazos de adolescentes en el mundo está en el África subsahariana, donde las mujeres tienden a casarse a una edad temprana. En Níger, por ejemplo, el 87 % de las mujeres encuestadas estaban casadas y el 53% había dado a luz a un niño antes de la edad de 18 años. (Mayor, 2014)

## **2. PREGUNTA**

¿Cuáles son las causas de la incidencia de embarazo en adolescentes adscritos en la Unidad Básica de Atención (UBA) Loma de Bolívar de la comuna 9 del Municipio de Cúcuta en los tres primeros trimestres del 2014?

### 3. ANTECEDENTES

- Un estudio de Profamilia indica que en 1990, este fenómeno afectaba al 13 por ciento de las niñas, y ya para el 2005 el porcentaje era del 19.5%. Este flagelo, afecta a todos los estratos sociales, dice la entidad. (CONPES, 2014)
- Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en Risaralda, uno de cada cuatro niños que nacen tiene una madre menor de edad. El porcentaje es mayor en municipios como Balboa, Pueblo Rico, Marsella y La Virginia. En Barranquilla, de cada 100 mujeres entre 15 y 19 años de edad, 19.3% está en embarazo. (CONPES, 2014)
- Según lo reportado por la ENDS 2010; a en Colombia la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años (70 y 84 nacimientos por 1000 mujeres en 1990 y 2010 respectivamente) fue más alta que la del promedio de las mujeres en edad fértil (91 a 74 por 1000 en 1990 y 2010 respectivamente). Por su parte, las proyecciones del DANE estimaron unas tasas inferiores en adolescentes de 15 a 19 años (81,9 a 68 por 1000 entre 2000 y 2010 respectivamente). En cifras absolutas los nacimientos de adolescentes de 15 a 19 años (147.307) representaron 22,5% del total de nacimientos en 2010. La magnitud del embarazo adolescente (EA) se evidencia en que 19,5% de las adolescentes entre 15 a 19 años alguna vez han estado embarazadas; 16,5 % de estos embarazos fueron no deseados y 49,7% lo quería más tarde. (CONPES, 2014)
- El comportamiento del embarazo entre las adolescentes de 10 a 14 años se mantuvo con una tendencia estable (2,7 a 2,9 por 1000 en 1990 y 2010 respectivamente), no obstante el bajo peso porcentual sobre la tasa de fecundidad

general y sobre los nacimientos (0,9% - 6315 nacimientos), representa una gran preocupación para el país, especialmente porque según el Código de Infancia y Adolescencia, en Colombia toda relación sexual con una menor de 14 años se constituye en un delito de abuso sexual. (CONPES, 2014)

- El embarazo adolescente refleja varias inequidades sociales evidentes, las siguientes cifras indican que ante la presencia de algunas de las siguientes condiciones se puede duplicar la magnitud del EA comparada con el promedio nacional. De esta forma el EA es mayor entre las adolescentes de la zona rural comparada con la urbana (26,7 vs 17,3%) lo que representó en cifras absolutas de nacimientos en 2010 151.239 en cabeceras municipales y 2364 en centros poblados y áreas dispersas. En niveles socioeconómicos más bajos comparados con los altos (28,5 vs 10,4 %). (CONPES, 2014)
- En zonas marginales con gran cantidad de población desplazada (35% del total de adolescentes); en quienes tuvieron menor nivel educativo (55% entre adolescentes que no tienen educación y 47% en las que sólo tienen la primaria) y en 21 de los 32 departamentos del país se superó la proporción promedio nacional de adolescentes que alguna vez han estado en embarazo, siendo de mayor prevalencia los de algunas subregiones del país como la Amazonia y el Litoral Pacífico (28%). (CONPES, 2014)
- En Colombia la tasa de fecundidad general ha disminuido, pasando de 91 nacimientos por mil mujeres a 74, sin embargo, la fecundidad específica para mujeres de 15 a 19 años presentó un incremento cercano al 30% entre 1990 y

2005, del 70 por mil a 90 por mil, y aunque en el año 2010 disminuyó a 84 nacimientos por mil, todavía continúa siendo alta. (CONPES, 2014)

- Según los datos de la ENDS 2010 el país logró en el último quinquenio detener la tendencia creciente que presentó el embarazo en la adolescencia entre 1990 y 2005. Sin embargo, la cifra aún continúa siendo alta; pues una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada; 16% ya son madres y 4% está esperando su primer hijo. (CONPES, 2014)
- En la ENDS, se observa que los departamentos con mayor porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han sido madres o están en embarazo, coinciden con las entidades territoriales donde entre el 20% y el 45% de los estudiantes esgrimen la paternidad o maternidad como la razón principal de haber dejado de asistir a la escuela. Este es el caso de Putumayo, Antioquia, Santander, Amazonas, Guaviare, Casanare, Valle, Arauca, Vichada y Chocó. (CONPES, 2014)
- En cuanto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, el 13% de las menores de 20 años tiene su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años de edad; y ésta ocurre más temprano en las mujeres sin educación (15,8 años) y en aquellas que viven en áreas rurales (17,5 años), que en aquellas que tienen educación superior (18,9 años) o viven en zonas urbanas (18,5 años) (ENDS 2010). (CONPES, 2014)
- En 2011, asegura el DANE, el 22.6% de los nacimientos registrados, correspondieron a madres de 15 a 19 años de edad. El 66% de los embarazos de este rango, no son planeados. Y aunque entidades como la Alta Consejería



Presidencial para la Equidad de la Mujer aseguran que hay un descenso en el registro oficial, otra cosa dicen los organismos especializados. (CONPES, 2014)

#### 4. HIPOTESIS

Para la investigación se formulan un conjunto de factores que pueden influir en el embarazo adolescente, los cuales hacen parte del contexto en el cual están inmersos los adolescentes a evaluar adscritos a la UBA Loma de Bolívar de la comuna 9 de la ciudad de Cúcuta. Los posibles factores son:

✓ **Factor económico**

- No tienen dinero para planificar.
- El método del preservativo de látex no lo cubre el pos.
- Tener hijos es rentable por el subsidio que otorga familias en acción.

✓ **Factor sociocultural**

- Desconocimiento de métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes.
- No utilizan los métodos por temor a ser descubiertas por los padres.
- Por temor a padecer daños estéticos.
- Irresponsabilidad y descuido.
- Los embarazos a temprana edad son normales en su familia o en su entorno.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo General**

Determinar las causas de incidencia de embarazos en adolescentes adscritos en la Unidad Básica de atención (UBA) de la comuna 9 del Municipio de Cúcuta en los tres primeros trimestres del año 2014.

### **5.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar la población adolescente en embarazo que asisten a control médico en la (UBA) de la comuna 9 del municipio de Cúcuta en los tres primeros trimestres del 2014.
- Identificar la suficiencia de los stocks de métodos anticonceptivos en las usuarias pertenecientes al programa de planificación familiar por parte de la UBA.
- Verificar la adherencia del programa de promoción y prevención de planificación familiar por parte de los profesionales de salud de la (UBA) y usuarias de la comuna 9 del Municipio de Cúcuta en los tres primeros trimestres del 2014.
- Identificar cuáles son los factores económicos socioculturales y psicosociales determinantes de las causas de los embarazos en las adolescentes.

## 6. LISTA DE VARIABLES

Para este ítem se propone un conjunto de variables que ayudará a caracterizar la población y con el cual se podrá analizar la información para identificar posibles factores determinantes causales de los embarazos en adolescentes.

Las variables son:

- Edad
- Nivel educativo
- Estado civil
- Nivel socioeconómico
- Estructura familiar
- Violencia de género (violencia intrafamiliar y abuso sexual)
- Abandono escolar
- Abandono de padre o madre en el hogar
- Separación de padres
- Nivel educativo de los padres
- Método de planificación familiar suministrado por la UBA (antes y después del embarazo)
- Conocimiento de programas P y P en PF.
- Primípara o multípara (primer embarazo o multigestante)
- Edad de inicio de relaciones sexuales
- Influencia de terceros (influencia de amigos, novio o adultos para inicio de relaciones sexuales y subsidio de familias en acción)

## 7. MARCO TEORICO

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el 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, considerándose 2 fases: la adolescencia temprana que va de 10 a 14 años y la adolescencia tardía que transcurre entre los 15 y 19 años. (Issler, 2014) La Dra. Susana Pineda y la Dra. Miriam Aliño en el *Manual de prácticas clínicas para la atención en la adolescencia*, caracteriza la adolescencia por medio de los siguientes conceptos:

Adolescencia temprana: se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, en esta etapa inicia los cambios puberales y caracteres sexuales secundarios, empieza la preocupación por los cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, la búsqueda de autonomía e independencia aumentándose los conflictos con la familia, maestros y otros adultos. Es también frecuente el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad.

Adolescencia tardía: en esta fase se culmina gran parte del crecimiento y desarrollo y el adolescente debe tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. A esta etapa se alcanza un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, incluso en su vida sexual por lo que está muy cerca de ser un adulto joven. (Marquez Gelvez & Colas Perez, 2014)

La pubertad: es un término empleado para identificar los cambios somáticos dados por la aceleración del crecimiento y desarrollo, aparición de la maduración sexual y de los caracteres sexuales secundarios, no es un proceso exclusivamente biológico, sino que esta interrelacionado con los factores psicológicos y sociales. (Marquez Gelvez & Colas Perez, 2014)

La juventud: esta etapa comprende el periodo entre los 15 y 24 años de edad, es una categoría sociológica que coincide con la etapa post – puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varia al grupo social que se considere. (Marquez Gelvez & Colas Perez, 2014)

La adolescencia, con independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas se caracteriza por eventos universales que son (Marquez Gelvez & Colas Perez, 2014):

1. Crecimiento corporal dado por aumento de peso estatura y cambios de forma y dimensiones corporales. Al momento de mayor aceleración de la velocidad de crecimiento en esta etapa se le denomina estirón puberal.
2. Se produce un aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular siendo más marcado en hombres que en mujeres, acompañado de un aumento en la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, que permiten neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular, también se produce un incremento y maduración de los pulmones y el corazón, teniendo por tanto un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
3. El incremento de velocidad de crecimiento, los cambios en la forma y dimensiones corporales, los procesos endocrino – metabólicos y la correspondiente maduración no siempre ocurren de manera armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño que pueden generar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.
4. El desarrollo sexual está caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva.

5. Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en menor o mayor grado están presentes durante esta etapa que son:

- Búsqueda de sí mismos y de su identidad, necesidad de independencia.
- Tendencia grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto. Las necesidades intelectuales y la capacidad de utilizar el conocimiento hasta alcanzar su máxima eficiencia.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constantes fluctuaciones de su estado anímico.
- Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- Actitud social reivindicativa: en este periodo los jóvenes se hacen más analíticos, comienzan a pensar en términos simbólicos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias. Elaboran una escala de valores en correspondencia de su imagen del mundo.
- Eligen una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- Existe la necesidad de formulación y respuesta de un proyecto de vida. (Marquez Gelvez & Colas Perez, 2014)

A pesar de los cambios, tanto positivos como negativos, en el ciclo de la adolescencia existen diferentes factores de riesgo que pueden repercutir indiscutiblemente daños o resultados no deseados en el adolescente que perturbar este proceso en el individuo en desarrollo. Algunos de los factores de riesgo son:

- Conductas de riesgo
- Familias disfuncionales
- Deserción escolar
- Accidentes
- Consumo de alcohol y drogas
- Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas riesgosas
- Embarazo adolescente
- Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras. (Marquez Gelvez & Colas Perez, 2014)

De los diferentes factores de riesgo expuestos anteriormente se abordará en este proyecto el embarazo en los adolescentes, siendo una de las principales preocupaciones de la salud pública en el país y en el sector donde se realizará la investigación por la cantidad de casos reportados en el transcurso del año 2014.

El embarazo es definido como la gestación o proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento pasando por la etapa de embrión y feto. En el ser humano la duración media es de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), el embarazo inicia cuando termina la implantación. La implantación, es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero. Esto ocurre 5 o 6 días después de la fertilización. Entonces el blastocito, penetra el epitelio uterino e invade el estroma. El proceso, se completa cuando la protuberancia villi y el defecto en la superficie del epitelio se cierra. Esto



ocurre entre el día 13-14 después de la fertilización. En 1998, el Comité de Aspectos Éticos de la reproducción Humana y la salud de las Mujeres de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), definió al embarazo como la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del concepto en la mujer. (General, 2014)

Una vez iniciado el embarazo en la especie humana, las mujeres atraviesan un proceso que dura 40 semanas a partir del fin de la última menstruación o 38 semanas a partir del día de la fecundación. Por lo común se asocia a 9 meses. Dentro del útero, el producto está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el producto están envueltos en la bolsa amniótica, que está pegada al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón durante el embarazo para evitar que salga el líquido. Y como barrera al ingreso de cuerpos extraños; lo que facilita mucho las relaciones sexuales durante el embarazo, que siguen erotizando a la pareja. (General, 2014)

Mientras permanece dentro, el producto de la fecundación, cigoto, embrión o feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está pegada al útero y está unida al producto por el cordón umbilical, por donde recibe alimento. (General, 2014)

De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto.

Durante el primer trimestre el riesgo de aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Esto tiene mayor incidencia en embarazos conseguidos mediante fecundación in-vitro, ya que el embrión implantado podría dejar de desarrollarse por fallos en los cromosomas heredados de los gametos de sus progenitores. Durante, el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitoreado o diagnosticado. El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad, que

quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un nacimiento temprano natural o inducido. (General, 2014)

Algunos de los signos y síntomas más comunes en las mujeres en embarazo son: Amenorrea, náuseas y vómitos, hormigueo mamario, mastalgia, micción frecuente y urgente, percepción de movilidad fetal (después de la semana 14). Hay estreñimiento, fatiga, aumento de peso; menos frecuentemente puede haber sialorrea, anorexia, disgeusia, antojos o deseos de alimentos no apetecidos anteriormente, tendencia a vértigos, lipotimias, insomnio o somnolencia, irritabilidad, cambios de carácter y alteraciones de los órganos olfatorios. Signos: leucorrea, cambios de color, consistencia, tamaño o forma del cuello uterino o del útero. Elevación de la temperatura, aumento de tamaño del abdomen, aumento de tamaño e ingurgitación de las mamas y descarga por el pezón, soplo pélvico y contracciones uterinas con aumento del tamaño del cuerpo uterino, pigmentación cutánea (cloasma y “línea negra”) y épulis después de la semana 12. (General, 2014)

Ahora bien, el embarazo adolescente es considerado por la OMS como aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. En otras palabras, se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica.

