

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, FUNCIONALIDAD FAMILIAR,
CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO
FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO
PRECOZ EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO
DE CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO
MONCALEANO PERDOMO DE LA CIUDAD DE NEIVA.

ADRIANA SOLEDAD ARGOTE
GLADYS HELLENA MOSCOSO
LEIDY TATIANA GARCÍA BARRAGÁN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA - HUILA
2013

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, FUNCIONALIDAD FAMILIAR,
CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS COMO
FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO ASOCIADOS AL EMBARAZO
PRECOZ EN ADOLESCENTES DE 13 A 19 AÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO
DE CONSULTA PRENATAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO
MONCALEANO PERDOMO DE LA CIUDAD DE NEIVA.

ADRIANA SOLEDAD ARGOTE
GLADYS HELLENA MOSCOSO
LEIDY TATIANA GARCÍA BARRAGÁN

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogo (a).

Asesora
MARIA CRISTINA BORRERO
Psicóloga-U. Surcolombiana
Magister en creatividad Aplicada

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
NEIVA - HUILA
2013

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Enero del 2013

DEDICATORIA

A Dios por todas las bendiciones recibidas, a mi madre porque con sus esfuerzos y sacrificio ha contribuido a alcanzar mis sueños, a mis hermanos que los amo mucho y son lo más hermoso de mi vida, a quienes estuvieron allí y me apoyaron en los momentos que más lo necesite.

A mis padres que con su ayuda me han encaminado por la ruta para alcanzar mis sueños, a mi esposo que me ha acompañado y apoyado en este trayecto y a mi hijo que me ha inspirado a entregar lo mejor de mí en lo que hago.

ADRIANA SOLEDAD

A mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

GLADYS HELLENA

A mis padres, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

A mis hermanas por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar. A mis sobrinos Mariana y Samuel quienes han sido mi motivación, inspiración y felicidad.

LEIDY TATIANA

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A todas las personas y entidades que hicieron posible la realización exitosa de esta investigación, principalmente a nuestras familias y amigos, por el apoyo y dedicación entregados.

A los docentes de la Universidad Surcolombiana, Programa de Psicología, por los conocimientos y enseñanzas, para nuestro desarrollo profesional,

A todos los participantes mil gracias.....

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. JUSTIFICACIÓN	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
3. OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GENERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4. ANTECEDENTES	23
4.1 ALGUNOS DATOS RELATIVOS A LA FECUNDIDAD DE ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS	28
4.2 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	29
5. REFERENTE CONCEPTUAL	33
5.1 ADOLESCENCIA	33
5.1.1 Adolescencia Temprana (10 a 13 años)	34
5.1.2 Adolescencia media (14 a 16 años)	34
5.1.3 Adolescencia tardía (17 a 19 años)	35
5.2 LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS	35
5.3 CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD – PATERNIDAD ADOLESCENTE	36
5.3.1 Consecuencias para la adolescente	36
5.3.2 Consecuencias para el hijo de la madre adolescente	37
5.3.3 Consecuencias para el padre adolescente	37
5.4 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES (SSR)	37
5.4.1 La salud sexual	38

		Pág.
5.4.2	La salud reproductiva	39
5.5	FACTORES DE RIESGO PARA EL EMBARAZO ADOLESCENTE	40
5.5.1	Factores biológicos	40
5.5.2	Factores sociales	40
5.5.2.1	Educación	40
5.5.2.2	Nivel socioeconómico	41
5.5.3	Factores Psicológicos	41
5.5.3.1	Conductas de riesgo	41
5.5.4	Factores familiares	42
5.5.4.1	Apoyo social percibido	43
5.5.5	Factores estructurales	44
5.5.6	Factores individuales	45
5.5.7	Factores institucionales	48
5.6	FACTORES A INVESTIGAR	48
5.6.1	Características sociodemográficas	49
5.6.1.1	Datos personales	49
5.6.1.2	Datos familiares	50
5.6.2	Factores familiares	50
5.6.3	Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	56
5.6.4	Métodos anticonceptivos	56
5.7	CLASIFICACIÓN	57
5.7.1	Métodos naturales	57
5.7.2	Métodos de barrera	58
5.7.3	Métodos hormonales	59
5.7.4	Métodos definitivos (Quirúrgicos)	61
5.7.4.1	Femenino	61
5.7.4.2	Masculino	61
5.7.5	Métodos folclóricos	61
6.	DISEÑO METODOLÓGICO	62
6.1	ENFOQUE	62
6.2	DISEÑO	62
6.3	SUJETOS	62
6.3.1	Población	62
6.3.2	Muestra	63
6.4	INSTRUMENTO	63

		Pág.
6.4.1	Cuestionario para la recolección de información Socio-demográfica y conocimiento y uso de métodos anticonceptivos(Profamilia, 2010)	63
6.4.2	Validez y confiabilidad	64
6.4.3	Apgar familiar	65
6.4.4	Validez	66
6.5	CRITERIOS DE SELECCIÓN	66
6.5.1	Criterios de inclusión	67
6.5.2	Criterios de exclusión	67
6.6	PROCEDIMIENTO	67
6.7	ASPECTOS ETICOS	68
7.	OPERALIZACION DE VARIABLES	71
8.	RESULTADOS	83
8.1	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA	83
8.2	DATOS FAMILIARES	87
8.3	RESULTADOS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO	90
9.	DISCUSION	94
10.	CONCLUSIONES	98
11.	RECOMENDACIONES	100
	BIBLIOGRAFIA	101

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Factores de riesgo para el embarazo en adolescentes	52
Tabla 2	Análisis estadísticos descriptivos de los resultados	90

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Edad	83
Figura 2	Estrato Social	84
Figura 3	Escolaridad	84
Figura 4	Ocupación Actual	85
Figura 5	Edad de Inicio Laboral	85
Figura 6	Procedencia	86
Figura 7	Tiempo de residencia en Neiva	86
Figura 8	Número de hermanos	87
Figura 9	Lugar que ocupa entre hermanos	87
Figura 10	Número de hermanos adolescentes con hijos	88
Figura 11	Personas con las que conviven	88
Figura 12	Estado civil de los padres	89
Figura 13	Ocupación de los padres	89

RESUMEN

Se realizó un estudio con 75 adolescentes de 13 a 19 años, que acuden al servicio de consulta prenatal del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, de la ciudad de Neiva durante el año 2012; el objetivo principal de la investigación fue describir las características sociodemográficas, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y la funcionalidad familiar, como factores psicosociales de riesgo asociados al embarazo. Para este estudio de enfoque cuantitativo, se optó por un diseño descriptivo de corte transversal; los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos (Comité Técnico de la Ends 2010), y el cuestionario APGAR familiar, los cuales se aplicaron de manera individual a modo de entrevista. Encontrándose que las adolescentes correspondientes a la edad de los 17 años, son las que más acuden a consulta prenatal, representándose en un 25.3%; pertenecen en su mayoría al estrato socioeconómico 1, presentan deserción escolar, el 29% aún estudia y el 9% labora; conocen sobre los métodos anticonceptivos reconociendo que ayudan decisivamente en el control de la natalidad, el número de hijos y la prevención de embarazos no deseados, sin embargo no los usan; en sus hogares existe algún tipo de disfuncionalidad familiar.

Palabras claves. Adolescentes embarazadas, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, disfuncionalidad familiar.

ABSTRACT

A study was realized by 75 teenagers from 13 to 19 years, which come to the service of prenatal consultation of the University Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, of Neiva's city during the year 2012; the principal aim of the investigation was partner described the demographic characteristics, the knowledge and use of contraceptive methods and the familiar functionality, as factors psicosociales of risk associated with the pregnancy. For this study of quantitative approach, it was chosen for a descriptive design of transverse court; the used instruments were the questionnaire of knowledge and use of contraceptive methods (Technical Committee of the Ends 2010), and the questionnaire familiar APGAR, which applied themselves in an individual way like interview. Being that the teenagers corresponding to the age of 17 years, are those who more come to prenatal consultation, being represented in 25.3 %; they belong in the main to the socioeconomic stratum 1, present school desertion, 29 % still studies and 9 % works; they know on the contraceptive methods admitting that they help decisively in the control of the birthrate, the number of children and the prevention of not wished pregnancies, nevertheless they do not use them; in his homes there exists some type of familiar malfunction.

Keywords. Pregnant teenagers, knowledge and use of contraceptive methods, familiar malfunction.

INTRODUCCION

El embarazo en adolescentes es un fenómeno bio-psico-social de gran importancia que constituye un problema de salud pública, no sólo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, sino también, por tratarse de uno de los principales prolongadores de pobreza entre una generación y otra, además de estar implícitos factores de riesgo como la funcionalidad familiar, el desconocimiento de los métodos anticonceptivos y el poco o mal uso de los mismos; esta es una primera realidad que expresa la importancia de sumar esfuerzos académicos e institucionales a la comprensión y creación de estrategias y acciones de prevención, tendientes al conocimiento de las realidades, características y el modo en que construyen las experiencias y estilos de vida las adolescentes embarazadas.

El presente estudio pretende describir algunos factores que influyen en la ocurrencia de embarazo en adolescentes gestantes de 13 a 19 años que acuden al servicio de consulta prenatal en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, en el primer periodo de 2012. Para ello se caracterizó socialmente a la población, identificando si las adolescentes tienen conocimiento de la forma de uso de los métodos anticonceptivos y si usan o han hecho uso de estos, al mismo tiempo se midió el nivel de funcionalidad familiar en cada una de las adolescentes gestantes, como parte de los factores psicosociales de riesgo asociados a este fenómeno.

La presente investigación es desarrollada por estudiantes del Programa de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Surcolombiana, con el propósito de obtener resultados encaminados al conocimiento de esta problemática, que permitan aportar a la realización de programas preventivos que garanticen la disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes.

1. JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública que va en aumento, tanto en la incidencia, como en la presentación de casos a edades cada vez más tempranas. Claramente se puede observar que el índice de maternidad juvenil tuvo un incremento del 5.4% en el año 2008 en relación con el año anterior. Según el perfil epidemiológico en el año 2008 en la ciudad de Neiva, se registraron 1540 partos en adolescentes de 10 a 19 años, correspondiente a una proporción del 23.1% de todos los partos en la ciudad de Neiva en ese mismo año, y en el año 2009 el porcentaje de adolescentes embarazadas de 10 a 19 años, ascendió al 24% del total de los partos en ese año, finalmente en el año 2010 se registraron 1357 partos en adolescentes de 10 a 19 años, siendo una proporción de 22,9%¹. Si bien las cifras dan cuenta de la magnitud del problema, las entidades de gobierno no cuentan con elementos descriptivos exhaustivos sobre las características sociodemográficas y los factores psicosociales de riesgo de esta población; información que se requiere para determinar los segmentos poblacionales más vulnerables a afrontar el evento de la maternidad y la paternidad precoz.