La edad de menarquia es un factor determinante de la capacidad reproductiva, la que está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios que alcanzan cerca del 50% 2 años después de la primera menstruación. (Romero, 2014)

Entre los fenómenos que constituyen la aceleración secular del crecimiento está el adelanto de la edad de menarquia. En el último siglo, la menarquia se ha adelantado entre 2 y 3 meses por década, descendiendo desde más o menos los 15 años de edad a alrededor de los 12 años. Así, los adolescentes son fértiles a una edad menor. (Romero, 2014)

El adelanto de la menarquia es un factor biológico que se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad. Los factores psicosociales que acompañan a la modernización y su influencia en los roles personales y familiares son también contribuyentes, al existir grandes contradicciones: por una parte las características biológicas permiten la reproducción más temprana, lo que conlleva a que el embarazo en la adolescencia pueda repercutirse más riesgos y posibilidades de mortalidad, sin embargo, no es lo mismo un embarazo en una niña de 12 años que en una joven de 19. Cuanto menos edad tiene la futura mamá, menos está preparado su cuerpo y su madurez mental para enfrentar la situación. Físicamente, la pelvis todavía no ha alcanzado su tamaño adulto, lo cual puede aumentar el riesgo de ciertas complicaciones durante el parto, como desgarros o hemorragias. Existen más posibilidades de necesitar ayuda de fórceps o incluso, de ser sometida a una cesárea. En las adolescentes más pequeñas físicamente existe un riesgo importante de aborto. Psicológicamente, la embarazada es aún una niña: por un lado, no le resulta muy sencillo aceptar al futuro bebé; y por otro, el padre de la criatura muy probablemente no permanezca a su lado a largo plazo. (Romero, 2014)

## **8. DISEÑO METODOLOGICO**

La investigación es de tipo descriptivo ya que solo cuenta con una población la cual se pretende descubrir en función de un grupo de variables. Y su estudio es prospectivo: ya que es una tesis longitudinal la cual se observa en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurrido un determinado tiempo, en el futuro.

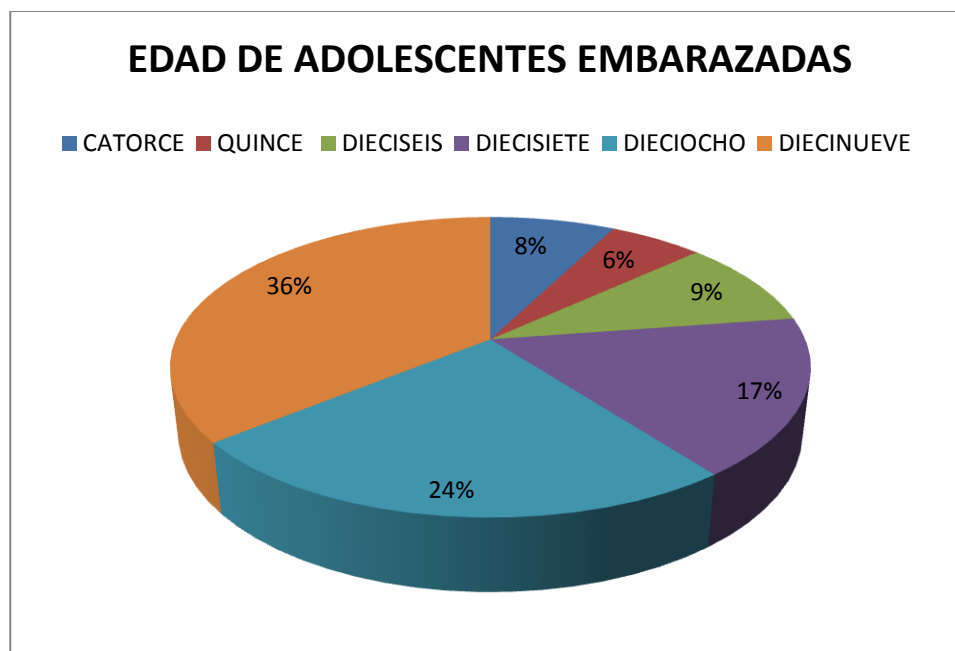
Para el desarrollo de la investigación se realizará como método una encuesta, la cual se aplicara a la población de estudio, con el fin de caracterizar las adolescentes embarazadas que asistieron a la UBA de la loma de bolívar comuna 9 de Cúcuta, para identificar posibles factores de riesgos de la incidencia de este evento en los tres primeros trimestres del 2014.

## 9. RESULTADOS Y ANALISIS

Los resultados más relevantes arrojados luego de la tabulación de las 53 encuestas son los siguientes:

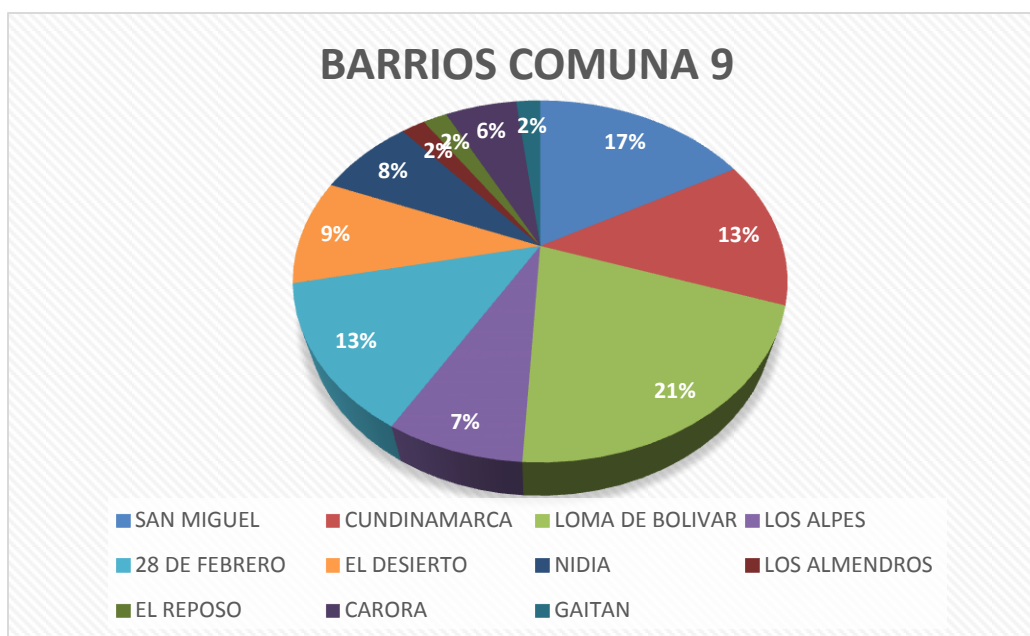
### 1. Caracterización de la población.

Grafica 1.1.



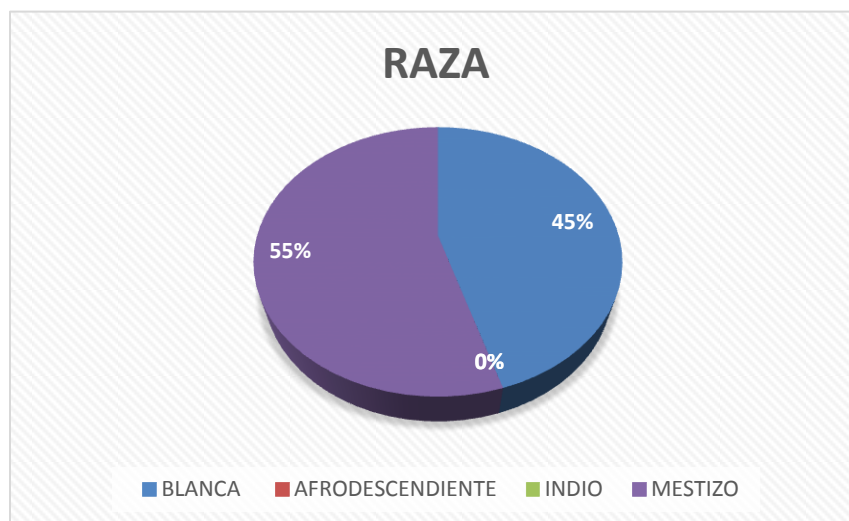
En la gráfica 1.1. Se observa que de un total de 53 adolescentes embarazadas encuestadas el 36% tienen 19 años, el 24% tienen 18 años, el 17% tienen 17 años, el 9 % tienen 16 años, el 6% tienen 15 años y el 8% tienen 14 años. Evidenciándose una mayor incidencia de embarazadas en la edad de 19 años.

Grafica 1.2.

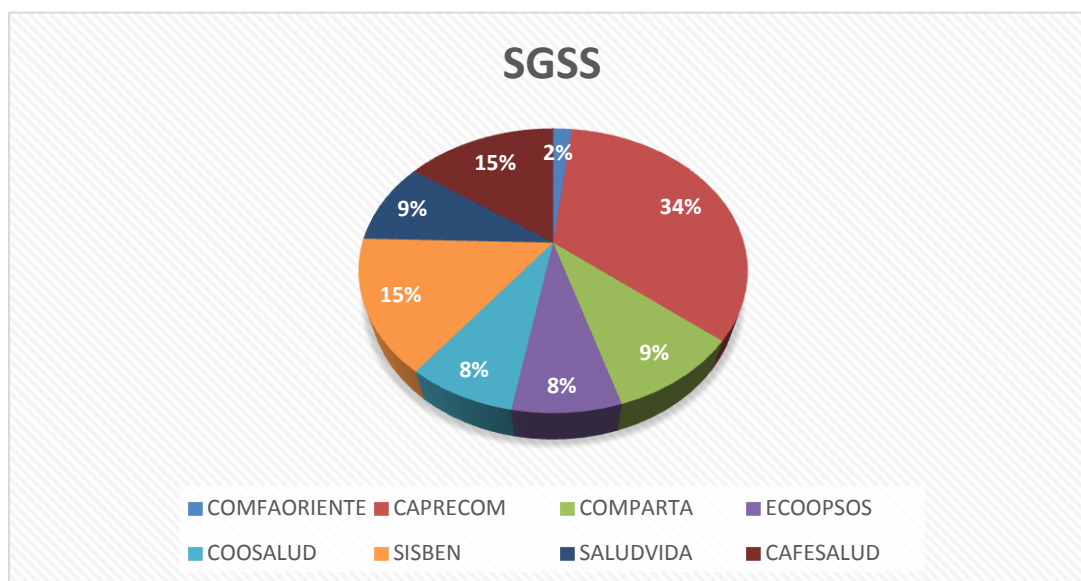


De la totalidad de adolescentes en embarazo encuestadas, la mayoría pertenecen al barrio Loma de bolivar con 21%, san miguel con 17%, cundinamarca y 28 de febrero se igualan con el 13%.

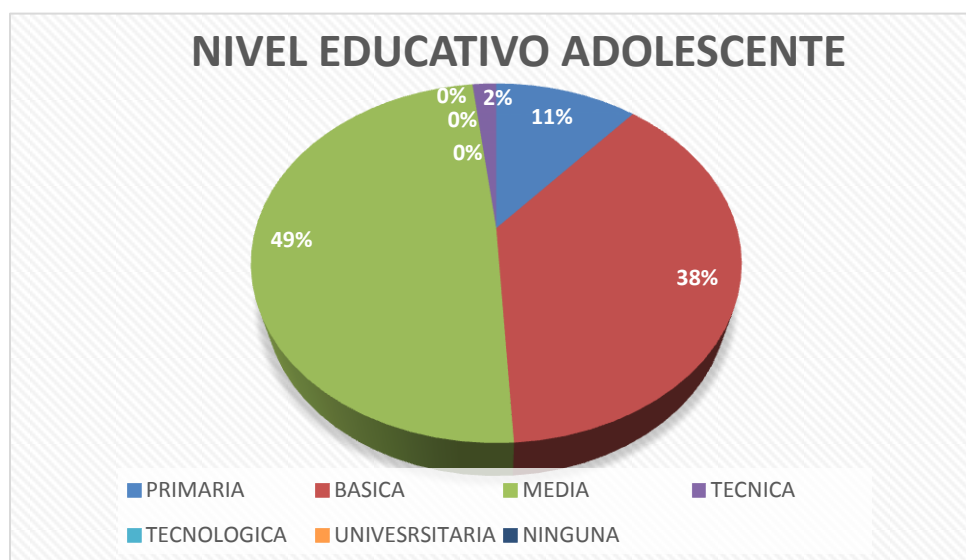
Grafica 1.3.



Del 100% de las adolescentes en embarazo el 55% son de raza mestiza y el 45% restante de raza blanca.