Esta es una primera realidad que expresa la importancia de sumar esfuerzos académicos e institucionales a la comprensión y creación de estrategias y acciones de prevención, tendientes al conocimiento de las realidades, características y el modo en que construyen las experiencias y estilos de vida, las adolescentes embarazadas de 13 a 19 años en la ciudad de Neiva.

El presente trabajo de grado pretende, abordar algunos de los factores de riesgo más importantes asociados al embarazo en adolescentes, para lo cual se considerarán los factores psicosociales como el familiar, el individual, el conocimiento, uso de métodos anticonceptivos y las características sociodemográficas vinculadas a esta problemática social y de la salud. Lo anterior buscará favorecer la implementación y fortalecimiento de los planes y acciones de prevención y promoción, y especialmente contribuir al diseño de políticas públicas más eficaces en la disminución de la incidencia del embarazo en adolescentes.

De esta manera se intenta realizar un aporte a las instituciones, a la sociedad y a la formación integral de los profesionales de la salud del sector surcolombiano, con la construcción de conocimientos relevantes a nuestro campo de desempeño profesional, que se traduzcan en soluciones a problemas de la población juvenil.

¹ SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL. Perfil Epidemiológico, Neiva 2010.

Por otro lado se intenta conocer el ámbito social e individual en el cual se origina y transcurre la anterior problemática, un estudio de enfoque cuantitativo y un diseño descriptivo de corte transversal, a través del cual se puedan identificar los factores sociodemográficos y precipitantes del aumento de la tasa de embarazos en adolescentes de 13 a 19 años en la ciudad de Neiva.

Las implicaciones derivadas de los hallazgos de la presente investigación pueden y deben verse reflejadas, en la mejora y fortalecimiento de las políticas y programas actuales para la prevención y promoción de embarazos en las adolescentes, dado que se han visto insuficientes y poco efectivas en el manejo de dicha problemática.

El fundamento general sobre el que se plantean las actuales estrategias para el manejo del embarazo en las adolescentes se basa en modelos, que no han arrojado los mejores resultados hecho que se puede corroborar con el creciente aumento de embarazo adolescente cada año, tal y como se vio más arriba en algunos resultados del perfil epidemiológico de Neiva 2008.

Este proyecto investigativo pretende brindar herramientas que contribuyan y/o fortalezcan las estrategias diseñadas para enfrentar la situación arriba expuesta, tratando de crear consciencia sobre la misma y haciendo un llamado a todos los actores de la sociedad a que apoyen los procesos que buscan aportar soluciones a dicha problemática que indudablemente tiene una incidencia negativa para la sociedad pero que se pueden atenuar siempre y cuando se cuente con el conocimiento adecuado y la voluntad política necesaria.

La primera dimensión de análisis que se incluirá es la de características sociodemográficas con la finalidad de obtener datos sociales, familiares, laborales y educativos, con el fin de caracterizar a las adolescentes embarazadas.

Otro argumento a destacar en la presente exposición está relacionado con las múltiples interacciones dadas dentro de la dinámica familiar. Ya bastante se ha dicho de lo que es la unión familiar como elemento importante en la formación de los hijos. Sin embargo, la familia es un sistema complicado² donde todo intento de comprensión de sus dinámicas y de sus sucesos concretos requiere una visión total y detallada. Desde aquí se aborda el entorno familiar para buscar en él los

² TORRES, Mauro. La familia célula viva de la sociedad. Eco ediciones, Santa Fe de Bogotá 1999.

elementos que pueden influir en que una adolescente resulte embarazada en esta etapa de su vida, puntos de referencia válidos no sólo para el psicólogo sino también para todos los interesados en investigar y aportar su granito de arena al mejoramiento de la sociedad.

De igual manera con respecto al factor conocimiento sobre métodos anticonceptivos es importante establecer si estas adolescentes a pesar de conocer y/o utilizar los métodos anticonceptivos quedan en embarazo, para de esta forma replantear y cuestionarnos como profesionales sobre el modo en que se está haciendo promoción y prevención del embarazo en adolescentes, de igual manera, si no tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos señalar la importancia de aumentar las estrategias de promoción y prevención que se realizan sobre salud sexual y reproductiva.

Desde luego, no es una pretensión generalizar las impresiones derivadas de pocos casos de adolescentes embarazadas.

Sin embargo, ante la complejidad de los factores psicosociales y la capacidad de adaptación y ajuste que tiene cada individuo, es posible que muchas adolescentes puedan identificarse con los casos investigados.

Para terminar con esta exposición de motivos es necesario anotar que, en relación con los embarazos en adolescentes de la ciudad de Neiva no hay aún esfuerzos, políticas ni programas suficientes que permitan promocionar, prevenir y sobretodo crear consciencia de la gran problemática que esto significa; de acuerdo con los reportes de los diferentes entes del gobierno y las controversias que se generan en torno a tan delicado tema como lo es el embarazo precoz, se admite que tal evento causa hoy en día todo tipo de emociones e impresiones odios, rechazos, amores y muchos más malestares en los diferentes sectores sociales.

A la Alcaldía Municipal y a otras entidades del orden gubernamental, les inquieta el elevado número de adolescentes embarazadas pues esto conlleva pérdidas de carácter económico y productivo. Para las instituciones de salud pública y privada, los costos que se generan a raíz de los embarazos adolescentes son bastante altos pues son considerados embarazos de alto riesgo.

Los daños psicológicos y físicos que surgen en relación con el embarazo adolescente son numerosos. Llevando a un deterioro en todos los ámbitos de la

adolescente y de sus hijos, aumentando y eternizando el índice de pobreza. Pero esto no siempre fue así y no necesariamente tiene que serlo.

Por lo tanto, esta investigación pretende ser una contribución importante para el conocimiento de una realidad difícil de afrontar, pero no imposible de resolver. Este es el sentido y el valor del presente proyecto. Un esfuerzo tendiente a brindar herramientas al investigador y a proponer nuevos puntos de vista en la relación sujeto - institución - calidad de vida, buscando descubrir elementos con los cuales se puedan construir mecanismos de control, promoción, prevención y sobretodo de creación de consciencia del valor que tienen las adolescentes como sujetos activos en la construcción de sociedad, de tejido humano y lo más importante, el valor que tienen como mujeres.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La edad a la cual las mujeres empiezan su vida reproductiva, constituye uno de los factores demográficos determinantes de la fecundidad de una población, al mismo tiempo que afecta en forma importante los niveles de mortalidad materna, de mortalidad infantil y el número de abortos.

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública, no sólo asociado a los trastornos orgánicos propios de la juventud materna, sino también, porque se ha convertido en uno de los principales factores generadores de pobreza, tanto de las madres como de los hijos; además, están implícitos factores de riesgo como la funcionalidad familiar, el desconocimiento de los métodos anticonceptivos y el poco o mal uso de los mismos.

Una gestación a temprana edad se considera de alto riesgo pues fisiológica y mentalmente las jóvenes no están preparadas para este proceso, desencadenando graves consecuencias que atentan contra la integridad y el bienestar del niño y de la madre, como lo muestran los siguientes indicadores:

“La tasa de mortalidad perinatal, en el periodo 2005 – 2010, se fijó en 14 muertes por mil embarazos de 7 o más meses de duración y un número de muertes neonatales tempranas (130) mayor que el número de mortinatos (86); en mujeres de 15 a 19 años, la tasa de mortalidad perinatal fue de 9”³.

“En el departamento del Huila, la tasa de mortalidad perinatal está entre las más altas del país, 22 por mil”⁴, para el primer semestre de 2011 se han reportado 144 casos.⁵

³ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS. “Mortinatos: Muertes fetales en embarazos de 7 ó más meses de duración. Muertes neonatales tempranas: Son aquéllas que ocurren durante los primeros siete días (0-6 días), entre niños nacidos vivos. Tasa de mortalidad perinatal: Suma del número de mortinatos y muertes neonatales tempranas dividida por el número de embarazos de siete o más meses de duración.” Mortalidad infantil y en la niñez. Capítulo 9. P.215. ENDS 2010.

⁴ Ibid.,p. 212.

⁵ GOBERNACIÓN DEL HUILA .Secretaría de salud departamental. Perfil Epidemiológico. Primer Semestre de 2011.

En cuanto a embarazos de alto riesgo, del 30% de embarazos de riesgo no evitable, el 10% son mujeres menores de 18 años⁶.

En el Departamento del Huila, primer semestre de 2011, se reportaron 6 casos de mortalidad materna, estas mujeres se encontraban en edades entre los 16 y 32 años⁷. Además, de los anteriores indicadores, las implicaciones psicológicas y sociales que se dan por la gestación afectan no sólo a la joven, sino también al padre adolescente, al hijo, a los familiares y a la sociedad en general. El crecimiento considerable de esta problemática ha venido aumentando de forma notoria el nivel de pobreza y vulnerabilidad especialmente en los sectores más necesitados de la sociedad.

Además de traer consecuencias desfavorables tanto a nivel social y biológico, esta problemática influye considerablemente en la vida emocional de la madre adolescente, ya que se está en un proceso de búsqueda de identidad, que implica omitir un paso muy importante, *su auto aceptación como mujer*, los cambios del cuerpo y funciones nuevas, por una figura prematura de mujer embarazada. Esto conlleva a problemas de autoestima y frustraciones personales y sociales, abandono o cambio de un proyecto de vida profesional, dificultad para educar con cariño al bebé, mayor riesgo de separación, abandono por parte de su compañero, rechazo social y el tener que asumir tempranamente responsabilidades propias de la vida adulta.

De los nacimientos que ocurren fuera del matrimonio, que en el año 2008 representaron el 67%⁸, los de adolescentes, se consideran un problema social, tanto por razones de salud, por tratarse de embarazos y nacimientos de mayor riesgo, como por afectar las condiciones socioeconómicas presentes y futuras de las y los jóvenes, limitando sus posibilidades de finalizar la educación secundaria, como lo demuestra el Porcentaje de Recién Nacido por Nivel de Escolaridad de la Gestante en Neiva en el año 2008, donde el 42% representaba a las madres que tenían secundaria incompleta⁹, en el 2010 el 7.5% de las mujeres de 15 a 24 años mencionan que la razón por la que tienen una secundaria incompleta es el haber

⁶ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS. "Porcentaje de niños nacidos en los cinco años anteriores a la encuesta en categorías de riesgo elevado de mortalidad y su razón de riesgo; y porcentaje de mujeres en unión a riesgo de concebir un hijo con riesgo elevado de mortalidad, por categoría de riesgo." Capítulo 9. P. 216. ENDS Colombia 2010.

⁷ GOBERNACION DEL HUILA. Secretaria de salud Departamental. Perfil Epidemiológico Primer Semestre de 2011.

⁸ Ibid., p.12 .