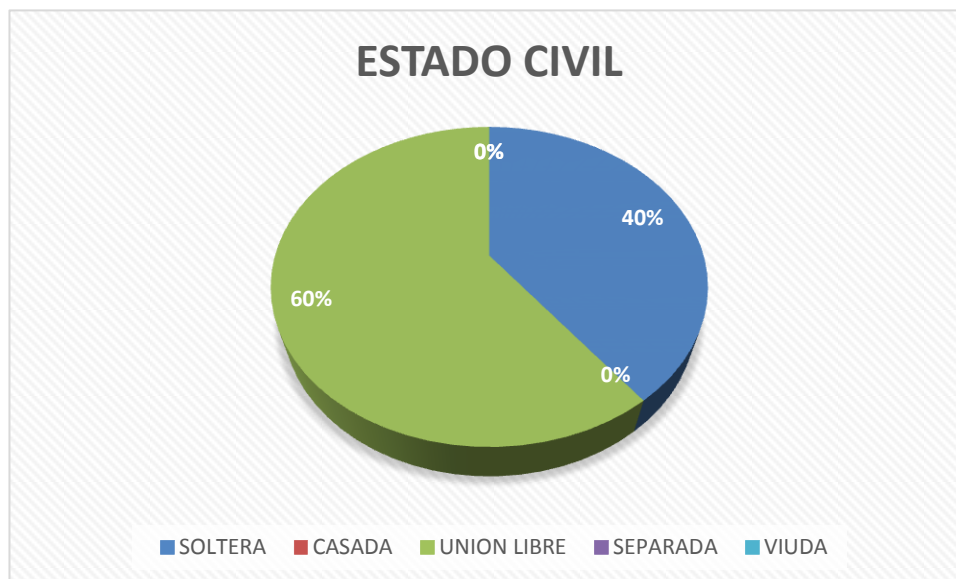
**Grafica 1.4.**

Del total de adolescentes en embarazo encuestadas, el 34% están afiliadas a Caprecom, el 15% a Cafesalud, otro 15% son vinculados contando solo con afiliación al Sisben, el 9% en Comparta y el restante entre Ecoopsos, Coosalud y Comfaoriente.

**Grafica 1.5.**

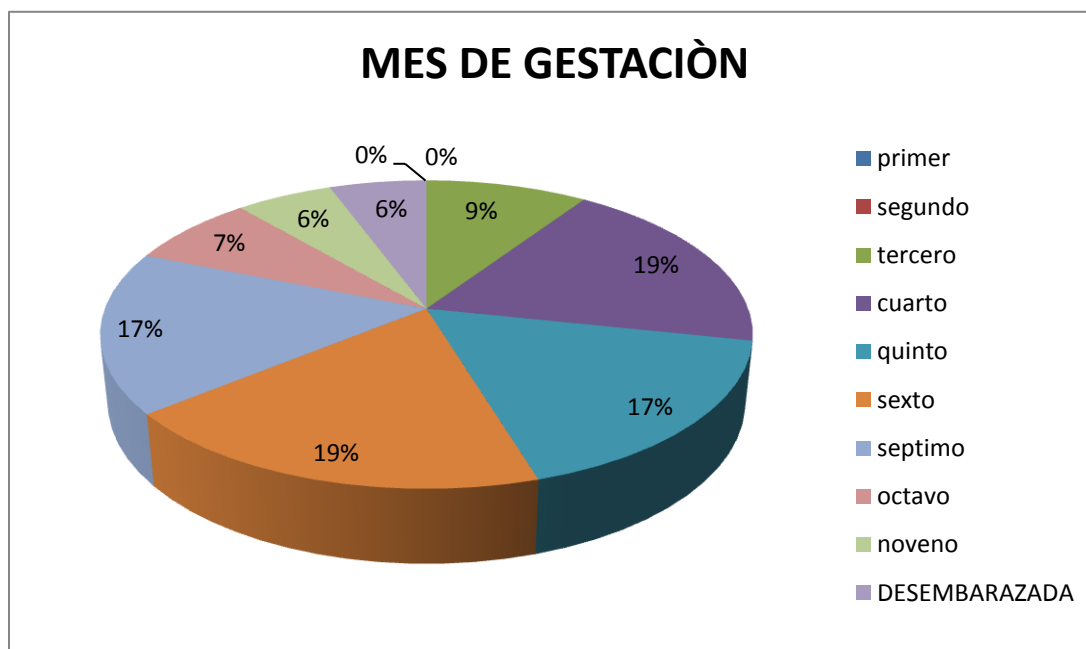
De las adolescentes en embarazo encuestadas el 49% terminaron la Educación media (Bachiller), el 38% en Educación básica (9°), el 11% Educación primaria y solo un 2% alcanzaron a tener nivel técnico en Educación.

**Grafica 1.6.**



Del total de la población estudio, el 60% de las adolescentes en embarazo conviven con su pareja en unión libre y el 40% permanecen solteras.

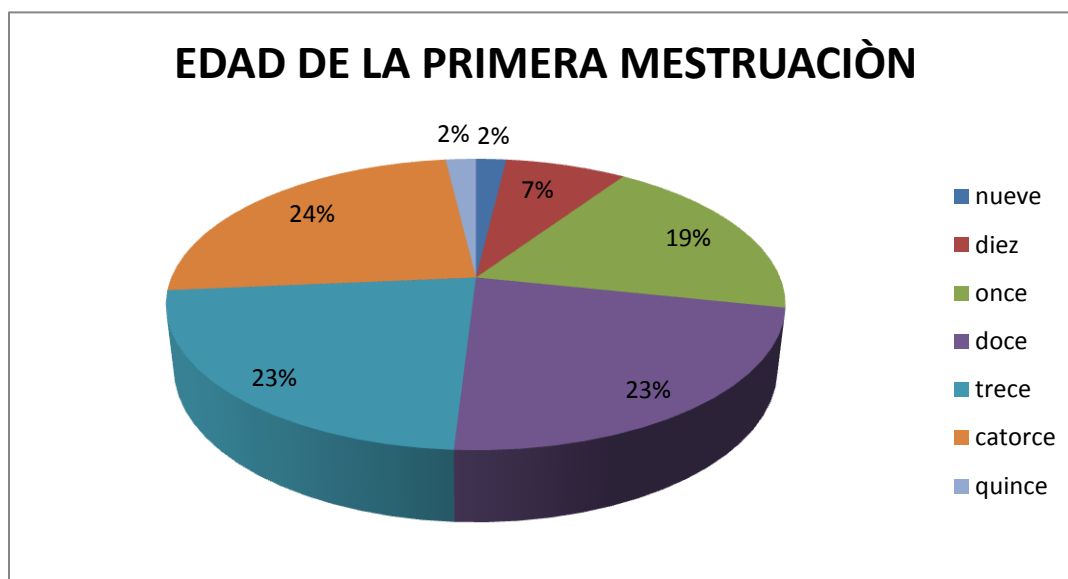
**Grafica 1.7.**





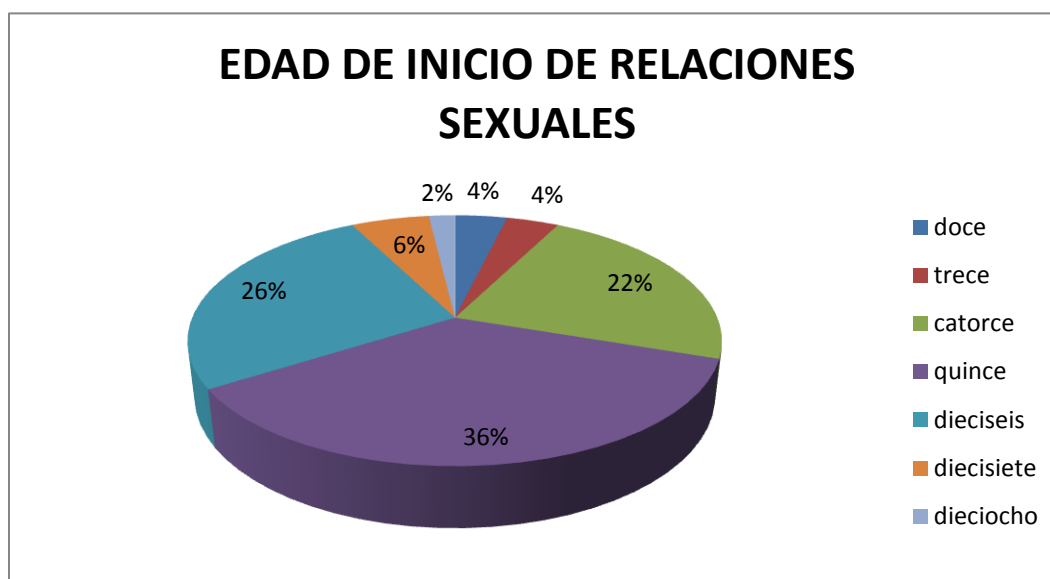
De las adolescentes en embarazo encuestadas el 19% se encuentran en cuarto y sexto mes de gestación el 17% en quinto y septimo mes, el 9% en el tercer mes, el 6% ya dieron a luz y entre el primer y segundo mes de gestación no se presento nungun caso.

**Grafica 1.8.**



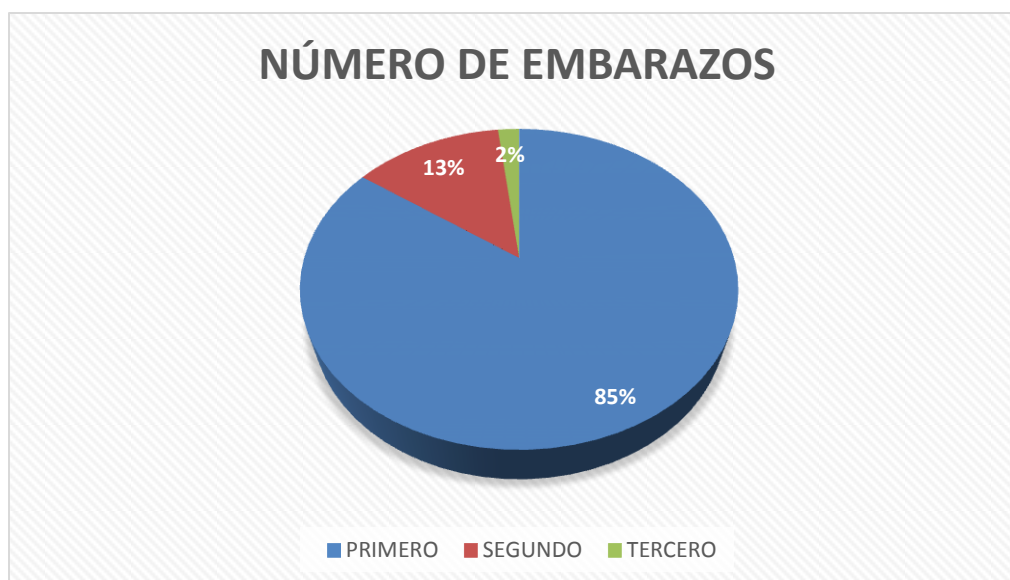
De las adolescentes encuestadas el 24% se desarrollo a los 14 años, entre los 12 y 13 años comparten el 23%, el 19% a los 11 años, el 7% a los diez años, el 2% a los 9 años y solo un 2% a los 15 años.

**Grafica 1.9.**



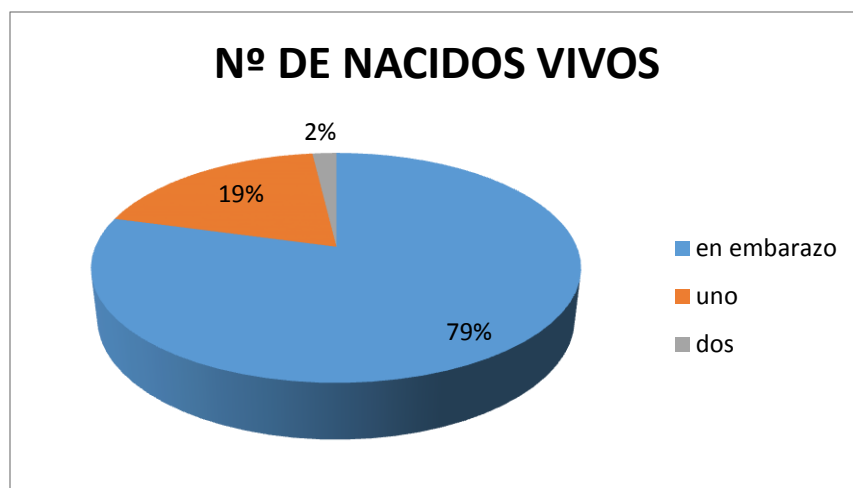
De las adolescentes en embarazo el 36% iniciaron las relaciones sexuales a los 15 años, el 26% a los 16 años, el 22% a los 14 años, entre los 12 y 13 el 4% y solo el 2% a los 18 años.

**Grafica 1.10.**



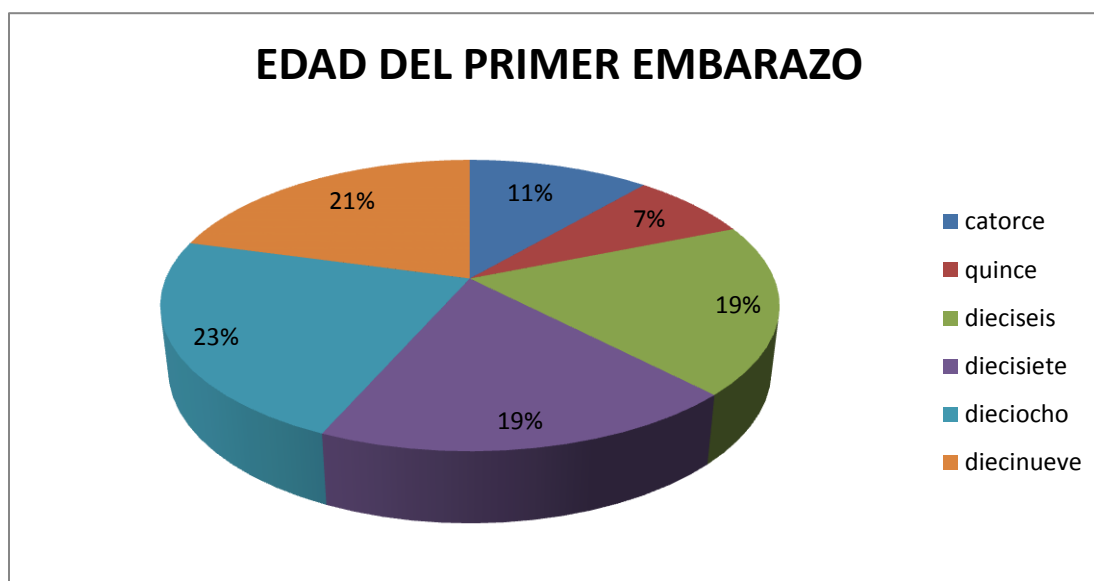
Del total de las adolescentes en embarazo el 85% están en su primer embarazo, el 13% están en su segundo embarazo y solo el 2% en el tercer embarazo.

**Grafica 1.11.**

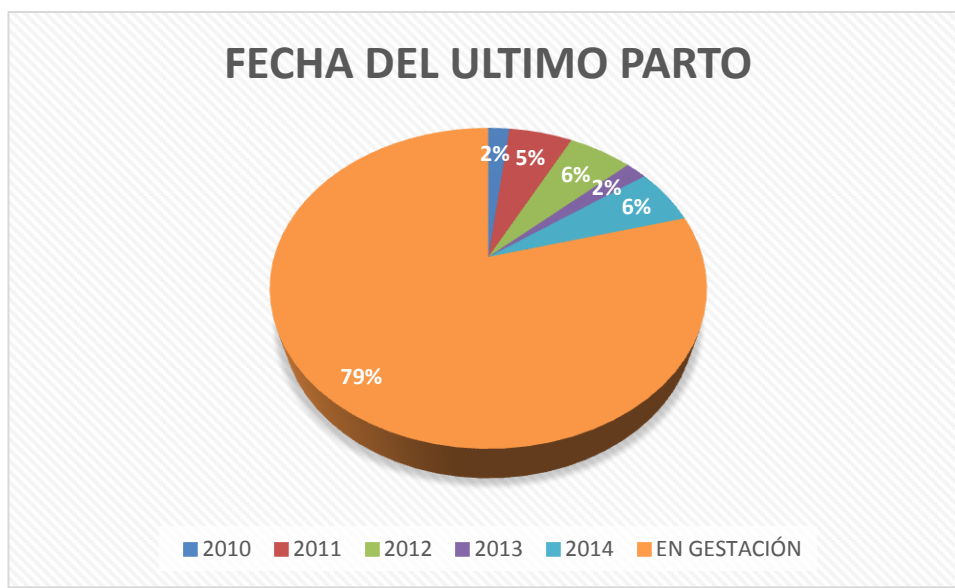


De las adolescentes encuestadas el 79% esta en su primer embarazo, el 19% tiene un hijo vivo estando en su segundo embarazo, y el 2% tiene 2 hijos y esta en su tercer embarazo.

**Grafica 1.12.**



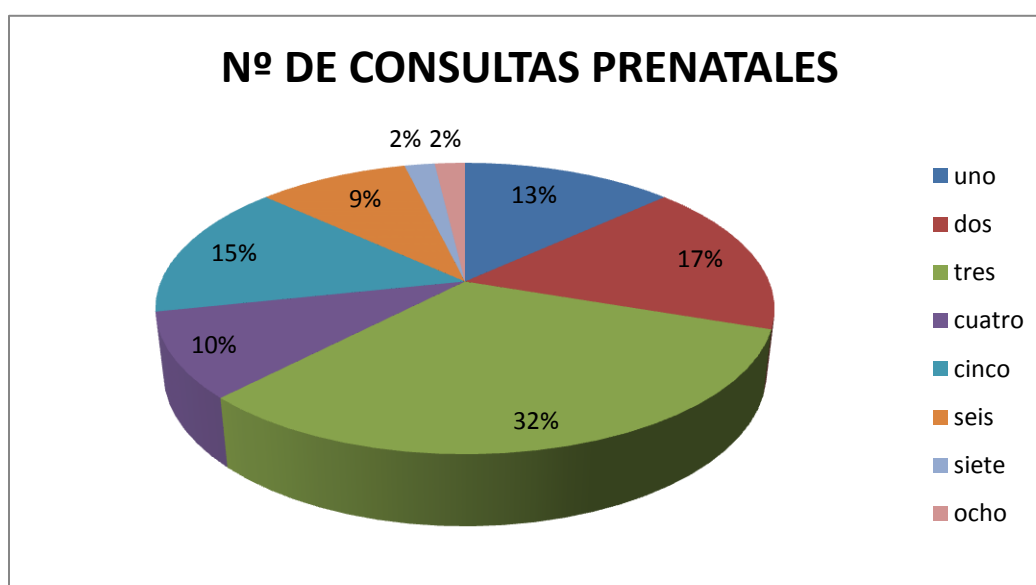
De las adolescentes encuestadas el 23% tuvieron su primer embarazo a los 18 años, el 21% a los 19 años, el 19% entre los 16 y 17 años, el 11% a los 14 años y el 7% a los 15 años.



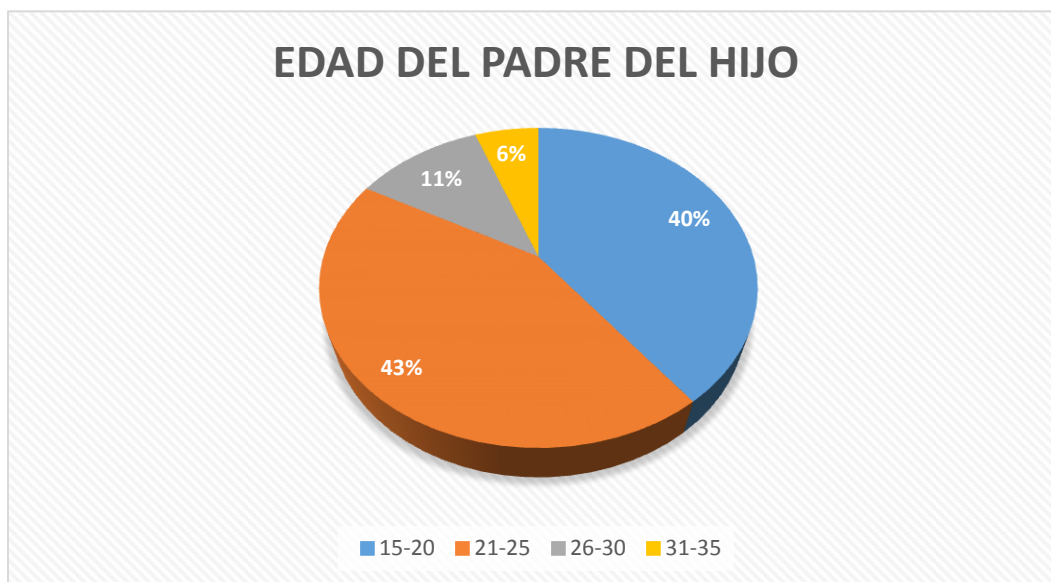
**Grafica  
1.13.**

De las adolescentes en embarazo el 79% están en proceso de gestación de las cuales algunas están en su primer embarazo y el restante son multiparas.

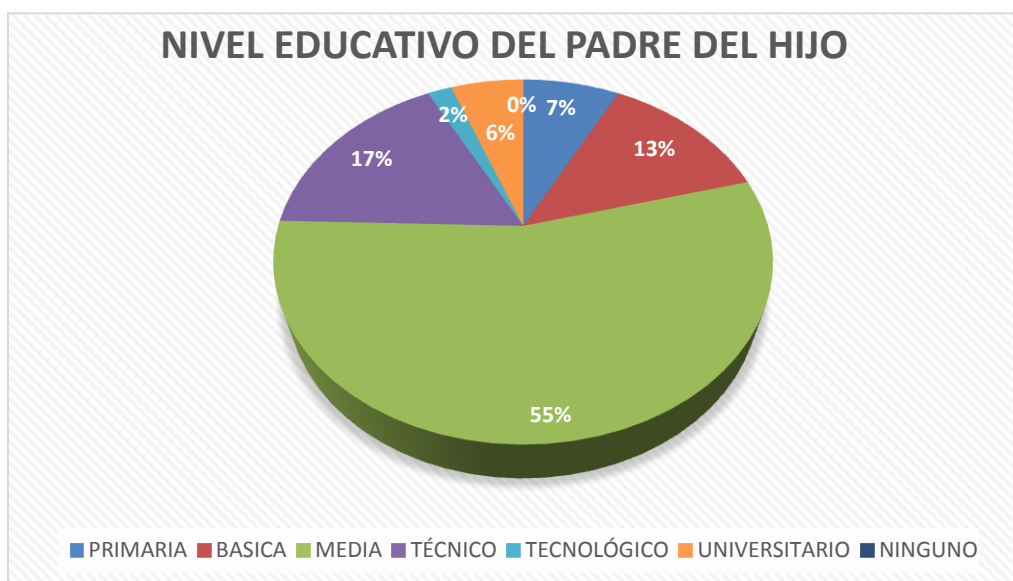
**Grafica 1.14.**



De la totalidad de adolescentes en embarazo encuestadas el 32% han estado en su tercer control prenatal, el 17% en el segundo control, el 15% en el quinto control, el 13% en su primer control, el 9% en el sexto control, y el 2% en la séptima y octava consulta prenatal.

**Grafica 1.15.**

Las edades de los padres de los hijos se organizaron en quinquenios de los cuales el 43% están en las edades de 21 a 25 años, el 40% entre 15 a 20 años, el 11% de 26 a 30 y el 6% de 31 a 35 años.

**Grafica 1.16**

El 55% de los padres de los hijos de las adolescentes en embarazo son Bachilleres, el 17% tienen Educación Técnica, el 13% solo hasta noveno grado, el 7% hasta Primaria, solo el 6% son profesionales y el 2% Educación Tecnológica.

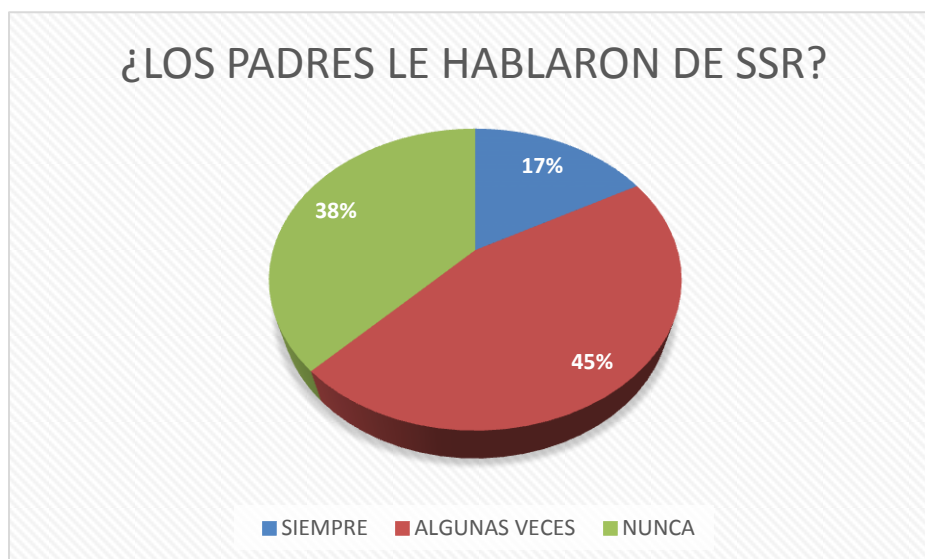
## INFORMACIÓN DEL EMBARAZO Y METODOS ANTICONCEPTIVOS

**Grafica 2.**

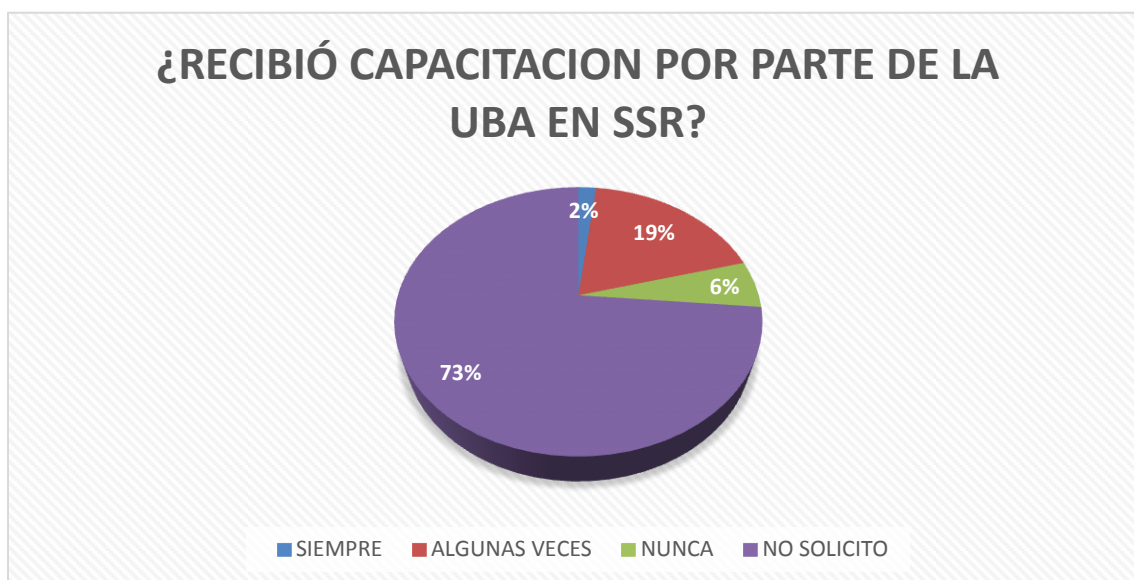


De las adolescentes encuestadas el 40% respondió que su embarazo fue planeado y el 60% no planeo estar en embarazo.

**Grafica 2.1**



De las adolescentes en embarazo el 45% respondieron que sus padres algunas veces le hablaron de salud sexual reproductiva, el 38% nunca hablaron sobre el tema y el 17% afirmaron haber recibido información de salud sexual reproductiva por parte de sus padres.