⁹ Ibid., p.

quedado en embarazo¹⁰. Se sabe que el nivel de educación de las mujeres influye de manera importante en sus actitudes y prácticas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo, sus actitudes hacia el tamaño ideal de la familia y la práctica de la planificación familiar. Por lo tanto, el acceder al mercado laboral con mayor preparación no será una opción en el proyecto de vida de las adolescentes con bajo nivel de escolaridad, teniendo que acceder a trabajos poco remunerados y en muchas ocasiones, la renuncia definitiva a su realización personal.

Por otro lado, el nivel de educación está positivamente asociado con la situación socioeconómica, la cual determina la demanda de servicios de salud y planificación familiar¹¹. En el año 2008 el 42 % de las adolescentes embarazadas en Neiva, eran de estrato socioeconómico 1 y 2, sugiriendo que la situación socio demográfica de estas jóvenes pudo ser un factor que influyó en su maternidad temprana.

En aspectos tales como el uso de anticonceptivos, sexualidad, los roles de género y actividad sexual se posee escasa o equivocada información acerca de dichos elementos por parte de las instituciones educativas y aún más por parte de los padres, lo cual podría ser un desencadenante a esta problemática, mostrando la gran importancia de los factores familiares tomando como referencia su estructura funcional a la hora proporcionar dicha información a los adolescentes, es por eso que Colombia con base en los objetivos del desarrollo del Milenio, elaboró seis metas nacionales adicionales, entre ellas, incrementar a 75% el uso de métodos de prevención entre la población sexualmente activa y a 65% entre los adolescentes de 15 a 19 años; limitar los embarazos tempranos a 15% para el año 2015.

Los adolescentes son, por tanto, el grupo que necesita mayor información y apoyo en temas referentes a conductas sexuales adecuadas, dada la mayor vulnerabilidad que presentan debido a la exposición a factores de riesgo; como lo son las primeras relaciones sexuales, la falta de información, el embarazo no deseado, las enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

La forma y el momento en que el adolescente consigue información sobre la sexualidad constituyen un factor determinante. Una información adecuada al momento, correcta en sus contenidos, directa y objetiva puede ayudar a que estén mejor instruidos en sexualidad y consecuentemente mejor protegidos.

¹⁰ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2010. Perfil de las mujeres en edad fértil.

¹¹ Ibid., p.

Dado que en las universidades y entidades de gobierno la identificación de las características sociodemográficas y los factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes neivanas es escasa o nula, creemos pertinente realizar la presente investigación, teniendo en cuenta las consecuencias, las implicaciones y el gran impacto que puede tener un embarazo adolescente tanto para la región como para los protagonistas de esta situación, por tal razón se plantea la necesidad del presente estudio.

Por lo tanto los interrogantes a los que se desea dar respuesta son los siguientes:

¿Cuáles son las características sociodemográficas, la funcionalidad familiar el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, Como factores psicosociales de riesgo asociados al embarazo de adolescentes de 13 a 19 años que acuden al servicio de consulta prenatal del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, en el segundo trimestre del año 2012?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las características sociodemográficas, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y la funcionalidad familiar, como factores psicosociales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años que acuden al servicio de consulta prenatal del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo en la ciudad de Neiva.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reconocer las características socio-demográficas de las madres adolescentes que acuden al programa de control prenatal en el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo en la ciudad de Neiva.

Establecer el conocimiento que tienen las adolescentes sobre la forma de uso de los diferentes métodos anticonceptivos.

Identificar si las adolescentes embarazadas usan o han hecho uso de métodos anticonceptivos.

Determinar las características del funcionamiento familiar en las adolescentes embarazadas.

4. ANTECEDENTES

La circunstancia del incremento de conductas de riesgo en materia de sexualidad y que los índices de embarazos no deseados, lejos de disminuir entre los jóvenes, continúen en aumento y se presenten a edades cada vez más tempranas, es un signo alarmante y un problema social que ya se ha dicho, genera preocupación entre las autoridades de salud y la comunidad en general.

Esta situación ha sido punto de partida para explorar algunos de los factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes; problema de gran trascendencia en el orden de la salud sexual y reproductiva lo que se evidencia en el gran número de madres adolescentes encontradas, las cuales representan un porcentaje significativo como lo indican las estadísticas referenciadas.

En lo referente al tema se han encontrado algunos estudios de carácter internacional, nacional y regional, los cuales brindaron un aporte a nivel teórico y metodológico a la presente investigación. A continuación se mencionan los que han sido relevantes y significativos para la elaboración del presente trabajo.

A nivel internacional, se encontró la investigación denominada “Actitudes de las y los adolescentes ante la sexualidad”¹²; con enfoque cuantitativo de tipo no experimental, donde se tomó una población de 1208 estudiantes. Su objetivo fue explorar las actitudes de los y las adolescentes en la ciudad de Chiapas México con relación a aspectos importantes que vivencian frente a la sexualidad como: los anticonceptivos y el embarazo.

Sus resultados permiten conocer las actitudes, comportamientos morales y éticos que tienen frente a la sexualidad los y las adolescentes, e indagan sobre la relación de este factor con el embarazo en la etapa de la adolescencia. Al respecto, el género masculino manifiesta una actitud más favorable que las mujeres respecto a los anticonceptivos, se evidencia que se interesa por las relaciones coitales por placer y no encaminadas a un embarazo; mientras que en ellas es notorio el desconocimiento sobre la anticoncepción, y asumen una actitud más favorable hacia la posibilidad de un embarazo, significando para ellas que las relaciones coitales conducen necesariamente a un embarazo o que el destino final de ellas es la reproducción.

¹² MORALES, Hugo. Actitudes de las y los adolescentes ante la sexualidad. Chiapas, México. 1998.

En Venezuela se llevó a cabo una investigación acerca de la influencia de los padres en la educación sexual de las y los adolescentes.¹³ El objetivo de este estudio fue estimular la reflexión entre los padres y las madres, sobre conocimientos, prácticas y actitudes sexuales para orientar a sus hijos en el aprendizaje de su sexualidad.

La investigación se basó en el paradigma cualitativo con diseño fenomenológico. Dentro de los resultados obtenidos se evidenció que la comunicación de los padres y las madres con sus hijos(as), es difícil y, a veces no les brindan una educación sexual porque ellos mismos, según refieren están desinformados, viven la sexualidad negativamente, como un tema tabú, o con vergüenza. Desde el punto de vista de género, se evidencia la presencia de estereotipos de género de tipo machista. Estos factores pueden restringir el acceso a la información, entorpecen la comunicación y promueven conductas de riesgo en las y los adolescentes en formas diferentes, pero igualmente peligrosas.

Estos resultados son significativos porque hacen referencia al grado de importancia que los padres tienen en la educación de sus hijos, es decir, que son los padres el componente principal para educar de forma integral al adolescente sobre sexualidad.

En la Colonia Flor del Campo, Comayagüela, Honduras, en el año 2005 se realizó con 81 adolescentes de 13 a 19 años, una investigación que tuvo como objetivo principal, analizar los factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes¹⁴.

Se encontró que la edad en que predominó la ocurrencia de embarazos estaba entre 16 y 19 años, tenían escolaridad media, vivían en área urbano-marginal, bajo ingreso económico, padres con baja escolaridad, escasa comunicación con sus hijos, desintegración familiar y la institución de salud que proporcionó la información, se limita a brindar una atención de acuerdo a lo establecido en el protocolo de atención prenatal, pero no realiza acciones de prevención para lograr disminuir las cifras de embarazos en adolescentes.

¹³ AGREDA CARICOTE, Esther. Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescente. Mérida, Venezuela. 2008.

¹⁴ REYES TURCIOS, Nidia Rosibel. Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Colonia Flor del Campo, Honduras, 2005.

En un estudio mixto sobre determinantes del embarazo en adolescentes en el municipio de Nicaragua llamado Palacaguina¹⁵, se halló que la baja escolaridad, ausencia de prácticas religiosas, falta de un proyecto de vida y el no uso de métodos de planificación son determinantes del embarazo en adolescentes. La mala comunicación con la madre y en general las barreras culturales entre los padres y las adolescentes no contribuyen a la prevención del embarazo, por el contrario, incrementan el riesgo de un embarazo precoz.

El estudio mencionado permite comparar los factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes de un municipio de otro país, con el nuestro.

En la Habana, Cuba, se realizó una investigación explicativa-observacional, de tipo estudio de casos y controles, en adolescentes entre 10 y 19 años, del sexo femenino, provenientes del Policlínico Docente "Wilfredo Pérez Pérez"¹⁶, en el año 2000, compartidos en 2 grupos: el de estudio, con 53 casos que se embarazaron, y el control con 106 adolescentes que no lo hicieron. Se compararon diferentes aspectos de la sexualidad, de la esfera familiar y sociodemográfica, con el fin de determinar la influencia de algunos aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia.

Se encontró que más de la tercera parte de las adolescentes ni estudiaba ni trabajaba, y en la escolaridad materna y paterna el grupo estudio supera al control. En el grupo estudio los padres divorciados (79,3 %) superaron al control (71,8 %). en cuanto a adolescentes criadas sólo por la madre (41,5 %). En el control, la madre y el padre estuvieron presentes en el mayor porcentaje (35,9). En ambos grupos fue mayor la presencia de familias moderadamente disfuncionales, y fueron superadas por el grupo estudio (77,3 a 70,7 %), respectivamente.

La precocidad en el inicio de la actividad sexual y el no uso de anticonceptivos en la primera relación sexual predominó en el grupo estudio.

A nivel nacional se tienen hallazgos que contribuyen a clarificar los factores asociados a la maternidad juvenil en el contexto colombiano. En primer lugar, la Universidad de los Andes realizó un estudio que tituló, Fecundidad adolescente y

¹⁵ GONZALES, Esmeralda. Determinantes del embarazo en adolescentes en el municipio de Palacaguina, 2003 2005. Managua, Nicaragua 2004.

¹⁶ ÁVILA GÁLVEZ, Elena ; CID SANTANA, Maylen ; GARCÍA, Ileana, *et. al* . Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Ciudad de la Habana., Cuba.

pobreza¹⁷, el cual contó con dos objetivos, el primero de ellos elaborar un diagnóstico de la fecundidad adolescente en Colombia para organizar los conocimientos disponibles sobre el tema, respecto a sus tendencias, sus factores asociados y su relación con la pobreza. El otro objetivo fue identificar las diferentes experiencias en política social sobre fecundidad y sexualidad adolescente que se han diseñado y aplicado en diferentes países, incluida Colombia, con el fin de poder plantear recomendaciones políticas para el futuro cercano en el país.

En el año 1990, el 12,8% de las jóvenes colombianas entre los 15 y 19 años de edad ya eran madres o estaban embarazadas, para el año 2000 esta proporción había aumentado al 19,1%. Es decir que las adolescentes cada vez inician su maternidad más temprano. La proporción de madres adolescentes que tuvieron su hijo antes de los 18 años aumentó del 7% en 1990 al 11% en el 2000. Así, no sólo la proporción de adolescentes con hijos ha aumentado, sino que la edad a la cual tienen ese primer hijo ha disminuido.