**Grafica 2.2.**

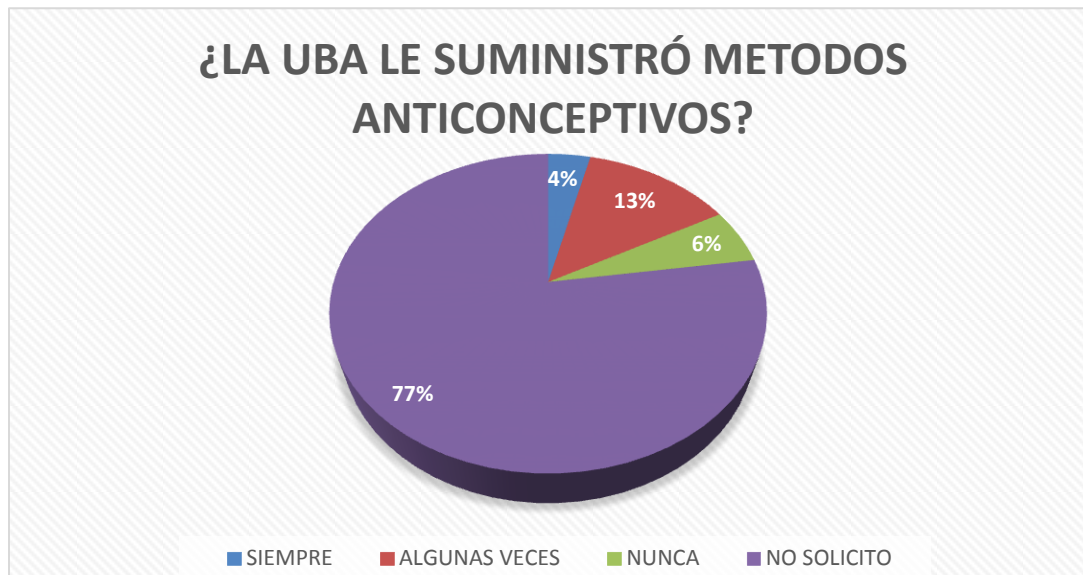
Del total de las adolescentes encuestadas, el 73% respondieron que no solicitaron capacitaciones de salud sexual reproductiva por parte de la UBA a la que pertenecen, el 19% dijeron que algunas veces recibieron capacitaciones, el 6% nunca recibieron capacitaciones, y solo el 2% respondió que siempre recibieron capacitación por parte de la UBA.

**Grafica 2.3.**

De las adolescentes en embarazo encuestadas el 92% conocen los métodos anticonceptivos y solo el 8% desconocen este tipo de métodos.

**Grafica 2.4.**

De las adolescentes en embarazo el 49% respondió que algunas veces han utilizado métodos anticonceptivos, el 45% nunca los ha utilizado y solo el 6% respondió que siempre los utiliza.

**Grafica 2.5.**

De las adolescentes encuestadas el 77% respondieron que nunca solicitaron métodos anticonceptivos a la UBA a la que pertenece, el 13% afirmaron que algunas veces le suministraron, el 6% nunca le suministraron y solo el 4% confirmaron haber recibido métodos anticonceptivos por parte de la UBA.

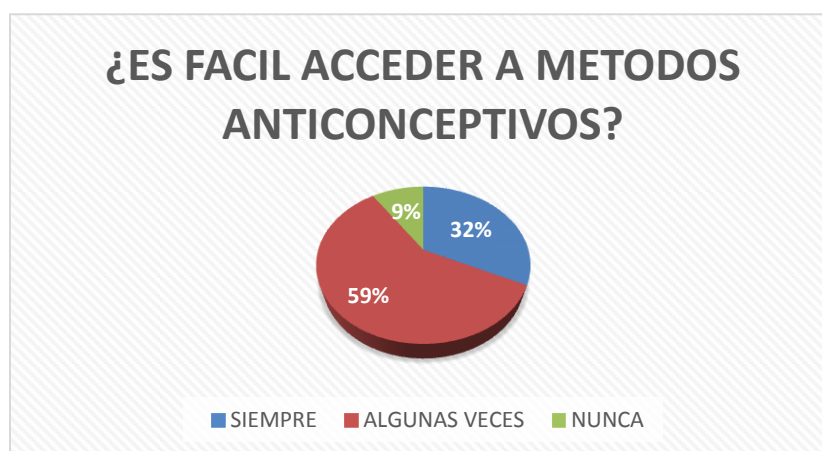


**Grafica 2.6.**

Del

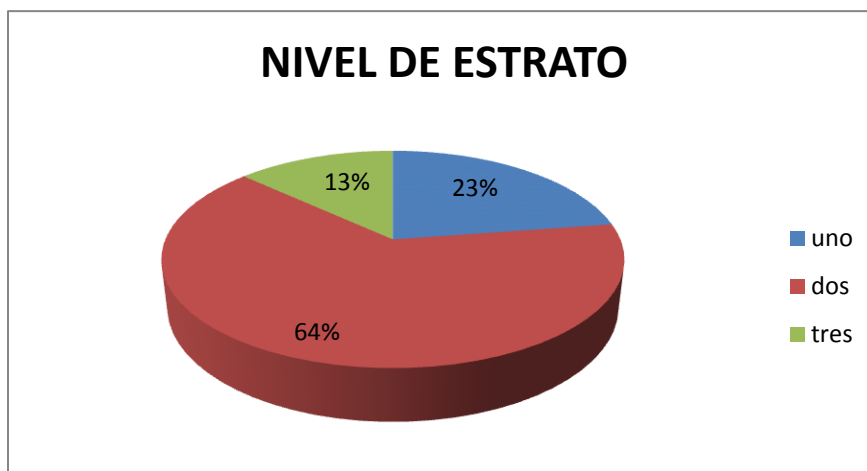
total de adolescentes

encuestadas el 34% no utiliza metodos anticonceptivos por descuido, el 19% porque no le gusta, el 17% para embarazarse, el 13% por temor a ser descubiertas por los padres, el 5% por temor a daños esteticos y el restante por que utiliza metodos naturales, por dinero y algunas si utilizan estos metodos.

**Grafica 2.7.**

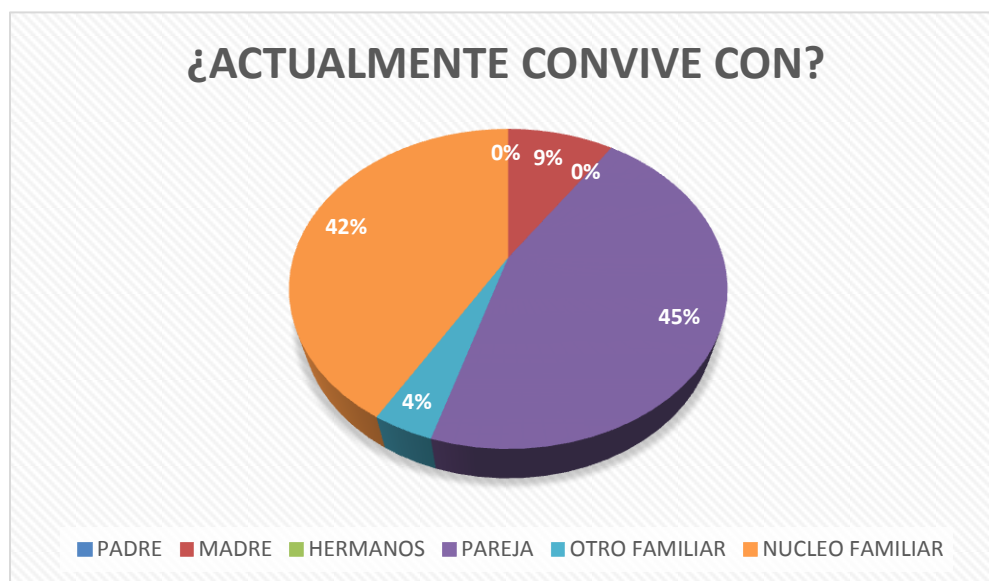
Del total de las adolescentes encuestadas, el 59% responde que algunas veces es facil acceder a los metodos anticonceptivos, el 32% afirman que siempre es facil acceder a estos metodos y solo el 9% respondieron que no es facil acceder a estos.

**Grafica 3.**

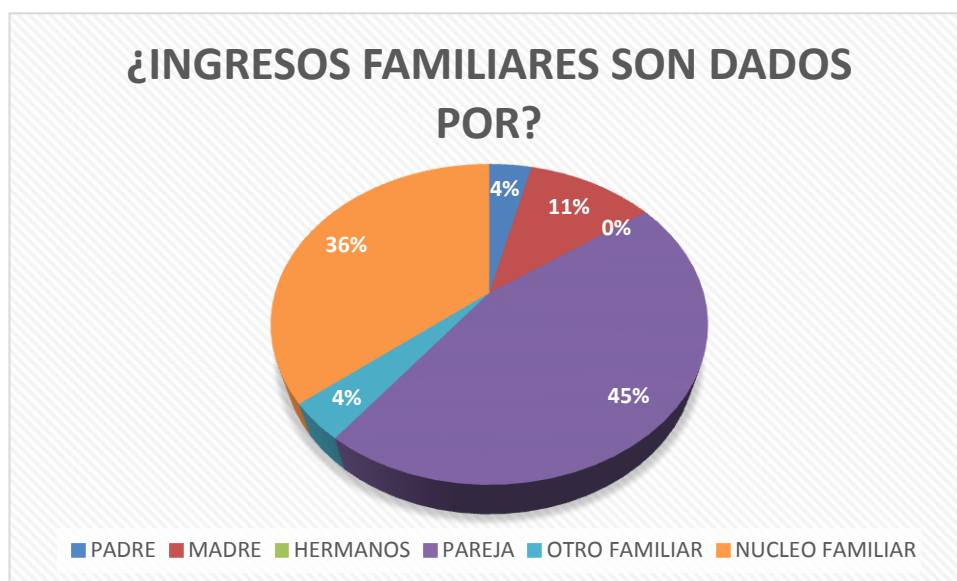


De las adolescentes en embarazo encuestadas el 64% son de estrato 2, el 23% de estrato 1 y solo el 13% de estrato 3.

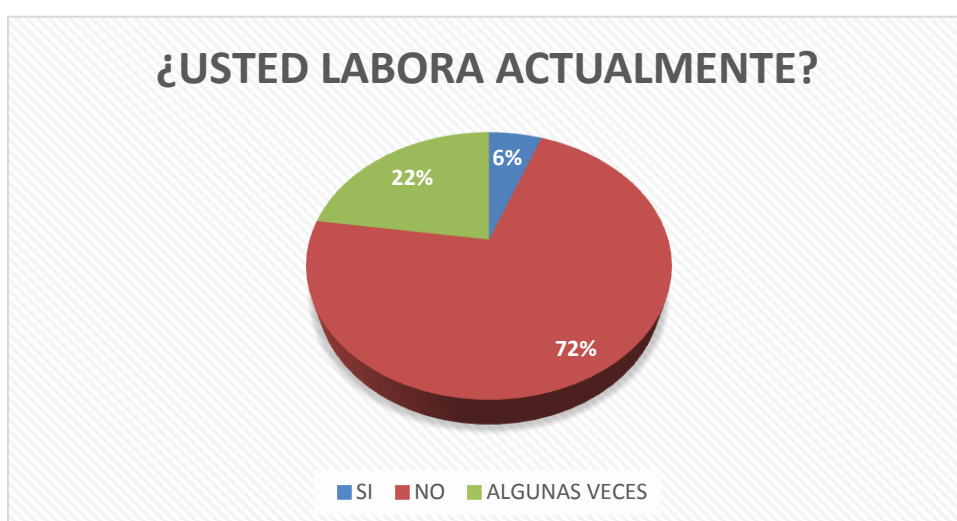
**Grafica 3.1.**



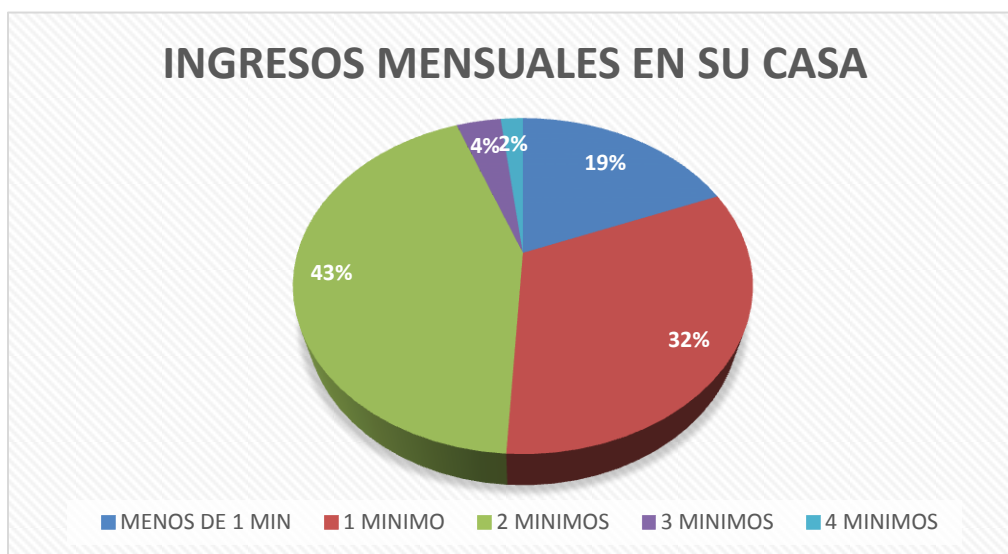
De la totalidad de adolescentes encuestadas el 45% conviven solo con la pareja, el 42% dentro del nucleo familiar, el 9% solo con la madre y el 4% con otro familiar.

**Grafica 3.2.**

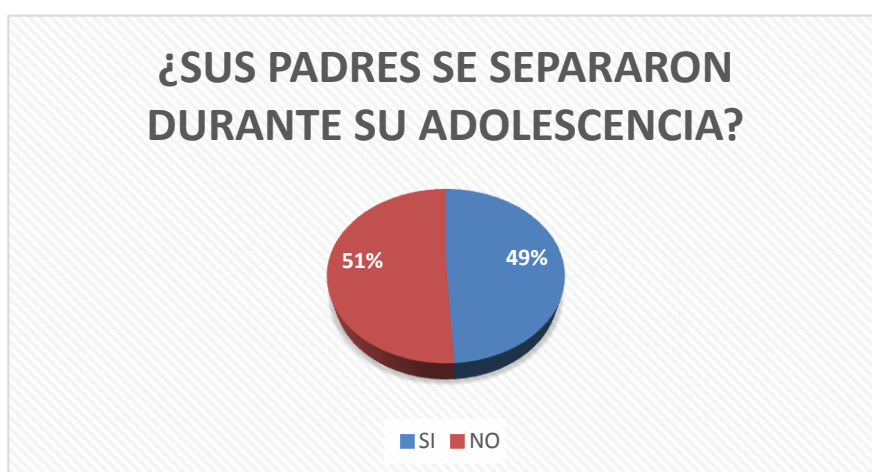
De las adolescentes en embarazo el 45% afirmaron que los ingresos económicos son aportados por su pareja, el 36% por los integrantes del núcleo familiar, el 11% aportados solo por la madre, y el restante por el padre o por otro familiar.

**Grafica 3.3.**

De las adolescentes en embarazo el 72% de ellas no trabaja en la actualidad, el 22% trabaja algunas veces y solo el 6% de ellas si trabaja en la actualidad.

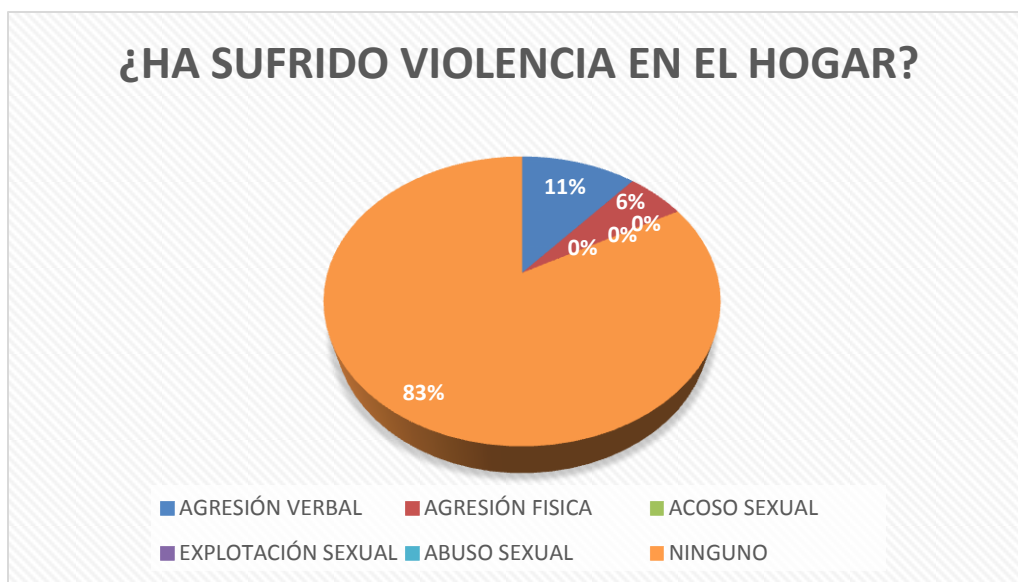
**Grafica 3.4.**

De las adolescentes en embarazo el 43% respondió que los ingresos mensuales en su casa es lo correspondiente a 2 salarios mínimos vigentes, el 32% viven con 1 salario mínimo, el 19% viven con menos de 1 salario mínimo, el 4% con 3 salarios mínimos y solo el 2% con 4 salarios mínimos vigentes.

**Grafica 3.5.**

De las adolescentes en embarazo que fueron encuestadas el 49% de ellas vivieron la separación de sus padres durante su adolescencia, el 51% respondió que no hubo separación.

Grafica 3.6.



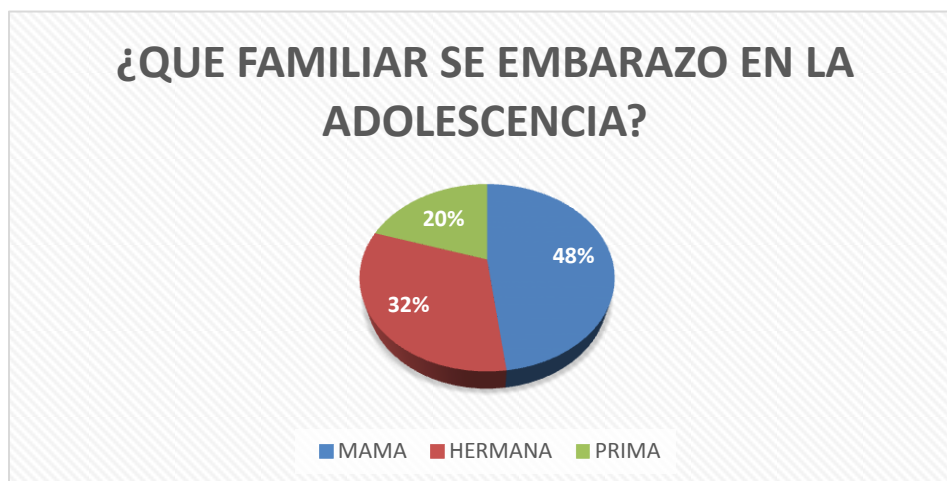
De las adolescentes encuestadas el 83% respondió que no sufrió de ninguna clase de violencia en el hogar, el 11% recibió agresión verbal, y el 6% agresión física.

Grafica 3.7.



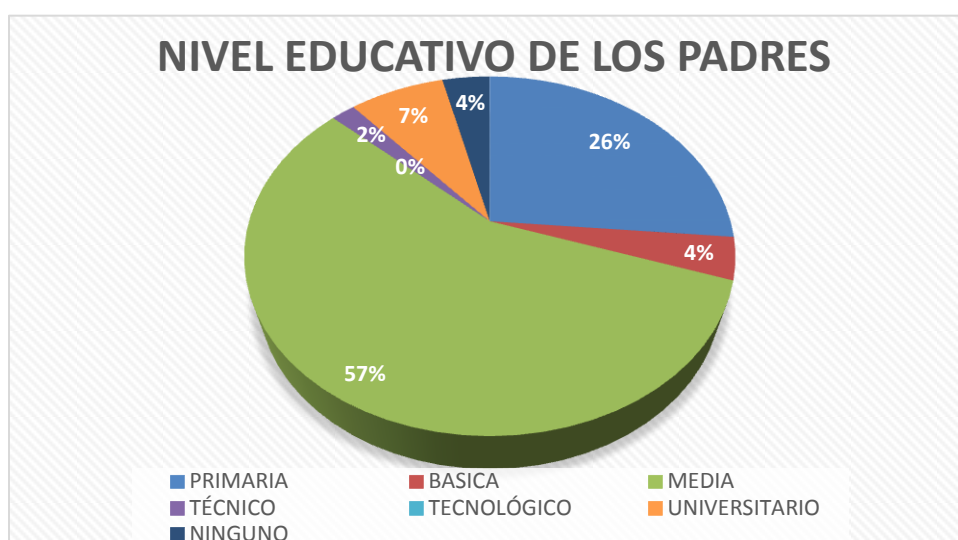
De las adolescentes encuestadas el 49% afirmó que existió embarazos en su familia siendo adolescentes, y el 51% no reporto embarazos en sus familiares siendo adolescentes.

Grafica 3.8.1



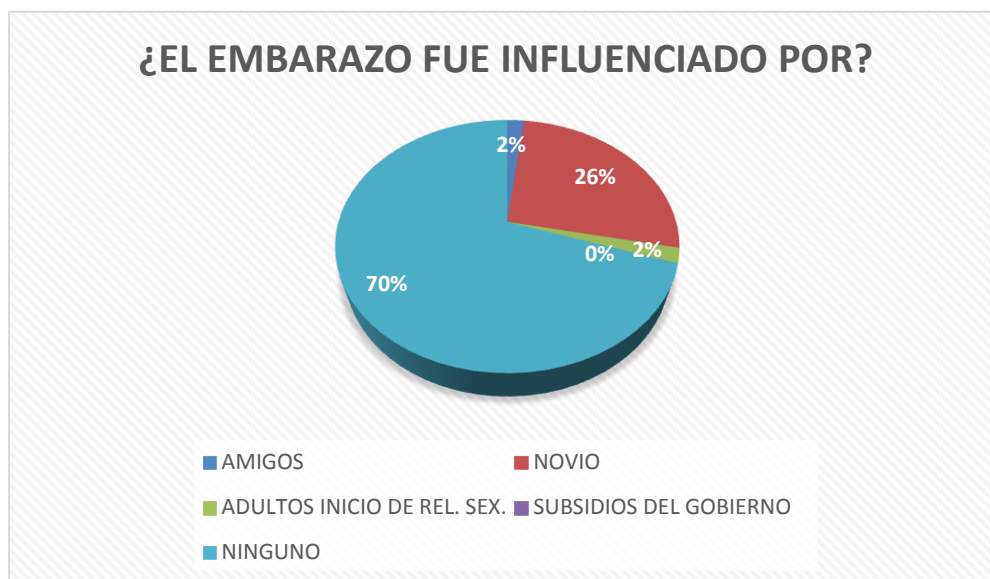
De las adolescentes que respondieron que hubo embarazos adolescentes en algun familiar, el 48% respondió que fue su mamá quien se embarazo durante la adolescencia, el 32% dijo que la hermana, y el 20% respondió que una prima.

Grafica 3.9.



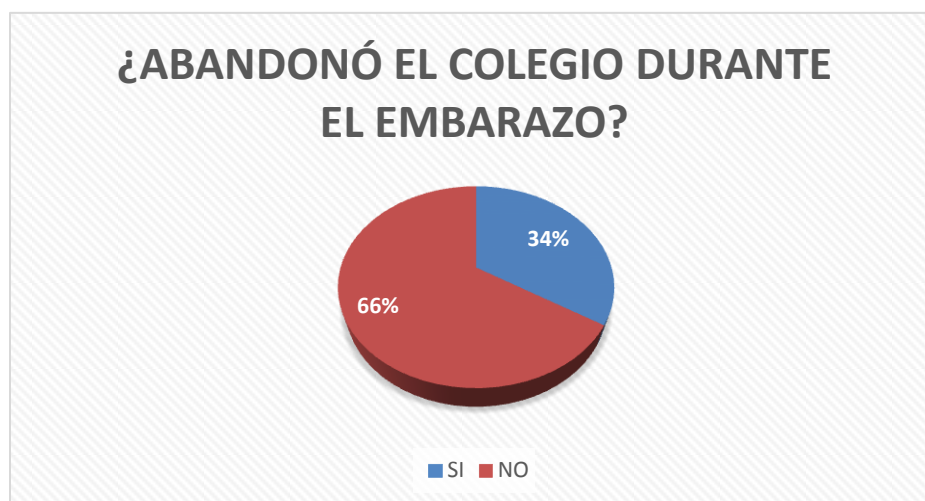
De las adolescentes en embarazo encuestadas el 57% respondieron que sus padres recibieron Educación media (Bachiller), el 26% solo hasta primaria, el 7% educación universitaria, el 4% hasta Educación básica, el 2% educación técnica y un 4% ningún tipo de Educación escolar.

**Grafica 3.10.**



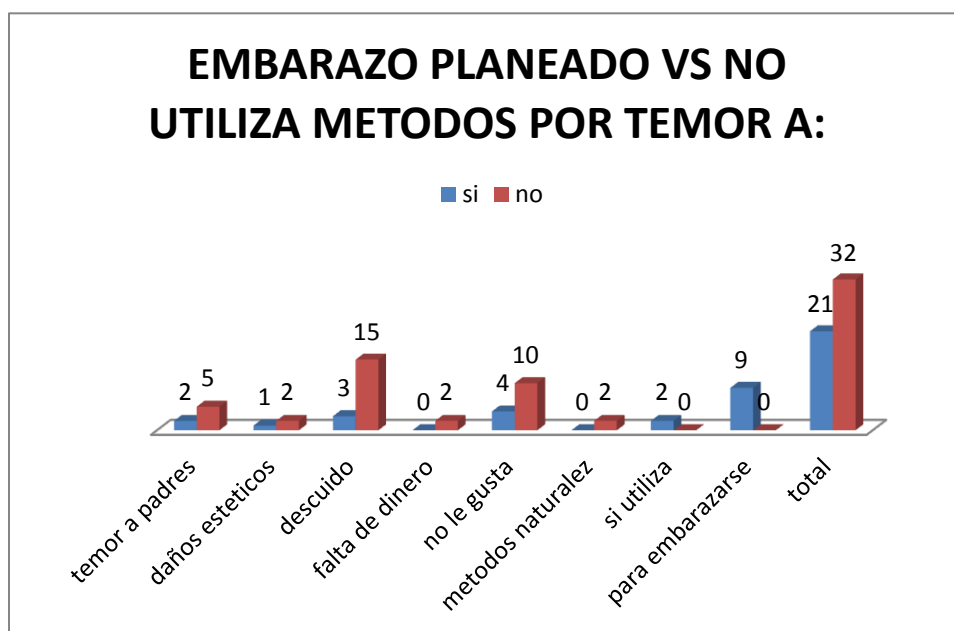
De las adolescentes encuestadas el 70% afirmó no haber recibido alguna influencia para embarazarse, el 26% respondió que fue por el novio, el 2% por amigos y adultos para inicio de relaciones sexuales.