En relación con la exposición al riesgo de embarazo, la proporción de adolescentes con actividad sexual se ha duplicado en la última década, al pasar del 21% en 1990 al 40% en el 2000.

En 1990, el 5% de las adolescentes había iniciado relaciones sexuales antes de los 15 años; en el año 2000 llegó a 8,7%.

En la Universidad Nacional, se llevó a cabo un estudio de análisis descriptivo correlacional cuya intencionalidad fue indagar sobre los factores psicosociales asociados al embarazo temprano en adolescentes¹⁸. La investigación consistió en un trabajo interdisciplinario con 286 adolescentes; realizado para evaluar el tipo de creencias, el estilo de afrontamiento y el grado de soporte social, como factores psicosociales asociados con la presentación del embarazo temprano en los adolescentes escolarizados de dicho sector; área de influencia de la fundación Santa Fé de Bogotá.

¹⁷ FLÓREZ, Carmen Elisa y SOTO, Victoria. Fecundidad adolescente y pobreza, diagnóstico y lineamientos de política. Universidad de los Andes.

¹⁸ MÉNDEZ DE MELO, María Cecilia y VILLOTA, Yolima. Análisis descriptivo correlacional de los factores psicosociales asociados con embarazo temprano de adolescentes del sector III vía la calera. Universidad Nacional. 2002.

De la población de adolescentes escolarizados en los colegios San Luis y San Isidro del sector, se concluye que, inician su actividad sexual antes de los 15 años, lo cual compromete su deficiente conocimiento y toma de decisiones objetivas, aumentando el riesgo de embarazos y por ende las consecuencias sociales, económicas, laborales, académicas, familiares, personales, demográficas entre otras que se desprenden del mismo. Se encontraron además elementos como: un pobre conocimiento ante la efectividad de los métodos anticonceptivos, mayor déficit de conocimientos sobre sexualidad en la población masculina; incoherencia entre procesos cognitivos y comportamentales, estas tendencias aumentan el riesgo de inicio temprano de la vida sexual y como consecuencia, la posibilidad de más embarazos precoces. Los jóvenes de la población estudiada piensan en un ideal de edad de inicio sexual, alrededor de los 20 años, pero actúan de forma diferente, iniciándose antes de los 15 años.

En la dimensión emocional, se encuentra que el apoyo físico y posible apego a la pareja asociado a un estilo de afrontamiento fantasioso, genera mayor riesgo de exposición a inicios sexuales tempranos y a embarazos.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010 (ENDS 2010), persigue como objetivo el mejorar e institucionalizar la recolección y utilización de la información requerida para evaluar los programas de salud sexual y reproductiva y de salud general de la población con el objeto de tomar las decisiones requeridas de política y relacionadas con los diferentes planes, programas y que se desarrollan.

Para dicha encuesta, se entrevistaron efectivamente 51,447 hogares, con una tasa de respuesta de hogares efectivamente encuestados sobre el total de hogares ocupados de 92 por ciento. El número de mujeres en edad fértil (13 - 49 años) efectivamente entrevistadas llegó a 53,521 y la tasa de respuesta para este grupo poblacional fue de 94 por ciento.

La información que se halló menciona las características generales y situación de las mujeres en edad fértil, buscando entender el contexto de la reproducción femenina, adolescente e infantil. Del total de entrevistadas (9354), el 18.3% son adolescentes con edades entre 15-19, en cuanto al lugar de procedencia el 79% tienen procedencia urbana y 21% procedencia rural, y en lo referente a la situación laboral, el 18.5% son empleadas, el 15.3% desempleadas y el 66.2% no han estado empleadas en los últimos 12 meses.

Por otra parte está el tema de la fecundidad que es el que tal vez tiene mayor incidencia en el crecimiento poblacional. En Colombia en la actualidad, se sigue observando la disminución aunque a un ritmo lento; además, aún quedan grupos de población con fecundidad relativamente alta, que incluye las adolescentes de 15 a 19 años. En la información sobre la fecundidad que se recolectó en la ENDS 2010, a las mujeres entrevistadas entre los 13 y los 49 años de edad se les preguntó acerca de su vida reproductiva. Esta información permite obtener estimaciones del promedio de hijos tenidos durante toda la vida, de los niveles actuales, las tendencias de fecundidad y la mortalidad de los hijos, en especial de la mortalidad infantil.

4.1 ALGUNOS DATOS RELATIVOS A LA FECUNDIDAD DE ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS

- Tasa de fecundidad de 73 nacimientos por mil mujeres en la zona urbana y 122 en la zona rurales. Para los tres años que precedieron la encuesta.
- El 84.2% no ha tenido hijos, el 13.6% ha tenido 1 hijo, el 2% ha tenido 2 hijos y el 0.2% ha tenido 3 hijos.
- Nacimiento del primer hijo en la zona urbana: el 1.5% menos de 15 años, el 10.7% menos de 18 años y el 13.8% menos de 20 años. En la zona rural: Edad al nacer el primer hijo: El 2.5% menos de 15 años, el 17.7% menos de 18 años y el 22.2% menos de 20 años.
- De las 9354 (dato no ponderado) adolescentes, el 15.8% ya son madres, el 3.7% son embarazadas con el primer hijo y 19.5% ha estado embarazada alguna vez.
- En la planificación familiar, el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos por parte de adolescentes entre 15 y 19 años los datos encontrados se verán a continuación:

- Conocimiento de métodos anticonceptivos, entre todas las mujeres encuestadas, los métodos más conocidos son en su orden: el condón (98.9%), la píldora (98.8%), la inyección (97.9%) y la esterilización femenina (96.5%). Por otro lado, entre los métodos menos conocidos están la amenorrea por lactancia (MELA). En todos los grupos de mujeres, el grado de conocimiento de los métodos modernos es mayor que el de los tradicionales. Vale la pena destacar que entre las mujeres que se reportaron como sin experiencia sexual, el nivel de conocimiento de métodos llega a 99 por ciento.

4.2 USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

- El uso en el pasado, de las 9100 adolescentes entrevistadas reportan haber usado, condón 39.6%, inyección 16.9%, anticoncepción de emergencia 10.1%, píldoras 13.1%.

- En el uso actual de métodos de planificación familiar, utilizan Condón 8.4%, inyección 7.4%, píldoras 3.7%.

- Razones de suspensión del uso de métodos anticonceptivos, efectos secundarios (15%), quería un método más efectivo (15 %), sexo poco frecuente/marido ausente (13 %), quería quedar embarazada (13 %) y quedó embarazada (13 %).

- Razones para no usar anticoncepción en el futuro, entre las mujeres de 15-29 años la principal razón es que la entrevistada quiere tener más hijos

- Método preferido de anticoncepción para uso futuro, entre las mujeres de 15-29 años el método preferido para uso futuro es la esterilización femenina con un 24.7% seguido de los implantes con un 23.8%.

- De las 9100 adolescentes entrevistadas, el 0.6% dice haber sido obligada a usar algún método y el 45.4% dice saber que la EPS proporciona métodos temporales gratuitos.
- En el Huila se entrevistaron 1181 mujeres, de las cuales el 1.2% dice haber sido obligada a usar algún método y el 59.2% dice saber que la EPS proporciona métodos temporales gratuitos.
- En lo relativo a la mortalidad infantil y en la niñez, la tasa de mortalidad perinatal, en el periodo 2005-2010, se fijó en 14 muertes por mil embarazos de 7 o más meses de duración y un número de muertes neonatales tempranas (130) mayor que el número de mortinatos (86); en mujeres de 15 a 19 años, la tasa de mortalidad perinatal fue de 9.
- En el Departamento del Huila, la tasa de mortalidad perinatal estuvo entre las más altas del país, 22 por mil.
- En cuanto a embarazos de alto riesgo, del 30% de embarazos de riesgo no evitable, el 10% son mujeres menores de 18 años.

Comparando con la cifra obtenida en el año 2000, la tasa de mortalidad perinatal bajó de 24 a 17 por mil. La tasa aumenta con la edad de la madre al nacimiento del niño, desde 15 por mil para las menores de 20 años, hasta 47 para las mayores de 40 años. La menor mortalidad perinatal se tiene cuando se trata de un primer embarazo (13 por mil); para las otras pérdidas, entre más amplio el intervalo con el embarazo anterior (más de 27 meses), menor es la mortalidad perinatal. En todas las regiones ha disminuido la mortalidad perinatal, pero en las regiones Oriental y Bogotá se dan las mayores disminuciones. Los departamentos con las mayores tasas de mortalidad perinatal son Chocó (37), Magdalena (35), Cesar (29), Vichada (28), Nariño y Amazonas (26), Cauca y Guaviare (24), Córdoba, Norte de Santander, la Guajira (23) y el Huila (22)¹⁹.

¹⁹ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS 2010. Capítulos 1, 4, 5, 6,7 y 9.

A nivel regional se encuentra un estudio llevado a cabo en la Universidad Surcolombiana cuyo objetivo fue investigar la actitud frente a la sexualidad en jóvenes estudiantes de este centro educativo según género y actividad sexual.²⁰ Esta tesis cuantitativa de tipo descriptivo constituye una descripción de la actitud de los jóvenes universitarios frente a su sexualidad, la cual se analizó basándose en las respuestas dadas por 341 estudiantes de la Universidad Surcolombiana sede Neiva. Se encontró que el 63,6% de los jóvenes son activos sexualmente, el 36,4% no lo son. El 29,4% de estos jóvenes tienden a llevar prácticas de riesgo para su salud sexual y el 51,8% tiende al auto cuidado.

La similitud con el presente estudio se enmarca dentro de la temática de sexualidad ya que este es un factor a indagar de acuerdo a las vivencias y percepciones que tienen los y las adolescentes en torno a la sexualidad.

En la Universidad Antonio Nariño se tiene referencia de un proyecto investigativo denominado “Vivencias de una gestante de 15 años frente al embarazo no deseado”²¹. Para la presente investigación adelantada en Neiva, se escogió un enfoque de tipo cualitativo para llevar a cabo una descripción y comprensión de las vivencias de una adolescente embarazada, sus sentimientos, emociones y fantasías producto de su condición actual. Los factores de riesgo se comportan de diferente manera según el estrato socioeconómico de la joven, en especial por dos hechos que marcan diferencias según el grupo social. En primer lugar, existe un significado social diferente otorgado a la edad, en segundo lugar el orden de prioridad dado a la educación y a la maternidad en cada sector social es diferente.

De lo anterior se dedujeron los factores desencadenantes de una gestación no deseada, a saber, la baja autoestima de la adolescente, carencia de una estructura familiar saludable, relaciones sexuales precoces; para la protagonista social la iniciación de su vida sexual desde temprana edad se constituyó en un medio para suplir ese vacío afectivo, originado por el maltrato físico, psicológico, afectivo y verbal y la generación de espacios afectivos que desarrollan la sana personalidad en este caso particular desencadenaron el embarazo no deseado.

²⁰ SIERRA ANDRADE, Carolina. Actitud frente a su sexualidad en jóvenes estudiantes de la Universidad Surcolombiana de Neiva según género y actividad sexual, Neiva, 2002.

²¹ MARÍN TRUJILLO, Claudia Andrea y MARÍN TRUJILLO, Graciela. Vivencias de una gestante de 15 años frente al embarazo no deseado. Universidad Antonio Nariño, Neiva, 2003.

En la Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, en el año 2004 se exploró acerca de la maternidad a temprana edad en las adolescentes de la Comuna 6 de Neiva (Huila) y su desarrollo psicosocial²². Para la presente investigación se escogió un enfoque de tipo cualitativo etnográfico; interdisciplinario, con adolescentes entre los 14 y 17 años, con el fin de conocer los principales factores sociales, culturales y familiares que influyen en el embarazo a temprana edad, analizando las implicaciones que trae sobre la personalidad de la joven madre y conocer su calidad y estilo de vida.

Se concluye de la anterior revisión, que la orientación y educación en torno a la sexualidad juegan un papel fundamental y que son los padres de familia, los educadores y las personas adultas los responsables de la formación integral de las adolescentes. Se sabe que las niñas y los niños, al igual que las y los jóvenes, son curiosos por naturaleza y cada vez más precoces. Es por tanto, responsabilidad de los adultos, no evadir estos temas y estar preparados para asistirlos positivamente, evitando que tomen la delantera y se enteren por otros medios, de donde pueden tener impresiones erradas y caer en actos equivocados que los afecten física y psicológicamente, perturbándoles su pleno desarrollo individual y social.

En cuanto a los factores que inciden en el embarazo en niñas que están aún en periodo de escolaridad, se llevó a cabo una investigación elaborada por Gloria Narváez en el Colegio Nacional Santa Librada²³, con adolescentes embarazadas entre los 14 y 17 años de los grados de educación media vocacional. La cual permitió establecer que los principales factores que inciden en el embarazo en adolescentes suelen ser la falta de afecto, el bajo rendimiento académico que ocasiona abandono o deserción escolar y los conflictos con los padres, siendo este último, uno de los principales factores influyentes en las futuras acciones y decisiones que la adolescente gestante debe confrontar. Según este estudio las cifras de embarazo en adolescentes se incrementaron aceleradamente durante los dos años anteriores a la investigación, registrándose 6 casos por año de adolescentes embarazadas.

²² MEDINA, Arismeldy ; GÓMEZ, María Eugenia y TOVAR, María Elena. La maternidad a temprana edad en las adolescentes de la comuna N° 6 de Neiva-Huila obstaculiza su desarrollo psicosocial. Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, Neiva Huila, 2004.

²³ NARVÁEZ, Gloria. Factores que inciden en algunas niñas que presentan embarazo en el Colegio Santa Librada, Neiva, 2002.

5. REFERENTE CONCEPTUAL

Para generar una reflexión sobre los factores psicosociales asociados al embarazo adolescente y todas las implicaciones que este conlleva; es necesario primeramente, desarrollar algunos planteamientos pertinentes para su mejor entendimiento.

Los interrogantes a abordar son entonces: ¿Qué es la adolescencia y cuáles son sus características? ¿Cuáles son las actitudes que asumen las adolescentes frente a la maternidad? ¿Qué conocimientos tienen las adolescentes acerca de la Salud sexual y reproductiva? ¿Cuáles son los principales factores psicosociales de riesgo? ¿Qué conocimiento tienen las adolescentes respecto a los métodos anticonceptivos?

5.1 ADOLESCENCIA

La OMS 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" fijando sus límites entre los 10 y los 20 años. 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 sexual y reproductiva (SSR), el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial²⁴.

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. 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.

²⁴ ISSLER, Juan. Embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Medicina Nº 107, España, agosto 2001, pág. 11-23

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

5.1.1 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.

En la adolescencia temprana, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exageran 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 ésta exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda, en la mayoría de veces a cargo de los abuelos.

5.1.2 Adolescencia media (14 a 16 años). Es la adolescencia propiamente dicha; en esta etapa se han completado prácticamente el crecimiento y el 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 la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

En la adolescencia media, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, luciendo 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 auto-cuidado 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.

5.1.3 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.

En la adolescencia tardía, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes²⁵.

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".

5.2 LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo 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 particulares²⁶.

²⁵ ISSLER, Juan. embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107, España, agosto 2001, pág. 15.

²⁶ Ibid., p. 18.

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 cree 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 –en la mayoría de los casos- contra enfermedades de transmisión sexual, buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

5.3 CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD – PATERNIDAD ADOLESCENTE

5.3.1 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 las futuras oportunidades de lograr buenos empleos y las posibilidades de realización personal, al dificultársele poder seguir 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 forzosamente 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.

5.3.2 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 los recursos suficientes para proporcionarles el ingreso a un adecuado servicio de salud.

5.3.3 Consecuencias para el padre adolescente. La satisfacción y el mantenimiento de las necesidades básicas de la familia, llevan frecuentemente a la deserción escolar. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un estrés inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos físicos y emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

5.4 LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES (SSR)

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La SSR se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos²⁷.

²⁷ RODRÍGUEZ GAZQUEZ, María de los Ángeles. Factores de riesgo para embarazo adolescente, medicina UPB. Vol27, Núm. 1. enero – junio 2008, Universidad Pontificia Bolivariana.

5.4.1 La salud sexual. La sexualidad hace parte normal del desarrollo del adolescente. Ella es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: la genital o biológica que se expresa en los aspectos fisiológicos, el área erótica relacionada con la búsqueda de placer y la moral expresada en la estructura social fijados en los valores aceptados. La esfera de la sexualidad introduce a los adolescentes en un conjunto de escenarios de riesgo, frente a los cuales toman decisiones de acuerdo con determinadas concepciones sobre la salud y la enfermedad, sobre el cuerpo y sobre los valores que le inculcó la sociedad²⁸.

En la experiencia diaria puede observarse que hay adolescentes que pueden ser perfectamente conscientes de los riesgos y conocen las consecuencias de ser activos sexualmente, así como otros que desconocen por completo. Es así como este grupo necesita servicios de consejería en SSR para que puedan aclarar las preguntas sobre las formas de evitar embarazo no deseado, y de cómo disminuir los riesgos de adquirir una ITS, incluida el VIH/SIDA. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social, enriqueciendo la vida individual y social.

El término salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo, como su autoestima y su bienestar emocional y mental, además de la cultura y el ambiente donde vive²⁹. El desarrollo completo de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social, e incluye temas como sexo, género, identidad sexual y de género, orientación sexual, erotismo, apego emocional, amor y reproducción. Se experimenta o se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, funciones y relaciones.

La salud sexual se apoya en el autocontrol para decidir cuándo se comienza la actividad sexual, control sobre la elección que haga la pareja sexual, y control sobre la frecuencia de la actividad sexual. La salud sexual incluye el derecho a postergar y/o rechazar relaciones sexuales, particularmente si éstas pueden conducir a consecuencias negativas como un embarazo no deseado o una infección. El reconocimiento de los derechos sexuales es inherente a la salud sexual, lo que implica que los individuos tienen derecho a libertad sexual,

²⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent Sexual and Reproductive Health. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponible en: <http://www.who.int/child-adolescenthealth/asrh.htm>.

²⁹ PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION, World Association of Sexology. Promotion of sexual health: recommendation for action. Washington: Panamerican Health Organization; 2002.

privacidad, equidad, placer y a elegir de forma libre y responsable. Los seres racionales necesitan saber cuáles son las consecuencias potenciales de sus acciones, y las decisiones autónomas de un individuo no pueden denominarse saludables si son coercitivas para otra persona.

5.4.2 La salud reproductiva. La salud reproductiva se refiere al bienestar físico, mental y social de mujeres y hombres en asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones. La mayoría de programas adolescentes aúnan esfuerzos con el propósito de prevenir ciertas consecuencias de la salud reproductiva como el embarazo y las ITS, incluyendo el VIH/SIDA³⁰. Los estudios indican que el desarrollo sexual sano lleva a mejores decisiones que tienen resultados positivos, tales como el retraso en el inicio de la actividad sexual, períodos más prolongados de abstinencia y un mayor uso de métodos anticonceptivos (MAC), lo que implica una disminución en la incidencia de embarazos no deseados. Las ITS constituyen una consecuencia adversa de la conducta sexual, que afecta particularmente a los jóvenes. El inicio de la actividad sexual a una edad temprana se asocia con una mayor posibilidad de contraer ciertas ITS. Otras razones son de tipo conductual: en la adolescencia se es menos constante en el uso de MAC que en la adultez, por lo tanto los efectos protectores son menores. Con una actividad sexual precoz se tendrá la probabilidad de conocer un mayor número de parejas y en consecuencia, se tendrá una mayor exposición a ITS. Una situación agravante, altamente reconocida, es el factor biológico, puesto que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas.

Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquía, ésta se sitúa como promedio a los 12 años, lo que lleva a una parcial madurez fisiológica. Esta condición se asocia con relaciones sexuales más tempranas, con casi un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores. Los adolescentes adquieren su madurez sexual aproximadamente cuatro o cinco años antes de alcanzar su madurez emocional³¹. Además de los factores biológicos, las personas jóvenes son más vulnerables a ITS/VIH/SIDA³² debido a su desarrollo cognitivo y emocional, en el que se hace más difícil tanto el análisis como la toma de decisiones. Como consecuencia, los jóvenes tienden a ser más susceptibles a las opiniones de los pares, lo que puede afectar su

³⁰ SCHUTT-AINE J, MADDALENO M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003. p. 29-73.

³¹ CASTILLO, C.; LÓPEZ, C.; MUÑOZ, C, y RIVERA ,J. Una aproximación a la conflictiva de la adolescente soltera embarazada. México: [s.n.]; 1992.

³² ONU/SIDA, Organización Mundial de la Salud OMS, Organización Panamericana de la Salud. HIV and AIDS in the Americas: An Epidemic with Many Faces. Washington: ONU/SIDA; 2001.

capacidad de negociar las relaciones sexuales y el uso de medidas de protección. Existe una relación entre la madurez cognitiva y la actividad sexual, de forma que aquellos que poseen un mayor nivel de madurez cognitiva tienden a ser sexualmente menos activos.

5.5 FACTORES DE RIESGO PARA EL EMBARAZO ADOLESCENTE

Son diversos y de variada naturaleza los factores que determinan la conducta y el desarrollo de los sujetos y que dependiendo de la capacidad de adaptación y ajuste, van a determinar una vida llena de complicaciones o de manera contraria un futuro prometedor.

Para dar claridad acerca de dichos factores se exponen a continuación dos clasificaciones que permiten contextualizar la problemática en estudio:

- En Chile, Valdivia P., Maruzzella & Molina S, Marta³³, basadas en diferentes investigaciones hechas en Chile y a nivel internacional; clasifican los factores psicológicos asociados al embarazo de la siguiente manera:

Con relación a los factores predisponentes, se mencionan en la literatura elementos biológicos, sociales y psicológicos.