**Grafica 3.11.**

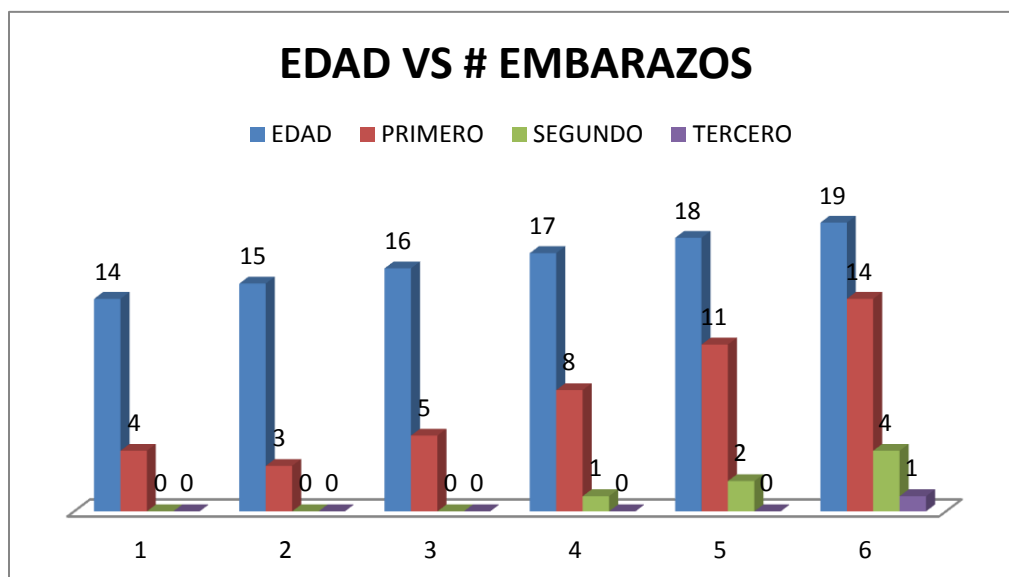


De las adolescentes encuestadas el 34% abandono el colegio durante el embarazo y el 66% no se vieron afectadas por el embarazo y continuaron el colegio o algunas ya habia terminado su Educación media.

### CRUCE DE VARIABLES

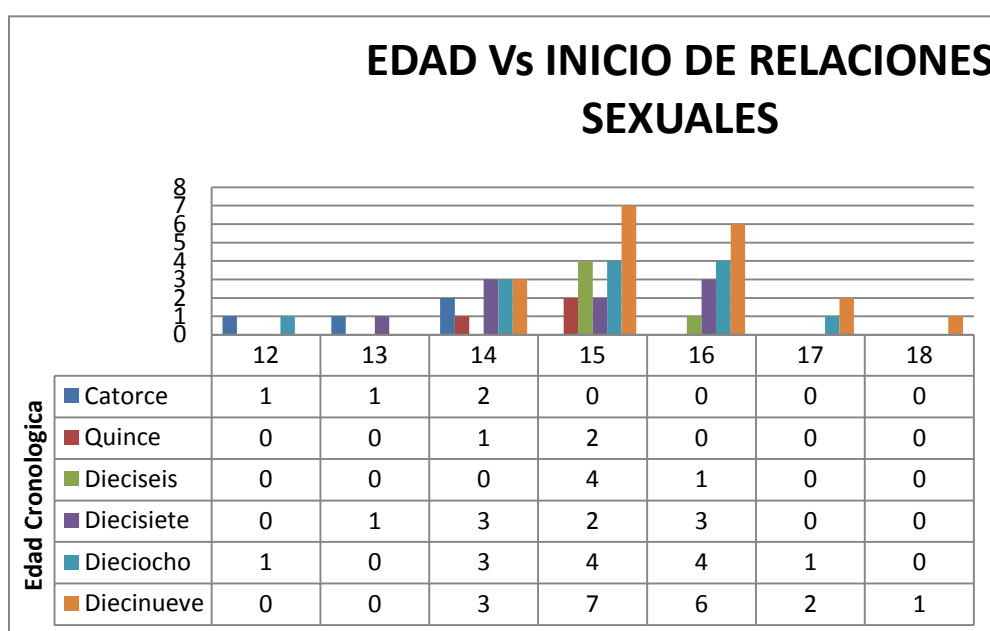


De las 53 adolescentes embarazadas 32 de ellas su embarazo no fue planeado de los cuales realizando el cruce con la variable no utiliza metodos anticonceptivos por temor a: 15 respondieron por descuido y 10 por que no les gusta utilizar metodos de planificacion, y de las 21 adolescentes que su embarazo fue planeado 9 de ellas respondieron que por embarzarse.

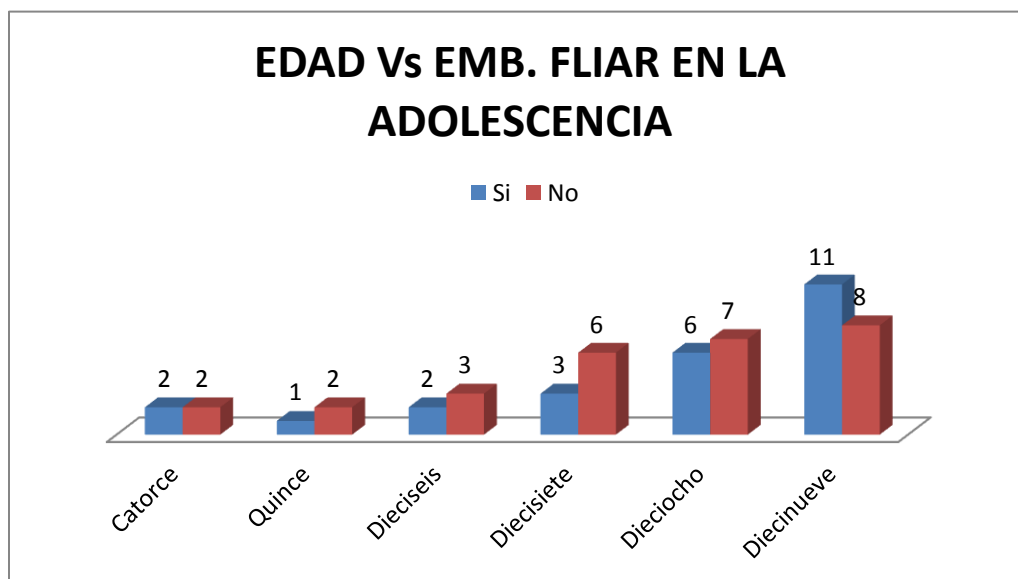




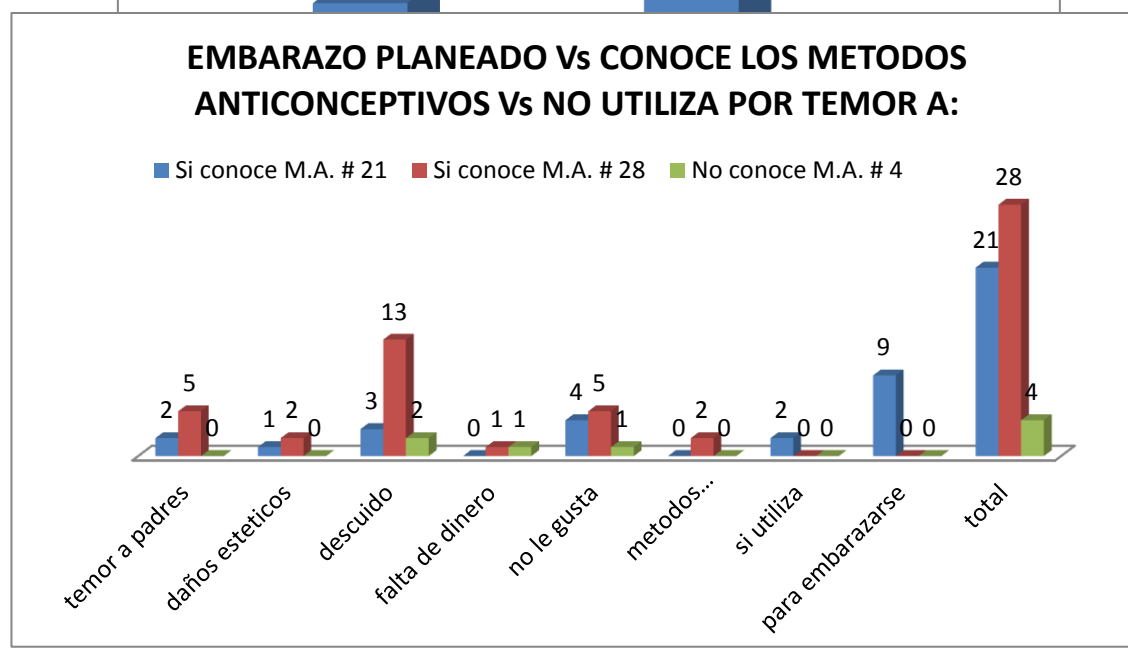
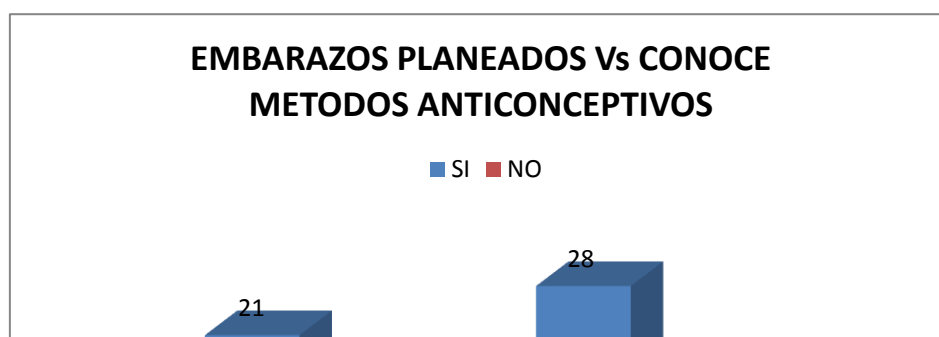
De las 53 adolescentes embarazadas con edades de 14 a 19 años, 8 de ellas han estado embarazadas mas de una vez de las cuales 4 adolescentes con edad de 19 años estan en su segundo embarazo, 1 adolescente con edad de 19 años esta embarazada por tercera vez. Y 2 adolescentes de 18 años estan embarazada por segunda vez.



De las 53 adolescentes embarazadas con edades comprendidas entre 14 a 19 años 2 de ellas han iniciado relaciones sexuales desde los 12 años. Con la grafica se evidencia que la mayor concentracion de adolescentes embarazadas inician las relaciones sexuales entre los 14, 15 y 16 años.



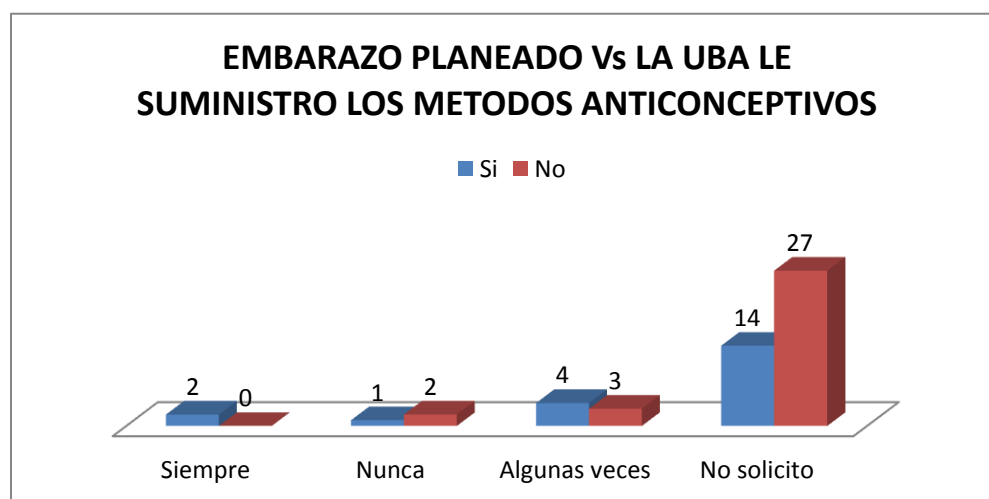
De las 53 adolescentes embarazadas de las edades comprendidas entre 14 a 19 años se realiza cruce con la categoría algún miembro de su familia tuvo hijos en la adolescencia, 25 adolescentes respondieron que si evidenciándose mayor incidencia en las edades de 18 y 19 años.



De  
las 53

adolescentes embarazadas, 21 de ellas respondieron que “SI” su embarazo fue planeado y 32 de respondieron que “NO” fue planeado su embarazo, se realiza cruce con la variable conoce usted los metodos anticonceptivos de las 21 que dijeron que “SI” querian embarazarse confirman que si conocen los metodos anticonceptivos y las 32 gestantes adolescentes restantes responden 28 de ellas que no conocen los metodos anticonceptivos.

De las 53 adolescentes embarazadas, se realiza cruce con la variable conoce usted los metodos anticonceptivos de las 21 que dijeron que “SI” querian embarazarse confirman que si conocen los metodos anticonceptivos pero no los utilizan por que querian embarazarse responden el 43% y las 32 gestantes que no fue planeado su embarazo, responden 28 de ellas que si conocen los metodos anticonceptivos, pero no los utilizan por descuido respondieron el 46% y 4 que no conocen los M.A., el 50% responde que no utiliza por descuido.



De las 53 adolescentes embarazadas, 21 de ellas respondieron que “SI” su embarazo fue planeado se realiza el cruce con la variable la UBA le suministro los metodos 14 respondieron

que no lo solicito y 32 de respondieron que “NO” fue planeado su embarazo, 27 de ellas no solicitaron el M.A.

### **CONCLUSIONES**

- La gran mayoría de los casos de embarazo en adolescentes son causados por el nivel sociocultural en donde está inmersa esta población, teniendo en cuenta que hoy en día existe la aparición temprana de la menarca lo que propicia el inicio de sus relaciones sexuales a muy temprana edad y aun así conociendo los métodos anticonceptivos no los utilizan por descuido o porque no les gusta, mas no por difícil acceso o capacidad de respuesta de los métodos anticonceptivos.
- Las adolescentes en embarazo pertenecientes a la UBA iniciaron sus relaciones sexuales desde los 12 años, sin embargo la edad promedio es a los 15 años,

evidenciándose casos de reincidencia hasta de 3 embarazos en su ciclo de adolescencia, algunos de estos casos se les puede atribuir a que siguen un patrón en sus hogares por la existencia de embarazos durante la adolescencia de algún familiar siendo esto normal para ellas en sus familias y en su entorno sociocultural.