5.5.1 Factores biológicos. Dentro de los factores biológicos llama la atención la menarquia más temprana y el hecho de que haya sido madre previamente.

5.5.2 Factores sociales

5.5.2.1 Educación. Un gran porcentaje de adolescentes abandonan la escuela antes de quedar encinta estas jóvenes presentan menores niveles de escolaridad que embarazadas adolescentes que han desertado durante su estado de gravidez y a menudo viven en una profunda deprivación socioeconómica. Las adolescentes

³³ VALDIVIA P, MARUZZELLA & MOLINA S, Marta. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. Vol. XII, N° 2: Pág. 85-109. 2003

gestantes, en su gran mayoría desertan del sistema escolar y previamente se encontraban sin realizar ningún tipo de actividad productiva.

Por otra parte, se ha comprobado que al mantenerse las mujeres en el sistema de educación formal, ellas tienden a posponer su primer embarazo, a usar métodos anticonceptivos, a tener un menor número de hijos y a responder mejor al cuidado de ellos.

Se ha reportado además que ellas presentan un desempeño escolar pobre con frecuentes repitencias de curso o con un desinterés por un futuro ligado a los estudios. Se ha indicado que las mujeres que llegan a ser madres durante la adolescencia tienen menores niveles educacionales que quienes postergan el embarazo hasta la adultez.

5.5.2.2 Nivel socioeconómico. En relación al nivel socioeconómico, diversas investigaciones tanto nacionales como internacionales coinciden en señalar que las jóvenes que se embarazan precozmente, generalmente pertenecen al nivel socio económico bajo³⁴.

La falta de oportunidades para el futuro, asimismo, ha sido mencionada como un factor predisponente para este fenómeno

5.5.3 Factores Psicológicos. En este ámbito se considera de relevancia analizar las conductas de riesgo de las menores que se asocian al embarazo, las características de sus familias, el apoyo social percibido, el nivel intelectual de estas jóvenes, su autoestima y la presencia o ausencia de sintomatología depresiva; y todas las variables que han aparecido como importantes en la literatura relacionada con esta problemática.

5.5.3.1 Conductas de riesgo. Conductualmente se ha indicado como frecuente en este grupo de riesgo el consumo de alcohol, el uso de drogas, una actividad sexual precoz, o la existencia previa de un aborto espontáneo.

Además se ha señalado que hay un bajo índice de uso de medidas anticonceptivas en la primera relación sexual, y que esto es más frecuente en las adolescentes de menor edad.

³⁴ FUJIMORI, E.; VIANNA DE OLIVEIRA, I. ; ROCHA, A. ; NÚÑEZ, L. & CORNBLUTH, S. (1997). Perfil socioeconómico y biológico de embarazadas adolescentes de una maternidad de beneficencia en Sao Paulo, Brasil. Cuadernos Médico Sociales. 38, 97-104.

De hecho, en un estudio realizado en la ciudad de Santiago de Chile con embarazadas adolescentes, se encontró que la joven se expone un año o más al coito sin protección, antes de solicitar contracepción.

La pobre educación sexual antes de los 13 años, teniendo inicio sexual antes de los 15 años, constituyen un panorama preocupante.

Éstos hallazgos están muy probablemente asociados a la fábula personal característica de la adolescente, del tipo “esto no me va a pasar a mí” y que ha sido encontrado frecuentemente asociado al embarazo adolescente.

5.5.4 Factores familiares. Dentro de los factores familiares, se ha mostrado que el involucramiento paterno actúa disminuyendo en sus hijos las conductas de riesgo.

Las hijas de padres que muestran una mayor preocupación por quién acompaña a sus hijas en las salidas, y respecto a las fiestas, perciben mayor apoyo social.

Gran parte de las adolescentes embarazadas reportan una menor calidad en la comunicación familiar, que sus pares no embarazadas; y describían la relación con su madre como distante.

En el ámbito de la transmisión transgeneracional, se ha observado que tanto, en zonas rurales como urbanas, las madres adolescentes provenían de familias cuyas progenitoras también habían sido en su mayoría, madres adolescentes. Se ha reportado además mayor porcentaje de padres alcohólicos que provienen de familias numerosas en las adolescentes embarazadas.

Además se han planteado otras características que se pueden asociar a algún grado de disfunción familiar, como son, relaciones intrafamiliares complicadas y/o con violencia y ausencia de uno o de los dos padres.

También se ha encontrado, que embarazadas que puntuaban altos niveles de estrés en sus familias de origen, consideraban sólo como moderadamente estresante el embarazo en si mismo, en relación a otros estresores.

Esto puede ayudar a entender cómo es que el embarazo puede llegar a ser visto como una salida de relaciones familiares conflictivas.

En términos generales, una mayor disfuncionalidad familiar se ha asociado tanto al riesgo de embarazo, como al embarazo en sí mismo.

5.5.4.1 Apoyo social percibido. Se han observado más bajos estándares de calidad y cantidad de relaciones sociales en las embarazadas adolescentes, quienes además difícilmente encuentran apoyo para sus problemas tanto fuera como dentro de la familia.

- Nivel intelectual. En cuanto al nivel intelectual, un estudio realizado por Carrasco (1986, cit. en Arriagada et al., 1991)³⁵, señaló que al comparar adolescentes embarazadas y no embarazadas, el grupo de embarazadas presentaba un CI significativamente menor que el grupo control. Encontraron que las embarazadas adolescentes presentan un menor nivel de pensamiento lógico-abstracto con relación a sus pares no embarazadas. Sin embargo, en un estudio realizado con adolescentes embarazadas reportaron, inteligencia dentro de rasgos normales³⁶.

- Autoestima. La baja autoestima está considerada como un factor predisponente a embarazos tempranos, aunque existen autores que desestiman estas afirmaciones.

- Depresión: En un gran número de adolescentes embarazadas se presentaron síntomas depresivos al principio del embarazo pero disminuyeron al avanzar el

³⁵ ARRIAGADA, X.,; BUSTAMANTE, S., ; CARRASCO, S., ;CORES, C. *et. al* (1991) Estudio comparativo de variables psicológicas de adolescentes embarazadas y no embarazadas. Seminario para optar al grado académico de Licenciado en Psicología. Universidad de Concepción.

³⁶ LARTIGUE, T.,; VIVES, J.,; ARNALDO, L.,; LÓPEZ, Duplán, A., *et. al* (1992). Características de personalidad de un grupo de adolescentes embarazadas de la ciudad de México. Revista Departamento Psicología. Universidad Iberoamericana, 5 (3-4), 64-76

embarazo o después del parto. Se concluye que los síntomas son debidos a la frustración del proyecto de vida o a la falta de apoyo sobretodo de tipo familiar³⁷.

En Colombia, María de los Ángeles Rodríguez Gazquez³⁸, hace la siguiente clasificación de los factores de riesgo para el embarazo adolescente:

5.5.5 Factores estructurales

- Situación de conflicto armado, violencia urbana y desplazamiento: contribuye a la mayor vulnerabilidad en SSR de las poblaciones afectadas y presiona formas de relación de los adolescentes con los diferentes actores armados que comprometen su sexualidad y reproducción³⁹.
- Situación de exclusión social de los adolescentes en relación con los servicios de educación, salud y el empleo: las ofertas institucionales no discriminan de manera positiva a la población adolescente y muchos de ellos y ellas son expulsados de la escuela y presionados a ingresar al mundo laboral por la situación de pobreza.^{40 41}
- Situaciones y grupos de riesgo: mujeres y hombres en prostitución, prostitución infantil y otras formas de explotación sexual. También se ha reportado que los adolescentes de sexo masculino con historia de abuso físico y/o sexual durante su

³⁷ TROUTMAN, B. & CUTRONA, C. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 69-78.

³⁸ RODRÍGUEZ GAZQUEZ, María de los Ángeles. Factores de riesgo para embarazo adolescente, *Medicina UPB*. Vol27, Núm. 1, enero – junio 2008, Universidad Pontificia Bolivariana.

³⁹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (Colombia). Política nacional de salud sexual reproductiva. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

⁴⁰ RED DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE. Memoria del trabajo realizado por la Red de Prevención del Embarazo Adolescente durante los años 2004, 2005 y 2006: primer semestre. Medellín: Red de Prevención del Embarazo Adolescente; 2006.

⁴¹ FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. La educación retrasa el inicio de la vida sexual. *Network en Español*. 1997; 17(3):15.

infancia, tuvieron con más frecuencia, que los que no sufrieron de estos abusos, compañeras a quienes embarazaron siendo adolescentes.

- El acceso a la educación se ha considerado una variable significativa en la predicción de ciertos resultados de salud reproductiva, tales como embarazo, tamaño reducido de la familia, matrimonio a edad madura, actividad sexual tardía, abstinencia y uso del condón. Los estudios sugieren que existe una fuerte relación entre el descenso de la fertilidad en las mujeres y el incremento de su escolaridad. Cuando las mujeres reciben más de cuatro años de formación escolar se crea una de las relaciones negativas más sólidas y constantes respecto a la fertilidad⁴².
- Es importante la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente. Éstos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una sobrevaloración del sexo, sin compromiso afectivo⁴³.
- Inadecuada educación sobre SSR, que en algunos estudios mundiales se ha visto que fomenta la experimentación sexual y se pierde la oportunidad de reducir la probabilidad de un embarazo no deseado o de la transmisión de una ITS, por lo tanto, se perjudica a los jóvenes.
- Historia de abuso sexual por un adulto. Este factor se asocia también a tener más de un compañero sexual simultáneamente⁴⁴.

⁴² GUZMÁN, D. Programa de salud sexual y reproductiva para Antioquia. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2003.

⁴³ GUTIÉRREZ M. El embarazo adolescente. Monografías.com; 2007. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes/embarazo-en-adolescentes.html>

⁴⁴ BOYER D, FINE D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. Fam Plann Perspect. 1992; 24:4-12.

- La familia se cita continuamente como un factor determinante para el desarrollo del adolescente y que está cambiando en varios países hacia los hogares encabezados por mujeres. Muchos de esos hogares son encabezados por menores de 18 años. En Colombia uno de cada tres hogares es una familia nuclear completa, es decir está integrada por ambos padres con sus hijos e hijas solteros menores de 18 años. Estas condiciones de vida pueden tener una implicación negativa en la situación de los jóvenes, particularmente porque la incidencia de la pobreza es mayor en los hogares encabezados por mujeres.