- A pesar de las diversas campañas publicitarias y educativas o de promoción de la salud sexual reproductiva sobre los métodos de planificación familiar, aún se encuentra desconocimiento en algunas de las adolescentes embarazadas sobre la existencia de estos métodos, evidenciándose fallas en el sistema de educación por la no oportuna información a los adolescentes desde temprana edad en las instituciones educativas.
- La alta respuesta de las embarazadas en cuanto a los ingresos económicos aportados por sus parejas indican que la gran mayoría constituyen un hogar en unión libre desde la adolescencia, siendo el factor económico en sus casas maternas uno de los motivos por los cuales se embarazan a temprana edad con el fin de mejorar su situación económica y encontrar quien contribuya con sus necesidades o carencias.
- La UBA mensualmente cuenta con el abastecimiento necesario para cubrir la demanda de usuarios que pertenecen al programa de planificación familiar, sin embargo, en el método anticonceptivo hormonal combinado mensual se encuentra

la ausencia de un porcentaje de insumos que no pueden suministrar, al cual se le podría atribuir la existencia de embarazos en las personas a las cuales no se les alcanzó a entregar el método anticonceptivo.

- A pesar de los servicios de promoción y prevención ofrecidos en la UBA por el programa de planificación familiar, las adolescentes encuestadas no muestran adherencia al programa por la falta de interés y responsabilidad ya que la gran mayoría conoce los métodos anticonceptivos ofertados y nos los solicitan, reflejándose que esta problemática hace parte del nivel sociocultural en la que está inmersa la población estudio.
- Del análisis de los resultados de las diferentes variables, se logra determinar que los elementos que influyen en los embarazos de las adolescentes son atribuibles a los estilos de vida, bajos ingresos económicos, a la falta de una buena educación sexual oportuna y a la irresponsabilidad al momento de iniciar relaciones sexuales sin ningún método de planificación. Toda esta problemática que directa o indirectamente está asociada a los factores socioeconómica, sociocultural y psicosocial a la que pertenece esta población tiene gran impacto en el desarrollo del país logrando detener o retrasar los proyectos de vida de los adolescentes, aspecto que repercute directamente en su calidad de vida y la de su hijo.

### **RECOMENDACIONES**

- Es necesario fortalecer el tipo de educación sexual en las instituciones educativas públicas y privadas, para que niños y adolescentes reciban la información oportuna desde los planteles educativos.
- La UBA debe mejorar el seguimiento que se hace a las usuarias que pertenecen al programa de planificación familiar para llevar control de la eficiencia de los métodos de planificación y realizar cambios pertinentes si llegado al caso es necesario.

- Para los interesados en retomar este estudio, se sugiere tener en cuenta que la posibilidad de casos de embarazo en adolescentes puede atribuirse a los subsidios de familias en acción por lo cual es necesario adicionar en la caracterización poblacional la opción de recibe subsidios del gobierno, para así lograr persuadir una posible evasión en la respuesta.

## **BIBLIOGRAFIA**

CONPES. (28 de Septiembre de 2014). Obtenido de [http://portalterritorial.gov.co/apc-aa-files/7515a587f637c2c66d45f01f9c4f315c/guia\\_conceptual\\_definitiva\\_0asiempre.pdf](http://portalterritorial.gov.co/apc-aa-files/7515a587f637c2c66d45f01f9c4f315c/guia_conceptual_definitiva_0asiempre.pdf)

Cuesta, C. (17 de Julio de 2014). Obtenido de

[http://biblio.uchile.cl/client/en\\_US/sisib/search/results;jsessionid=BDB3119C498F41C7233980A3AA1CA8D7?qu=EMBARAZO+EN+ADOLESCENCIA+--+COLOMBIA.&qf=LIBRARY%09Library%091%3ACS39%09Social+Sciences+Library](http://biblio.uchile.cl/client/en_US/sisib/search/results;jsessionid=BDB3119C498F41C7233980A3AA1CA8D7?qu=EMBARAZO+EN+ADOLESCENCIA+--+COLOMBIA.&qf=LIBRARY%09Library%091%3ACS39%09Social+Sciences+Library)



Flores, C. E., Vargas, E., Henao, J., Gonzalez, C., Soto, V., & Kassem, D. (2004). Fecundidad Adolescente en Colombia: Incidencia, Tendencias y Determinantes. Un enfoque de historia de vida. *CEDE*, 1-155.

General, H. (6 de Septiembre de 2014). Obtenido de [http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/consul\\_exter/guia\\_embarazo.pdf](http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/consul_exter/guia_embarazo.pdf)

Goicolea, I. (15 de Julio de 2014). Obtenido de <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/5280/5726>

Issler, J. (13 de Septiembre de 2014). Obtenido de [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)

Marquez Gelvez, R., & Colas Perez, E. (5 de Octubre de 2014). Obtenido de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/manual\\_de\\_practicas\\_clinicas\\_para\\_la\\_atencion\\_integral\\_a\\_la\\_salud\\_de\\_los\\_adolescentes.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/manual_de_practicas_clinicas_para_la_atencion_integral_a_la_salud_de_los_adolescentes.pdf)

Mayor, S. (25 de Agosto de 2014). Obtenido de <http://connection.ebscohost.com/c/articles/13087956/pregnancy-childbirth-are-leading-causes-death-teenage-girls-developing-countries>

Romero, M. I. (7 de Octubre de 2014). Obtenido de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15Leccion2.html>

Velasquez, A. (20 de Agosto de 2014). Obtenido de <http://munisalud.muniguate.com/2012/11dic/editorial.php>

**ANEXO A**  
**CRONOGRAMA**

| <b>CRONOGRAMACION MENSUAL</b> | <b>ACTIVIDAD A REALIZAR</b>   |
|-------------------------------|---|
| <b>FEBRERO</b>                | Elaboración del anteproyecto.   |
| <b>MARZO</b>                  | Se realizó visita en la UBA loma de bolívar de la comuna 9 de Cúcuta, para corroborar datos estadísticos. |

|                   |  |
|-------------------|--|
| <b>ABRIL</b>      | Recopilación de información  |
| <b>MAYO</b>       | Diseñar el anteproyecto y agendar cita con el asesor del proyecto para su respectiva revisión y ajuste.  |
| <b>JUNIO</b>      | Revisión y ajuste con el asesor del proyecto. Y socialización del anteproyecto.  |
| <b>JULIO</b>      | Solicitar datos estadísticos sobre los casos de incidencia de adolescentes embarazadas en la UBA loma de bolívar comuna 9 de Cúcuta y verificar adherencia del programa de P y P en planificación familiar por parte del profesional en salud a cargo en la UBA. |
| <b>AGOSTO</b>     | Elaboración de encuesta, revisión y ajuste del asesor del proyecto.  |
| <b>SEPTIEMBRE</b> | Aplicabilidad de la encuesta.  |
| <b>OCTUBRE</b>    | Análisis de la información.  |
| <b>NOVIEMBRE</b>  | Revisión, ajuste del asesor del proyecto y elaboración del informe final.  |
| <b>DICIEMBRE</b>  | Presentación del informe final.  |
| <b>DICIEMBRE</b>  | Socialización del informe final.   |

### ANEXO B

#### PRESUPUESTO DE GASTOS DE DESPLAZAMIENTO Y OTROS

| ACTIVIDAD   | COSTO UNITARIO | CANTIDAD   | RECURSOS DE FINANCIACION |          | SUBTOTAL         |
|---|----------------|------------|--------------------------|----------|------------------|
|   |                |            | UCM                      | OTROS    |                  |
| <b>GASTOS DE DESPLAZAMIENTOS A LA UBA</b>         | <b>\$5.000</b> | <b>8</b>   |                          | <b>X</b> | <b>\$40.000</b>  |
| <b>GASTOS DE DESPLAZAMIENTO A LAS ENCUESTADAS</b> | <b>\$1.400</b> | <b>100</b> |                          | <b>X</b> | <b>\$140.000</b> |

|  |                |            |  |          |                  |
|--|----------------|------------|--|----------|------------------|
| <b>GASTOS DE REFRIGERIOS A LAS ENCUESTADAS</b> | <b>\$2.000</b> | <b>50</b>  |  | <b>X</b> | <b>\$100.000</b> |
| <b>GASTOS DE INFORMACION Y COMUNICACIÓN</b>    | <b>\$200</b>   | <b>150</b> |  | <b>X</b> | <b>\$30.000</b>  |
| <b>TOTAL</b>                                   |                |            |  |          | <b>\$310.000</b> |

### PRESUPUESTO DEL RECURSO HUMANO

| INVESTIGADORES Y ASESOR DEL PROYECTO | PROFESION             | FUNCION DENTRO DEL PROYECTO | HORAS LABORALES MENSUAL                           | RECURSOS DE FINANCIACION |          | SUBTOTAL           |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|---|--------------------------|----------|--------------------|
|                                      |                       |                             |   | UCM                      | OTROS    |                    |
| <b>EDWIN LOZANO</b>                  | <b>FONOAU DIOLOGO</b> | <b>INVESTIGADOR</b>         | <b>80 HORAS MENSUAL X \$6.250 HORA X 12 MESES</b> |                          | <b>X</b> | <b>\$6.000.000</b> |
| <b>NELSON</b>                        | <b>FONOAU</b>         | <b>INVESTIGAD</b>           | <b>80</b>   |                          | <b>X</b> | <b>\$6.000</b>     |

|                          |                |                               |   |          |  |                          |
|--------------------------|----------------|-------------------------------|---|----------|--|--------------------------|
| <b>RIVERA</b>            | <b>DIOLOGO</b> | <b>OR</b>                     | <b>HORAS<br/>MENSUAL<br/>X \$6.250<br/>HORA X<br/>12 MESES</b>        |          |  | <b>.000</b>              |
| <b>RICHARD<br/>ROMAN</b> | <b>DOCENTE</b> | <b>ASESOR DE<br/>PROYECTO</b> | <b>8<br/>HORAS<br/>MENSUAL<br/>X \$25.000<br/>HORA X<br/>12 MESES</b> | <b>X</b> |  | <b>\$2.400<br/>.000</b>  |
| <b>TOTAL</b>             |                |                               |   |          |  | <b>\$14.40<br/>0.000</b> |

### PRESUPUESTO DE MATERIALES, INSUMOS Y SERVICIOS

| GASTOS                  | COSTO<br>UNITARIO | CANTIDAD   | RECURSOS FINANCIEROS |          | SUBTOTAL        |
|-------------------------|-------------------|------------|----------------------|----------|-----------------|
|                         |                   |            | UCM                  | OTROS    |                 |
| <b>IMPRESIO<br/>NES</b> | <b>\$200</b>      | <b>100</b> |                      | <b>X</b> | <b>\$20.000</b> |
| <b>FOTOCOP<br/>IAS</b>  | <b>\$50</b>       | <b>150</b> |                      | <b>X</b> | <b>\$7.500</b>  |
| <b>LAPICER<br/>OS</b>   | <b>\$500</b>      | <b>60</b>  |                      | <b>X</b> | <b>\$30.000</b> |
| <b>INTERNE</b>          | <b>\$2.000</b>    | <b>48H</b> |                      | <b>X</b> | <b>\$96.000</b> |

|              |  |  |  |  |                             |
|--------------|--|--|--|--|-----------------------------|
| <b>T</b>     |  |  |  |  |                             |
| <b>TOTAL</b> |  |  |  |  | <b>\$153.50</b><br><b>0</b> |

**PRESUPUESTO GENERAL DE GASTOS DEL PROYECTO**

| <b>GASTOS GENERALES</b>                                | <b>SUBTOTAL</b>     |
|--|---------------------|
| <b>PRESUPUESTO DE GASTOS DE DESPLAZAMIENTO Y OTROS</b> | <b>\$310.000</b>    |
| <b>PRESUPUESTO DEL RECURSO HUMANO</b>                  | <b>\$14.400.000</b> |
| <b>PRESUPUESTO DE MATERIALES, INSUMOS Y SERVICIOS</b>  | <b>\$153.500</b>    |
| <b>TOTAL</b>   | <b>\$14.863.500</b> |

## ANEXO C

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO/DISPOSITIVO                                   | FORMA       | STOCK      | M. MENSUAL | SOLICITUD  | VS        | USUARIOS QUE PLANIFICAN EN LA UBA MES DE SEPT. 2014 |            |
|--|-------------|------------|------------|------------|-----------|---|------------|
|  |             |            |            |            |           |   |            |
| CONDONES   | DISPOSITIVO | 0          | 200        | 200        | VS        | NO SOLICITAN  | 0          |
| MEDROXIPROGESTERONA ACETATO 150mg (DEPOTRIN)                         | AMPOLLA     | 120        | 72         | 0          | VS        | INYECTABLES TRIMESTRALES (AMPD)                     | 34         |
| DISPOSITIVO INTRAUTERINO (T DE COBRE)                                | DISPOSITIVO | 10         | 10         | 0          | VS        | IMPLANTES SUBDERMICOS                               | 1          |
| DECROXIPROGESTERONA ACETATO 25mg + ESTRADIOL CIPIONATO 5mg (femelin) | AMPOLLA     | 0          | 200        | 200        | VS        | HORMONALES COMBINADOS (Inyectables Mensuales)       | 142        |
| LEVONOGESTREL 150mcg + ETINILESTRADIOL 30mcg (sinovul)               | BLISTER     | 0          | 50         | 50         | VS        | HORMONALES COMBINADOS (Anovulatorios Orales - ACO)  | 58         |
| LEVONORGESTREL 0.75 (POSDAY)   | BLISTER     | 0          | 30         | 30         | VS        | NO SOLICITAN  | 0          |
| LEVONORGESTREL 0.03 (POSLAC)   | BLISTER     | 30         | 30         | 0          | VS        | PILDORAS DE SOLO PROGESTINA (MINIPILDORA - AOP)     | 2          |
| <b>TOTAL</b>   |             | <b>160</b> | <b>592</b> | <b>480</b> | <b>VS</b> | <b>TOTAL</b>  | <b>237</b> |

## LISTA DE CHEQUEO DE STOCK Y KAR