5.5.6 Factores individuales

- Correr riesgos voluntariamente forma parte del crecimiento y desarrollo de la población de menor edad. Los ayuda a probar fuerzas y capacidades para enfrentarse al mundo. Desafortunadamente, en ocasiones, los jóvenes homologan los comportamientos de riesgo con muestras de madurez. Nuestras sociedades, en vertiginoso y a veces caótico cambio, ofrecen cada vez más oportunidades de aventura y vértigo a los jóvenes, que pueden conducir a efectos colaterales negativos para la salud⁴⁵.
- Búsqueda de reconocimiento, afirmación social y de afectividad por la vía de la maternidad, personalidades dependientes de la aprobación masculina que presiona ejercicios de la sexualidad temprana, el embarazo y la maternidad.
- La autoestima se considera un factor protector que ayuda a las personas jóvenes a superar situaciones difíciles. Por el contrario, la baja autoestima está asociada a problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas de ajuste⁴⁶.

⁴⁵ ANDINO, N. Salud y estilos de vida saludables de los y las jóvenes y adolescentes. Sao Paulo: FNUAP; 1999.

⁴⁶ SCHUTT-AINE, J. ;MADDALENO, M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003. p. 29-73.

- Afán de compartir y de experimentar la sexualidad y el cuerpo, vinculados al reconocimiento por parte del otro y de los grupos de amigos.
- Ausencia y marginalidad masculina de los servicios y tareas de salud sexual y reproductiva, incluida la información sobre sexualidad, consejerías en salud sexual y servicios de anticoncepción.
- Falta de habilidades para la vida con las que puedan hacerle frente a los cambios hasta la adultez, entre ellas son muy significativas las habilidades comunicativas, las necesarias para negociación, y las de resistencia ante presión de compañeros.
- Menarca temprana: otorga madurez reproductiva a la joven, cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención. En grupos focales hechos con adolescentes de Medellín, manifestaban con preocupación cómo el inicio de la sexualidad se relacionaba con la maternidad y paternidad temprana en los jóvenes.
- Familia disfuncional: Monoparentales, o con conductas promiscuas y con consumo de drogas, en la que no hay un adecuado diálogo padres–hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que el joven no sabe resolver, impulsándolo a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que un genuino vínculo de amor. Ante una familia disfuncional el joven intenta escapar de situaciones conflictivas en el hogar. Otro aspecto de la calidad de vida familiar que afecta las conductas reproductivas es la comunicación con los padres, cuando ésta es pobre o incompleta los adolescentes la buscan en los amigos y compañeros de colegio.

- Sobre-exigencia en el crecimiento; iniciación temprana para asumir responsabilidades adultas, económicas y de crianza; ausencia de los adultos y pobreza.
- Mayor tolerancia del medio al embarazo adolescente.
- Bajo nivel educativo: 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 los jóvenes, aun teniendo relaciones sexuales, adopten una prevención efectiva del embarazo⁴⁷. Los adolescentes con historia de frustraciones educativas, años perdidos y bajo rendimiento escolar, pueden encontrar en el embarazo una salida a una insatisfecha historia dentro del sistema escolar.
- No uso de métodos de planificación familiar asociado con: desconocimiento del uso y/o poco acceso a la enseñanza sobre su utilización, escepticismo frente a la efectividad de los mismos., temor a los efectos secundarios, y deseo de complacer a la pareja.
- Historia de abuso sexual por un adulto. Este factor se asocia también a tener más de un compañero sexual simultáneamente.
- El consumo de alcohol u otras drogas, deserción escolar, falta de sistemas de apoyo o tener pocos amigos, la falta de participación en actividades escolares, familiares o comunitarias, la percepción baja o nula de oportunidades para el éxito personal y ser hija de una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 años o siendo aún más joven^{48 49}.

⁴⁷ ISSLER J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra V de la Medicina. España, 2001 Aug;(107):11-23.

⁴⁸ NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. Embarazo en la adolescencia. Bethesda, MD: Medline Plus;.Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001516.htm>

5.5.7 Factores institucionales

- Marginalidad de los servicios de salud, la escuela o del colegio y otros servicios sociales.
- Déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva; prevención para la población adolescente incluida la anticoncepción y educación sexual y falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos. Cuando los servicios se prestan, en ocasiones son rechazados por los adolescentes por motivos de actitudes de juzgamiento y falta de apoyo del personal de salud, denotando falta de preparación para la prestación del servicio⁵⁰.
- Desconocimiento de los derechos en salud y bajo acceso a los recursos institucionales de justicia y protección.

Los estudios realizados a nivel mundial, nacional y regional, asocian el embarazo adolescente con los factores arriba expuestos.

5.6 FACTORES A INVESTIGAR

Para el presente estudio se tendrán en cuenta las características sociodemográficas, la funcionalidad familiar y los conocimientos sobre métodos anticonceptivos, considerados como las causas principales de esta problemática de salud y que se ajustan al contexto de la ciudad de Neiva:

⁴⁹ AGUDELO L. Redescubrir: una mirada a la salud de las y los jóvenes: Prevalencia de embarazo adolescente, síntomas sugestivos de ITS, consumo y adicción a sustancias psicoactivas, comportamientos violentos y factores relacionados en mujeres de 14 a 19 años de Medellín. Medellín: Alcaldía; 2005.

⁵⁰ WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent Sexual and Reproductive Health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponible en: <http://www.who.int/child-adolescenthealth/asrh.htm>

5.6.1 Características sociodemográficas. Obtención de datos, estudio, análisis y conclusiones de las características sociales de un grupo de personas.⁵¹

5.6.1.1 Datos personales

- Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo en que la adolescente quedó en embarazo.
- Sexo: Se refiere a la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre.
- Estrato: Nivel socioeconómico de las distintas madres adolescentes.
- Escolaridad: Tiempo durante el cual la adolescente asistió a la escuela o colegio.
- Ocupación actual: Trabajo, oficio, empleo o actividad que realiza la adolescente actualmente.
- Edad de inicio laboral: Edad en la que la adolescente comenzó a trabajar; con remuneración.
- Domicilio: Lugar en que la adolescente habita o se hospeda de forma fija.
- Procedencia: Municipio de origen de la adolescente.

⁵¹ Diplomado en salud pública y salud familiar.

- Tiempo de residencia en Neiva: tiempo de permanencia en Neiva.

5.6.1.2 Datos familiares

- Número de hermanos: cantidad de hermanos vivos de la adolescente
- Lugar que ocupa entre los hermanos: posición que ocupa cronológicamente según el orden de nacimiento.
- Número de hermanos adolescentes que tienen hijos: cantidad de hermanos vivos que han sido padres o padres antes de los 19 años.
- Personas con quien convive: personas de la familia o extraños que habitan en el mismo domicilio.
- Estado civil de los padres: situación de los padres determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- Ocupación de los padres: trabajo, oficio, empleo o actividad del padre y la madre.

5.6.2 Factores familiares

- La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los microambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida

saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia⁵².

- Algunos componentes a tener en cuenta son: adaptación, participación, ganancias o crecimiento, afecto y recursos⁵³.
- Adaptación: Se relaciona con la forma en que los miembros de la familia, en tiempos de necesidad y crisis, se ayudan y se adecuan a los cambios o retos que se les presentan.
- Participación: Es la forma como se comunican los miembros de la familia acerca de asuntos tales como vacaciones, finanzas, cuidado médico, compras, y problemas personales. Ganancias o crecimiento: La función de ganancia y crecimiento está referida a la manera en que los miembros de la familia proponen o emprenden nuevas actividades tendientes a su desarrollo personal en las diferentes esferas; explora la forma en que la familia facilita o bloquea el inicio de acciones académicas, laborales, recreativas entre otras.
- Afecto: El afecto es una función esencial de la familia, con frecuencia se ve que si las familias permiten la expresión efectiva, esta se circunscribe a las emociones positivas; las negativas son consideradas malas e innombrables.
- Recursos: Los recursos son elementos esenciales para la dinámica familiar. Con frecuencia alguno de estos, está implicado como disparador de disfuncionalidad en la familia. Esta función explora tres recursos básicos para la familia: tiempo, espacio, y dinero.

⁵² LUGO AGUDELO, Nelvia Victoria. El mundo afectivo de la adolescente embarazada.

⁵³ SMILKSTEIN, Gabriel. APGAR FAMILIAR. 1978.

- Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.
- Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran: maltrato físico o psicológico, problemas económicos, rechazo, inestabilidad emocional, soledad, antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo.
- Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz.

GAZQUEZ COLOMBIA		<ul style="list-style-type: none">➤ Autoestima➤ Depresión
	Factores estructurales	<ul style="list-style-type: none">➤ Conflicto armado➤ Violencia urbana➤ Desplazamiento➤ Exclusión social Educación Empleo Salud <ul style="list-style-type: none">➤ Grupos de riesgo Explotación sexual <ul style="list-style-type: none">➤ Nivel educativo➤ Medios de comunicación

	<p>Factores individuales</p>	<p>Estímulos sexuales Sobrevaloración del sexo</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Abuso sexual.
		<ul style="list-style-type: none">➤ Búsqueda de reconocimiento➤ Afirmación social➤ Personalidad dependiente de la aprobación masculina➤ Consejería en salud sexual➤ Servicios de anticoncepción➤ Habilidades frente al cambio <p>Habilidades comunicativas</p>

		<p>Educación</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Baja educación sexual➤ Derechos sexuales reproductivos➤ Salud sexual reproductiva <p>➤ Adaptación</p> <p style="padding-left: 40px;">Apoyo familiar en situación de crisis Adaptación al cambio</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Participación y comunicación <p style="padding-left: 40px;">Vacaciones Finanzas Cuidado medico Compras Problemas personales</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Ganancia o crecimiento➤ Afecto <p style="padding-left: 40px;">Expresión afectiva</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Recursos <p style="padding-left: 40px;">Tiempo Espacio Dinero</p>
--	--	--

5.6.3 Conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Se entiende como anticoncepción los métodos y técnicas que puede emplear una pareja para mantener relaciones sexuales satisfactorias libremente, de forma que el embarazo se produzca en el momento en que ellos lo consideren oportuno. Los métodos anticonceptivos son técnicas concretas que contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad, el número de hijos que se desean tener, la prevención de embarazos no deseados y la prevención de embarazos en población adolescente⁵⁴.

El conocimiento⁵⁵ acerca de métodos anticonceptivos es entonces, el conjunto de información que se ha almacenado mediante la experiencia o el aprendizaje y la relación entre las adolescentes y los diferentes métodos anticonceptivos además del grado de asimilación logrado.

5.6.4 Métodos anticonceptivos. Como anticoncepción se entienden los métodos y técnicas que puede emplear una pareja para mantener relaciones sexuales satisfactorias y de manera libre, de tal forma que el embarazo se dé cuando ellos lo crean conveniente y oportuno. Los métodos anticonceptivos son pues, técnicas concretas para prevenir embarazos no deseados⁵⁶.

El término anticoncepción, en un sentido más estricto, significa la acción o efecto de impedir la concepción o fecundación⁵⁷. No obstante, desde un punto de vista práctico, estos métodos incluyen todos los procedimientos que existen para evitar la fecundación, la implantación y el crecimiento de la célula fecundada.

⁵⁴ Tomado de <http://www.profamilia.org.co> Entrada registrada el 28 de marzo de 2012.

⁵⁵ REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA RAE. Definición de Conocimiento. Tomado de <http://www.rae.es/rae.html>.

⁵⁶ Tomado de <http://www.profamilia.org.co> Entrada registrada el 01 de abril de 2012.

⁵⁷ REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Definición de anticoncepción. Tomado de <http://www.rae.es/rae.html>

5.7 CLASIFICACIÓN⁵⁸

5.7.1 Métodos naturales. Método de Billings, se basa exclusivamente en la observación del flujo correspondiente a la expulsión del moco cervical, como medio para determinar la etapa fértil del ciclo.

Método sinto-térmico, se basa en el conocimiento de los ciclos de la mujer y en la observación de todos los signos de la ovulación para determinar la etapa de fertilidad.

- Ciclo de 32 días:

Ovulación: día 18 del ciclo.

- Etapa de esterilidad relativa: del día 1 al día 13 del ciclo.
- Etapa de fertilidad: del día 14 al día 19 del ciclo.
- Etapa de esterilidad absoluta: del día 20 al día 32 del ciclo.

- Ciclo de 24 días:

Ovulación: día 10 del ciclo.

- Etapa de esterilidad relativa: del día 1 al día 5 del ciclo.
- Etapa de fertilidad: del día 6 al día 11 del ciclo.

⁵⁸ CARVAJAL DE GUERRERO, María Eugenia.; CRUZ, Víctor. ;CLIMENT, Carlos. *et.al* El amor humano, colección comportamiento y salud. Santa fe de Bogotá, 2004. Editorial Norma.

- Etapa de esterilidad absoluta: del día 12 al día 24 del ciclo.
- Ciclo de 28 días:

Ovulación: día 14 del ciclo.

- Etapa de esterilidad relativa: del día 1 al día 9 del ciclo.
- Etapa de fertilidad: del día 10 al día 15 del ciclo.
- Etapa de esterilidad absoluta: del día 16 al día 28 del ciclo.

Método de la temperatura, se basa en el registro de la temperatura de la mujer y en la observación de los signos de ovulación, pero permite la actividad sexual únicamente en la etapa de esterilidad absoluta.

Coito interrumpido, consiste en retirar el pene prematuramente de la vagina y hacer que la eyaculación sea fuera de la vagina.

Método de lactancia y amenorrea (MELA), consiste en el uso de la lactancia materna como método de planificación familiar temporal. El MELA tiene aproximadamente una protección eficaz del 98 por ciento contra el embarazo si se cumplen los criterios siguientes: a la madre no le ha regresado el período menstrual; la madre está amamantando plena o casi plenamente; y el bebé tiene menos de seis meses de edad.

5.7.2 Métodos de barrera

- Químicos, los espermicidas son productos químicos, que desactivan o matan a los espermatozoides. Están disponibles en óvulos, aerosoles (espumas), cremas, tabletas vaginales, supositorios o películas vaginales

disolubles. Los espermicidas causan la ruptura de las membranas de los espermatozoides, lo cual disminuye su movimiento (motilidad y movilidad), así como su capacidad de fecundar el óvulo.

- Preservativo o condón (femenino-Masculino), los condones masculinos son recubrimientos delgados de caucho o látex o productos naturales que se colocan sobre el pene erecto. Los condones masculinos pueden ser tratados con espermicidas para ofrecer mayor protección. Estos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos pasen de un miembro de la pareja al otro.
- Los condones femeninos son un recubrimiento delgado de plástico poliuretano con aros de poliuretano en extremos opuestos. Estos se introducen en la vagina antes del coito. Al igual que los condones masculinos, los femeninos impiden que los espermatozoides tengan acceso al aparato reproductivo femenino e impiden que los microorganismos pasen de un miembro de la pareja al otro.
- Diafragma, es un dispositivo colocado en la mujer dentro del introito vaginal. Es poco usado por su dificultad en la colocación, y molestias que genera.
- El capuchón cervical, es un implemento utilizado como método anticonceptivo. La cubierta cervical es un dispositivo de hule látex, en forma de un dedal, que se introduce dentro de la vagina y cubre el cuello uterino. La succión mantiene la cubierta en su sitio. La cubierta cervical proporciona una barrera para impedir la entrada de los espermatozoides al útero, y así previene la fertilización. Debe permanecer en su sitio por 8 horas después de cada coito. La cubierta cervical se usa con jaleas o cremas espermicidas. La cubierta cervical tiene una efectividad del 84% al 91% para las mujeres que nunca han dado a luz. Es del 68% al 74% efectivo para las mujeres que sí han dado a luz. La cubierta cervical ofrece protección limitada contra infecciones de transmisión sexual. El capuchón no es muy utilizado debido a que su colocación es difícil y poco práctica.

5.7.3 Métodos hormonales

- Orales combinados, son fármacos de contenido hormonal que contienen estrógenos y progestágenos, que se deben tomar diariamente por vía oral para evitar el embarazo, son muy eficaces.
- Anticonceptivos orales de solo progestágenos, son fármacos que solo contienen progestágenos, y que también se toman diariamente, se usan en aquellas mujeres que están dando de lactar, que tienen anemia o no pueden recibir estrógeno.
- Anticonceptivos orales de emergencia, también conocidos como la píldoras 'del día siguiente', son un método anticonceptivo para usarse después de una relación sexual sin protección o en caso de un acto sexual abusivo. Está compuesta de las mismas hormonas de las píldoras anticonceptivas, pero en mayores dosis. Para aumentar la eficacia la contracepción de emergencia debe administrarse cuanto antes, si fuera posible durante el día siguiente a la relación sexual. Los plazos máximos recomendados para su aplicación son los siguientes:

5 días (120 horas) para el acetato de ulipristal.

3 días (72 horas) - 5 días (120 horas) para el levonorgestrel.

Inyección, contiene una hormona que impide que los óvulos de la mujer salgan de los ovarios. También espesa la mucosidad del orificio del útero, de tal forma que el esperma del hombre no puede entrar. Esta inyección mantiene las hormonas de su cuerpo en la concentración necesaria como para impedir el embarazo.

Si la primera inyección se aplica el quinto día de su período o antes, empieza a funcionar inmediatamente. La inyección sigue actuando durante 12 semanas. Se

agota después de ese tiempo. Tiene que regresar cada 12 semanas para recibir otra inyección.

Implantes subdérmicos, implante hormonal compuesto por una varilla del tamaño de una cerilla que se coloca bajo la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva entre 3 y 5 años. Sin embargo, el médico puede retirarlo en cualquier momento y la mujer recuperará la fertilidad en un tiempo mínimo. Eficacia del 99%

Parches, el parche anticonceptivo se parece a una venda adhesiva cuadrada. El anticonceptivo tiene una vida útil de siete días y debe ser renovado durante tres semanas consecutivas. Debe cambiarse el mismo día de cada semana, ya que está diseñado para que actúe exactamente durante 7 días. En la cuarta semana, cuando debe iniciar el periodo, no debe utilizarse. El parche funciona soltando poco a poco una combinación de las hormonas estrógeno y progesterona por la piel. Estas hormonas previenen la ovulación (o sea que los ovarios suelten un óvulo) y aumentan la densidad de la mucosidad cervical, convirtiéndola en una barrera para prevenir que los espermatozoides entren al útero. Si se usa correctamente, este método anticonceptivo es como 98% efectivo, el parche no protege contra enfermedades de transmisión sexual o el VIH/SIDA.

Dispositivos Intrauterinos, es un producto sanitario que, mediante la colocación en el interior del útero de un dispositivo plástico con elementos metálicos (Ej. cobre), se produce una alteración del microclima intrauterino que dificulta en gran medida la fecundación, así como la implantación del óvulo fecundado. Su duración es de 3 a 5 años. El DIU, tiene una eficacia del 98%

T de cobre, es el dispositivo intrauterino más conocido, que lo implanta el médico, mediante una técnica sencilla, y que libera cobre para hacer su efecto. Se cambia cada 10 años, pero puede retirarse en cualquier momento

5.7.4 Métodos definitivos (Quirúrgicos)⁵⁹

5.7.4.1 Femenino. Ligadura de trompas, BTB (Bloqueo Tubárico Bilateral), En la mujer se bloquean las trompas de falopio, impidiendo que el óvulo sea liberado a la cavidad uterina, así éste no podrá encontrarse con el espermatozoide.

⁵⁹ Tomado de <http://www.profamilia.org.co> Entrada registrada el 09 de abril de 2012.

5.7.4.2 Masculino. Vasectomía, BCEB (bloqueo conducto espermático bilateral), En el varón se bloquean los conductos deferentes, impidiendo que los espermatozoides salgan al exterior del pene. Es necesario cuidarse con otro método durante las primeras 20 relaciones sexuales, pues pueden haber quedado espermatozoides por debajo del lugar de bloqueo que pueden provocar un embarazo no deseado.

5.7.5 Métodos folclóricos⁶⁰, Son creencias populares que las personas tienen con la convicción que les ayudan a prevenir un embarazo, pero realmente no son efectivas ni tienen bases científicas. Algunos ejemplos de dichos métodos son: tomar cerveza hervida después de una relación sexual, brincar o colocar los pies para arriba luego de una relación sexual, sentarse en cuclillas, tomar Coca-Cola con Alka-Seltzer antes de una relación sexual evita el embarazo.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 ENFOQUE

La presente investigación, tiene un enfoque cuantitativo. Se caracteriza por buscar la recolección y el análisis de datos cuantitativos sobre variables cuantificadas; estudia la asociación o relación entre las mismas, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede (Hernández, Fernández y Baptista, 1994).

De esta manera se pretende Identificar las características socio demográficas, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y funcionalidad familiar como factores Psicosociales de riesgo asociados con embarazo precoz de adolescentes de 13 a 19 años que acuden al servicio de consulta prenatal del Hospital

⁶⁰ Ibid., p.

Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en la ciudad de Neiva.

6.2 DISEÑO

En este estudio se implementó un diseño tipo descriptivo de corte transversal. El propósito del estudio descriptivo es describir situaciones y eventos (cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno); así mismo, busca especificar las propiedades importantes de cualquier fenómeno que sea sometido a análisis, para los cuales se selecciona una serie de variables y se mide cada una de ellas independientemente (Hernández, Fernández y Baptista, 1994). Por consiguiente, se pretende describir e identificar las características socio demográficas y los factores psicosociales de riesgo (conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y funcionalidad familiar) asociados con embarazo precoz en adolescentes de 13 a 19 años, así mismo la descripción y el análisis se realizaron en un solo momento con el fin de evitar que en el transcurso del tiempo se modifique algún fenómeno que dificulte su comprensión.

6.3 SUJETOS

6.3.1 Población. De acuerdo con el objetivo propuesto por esta investigación, la población está constituida por las adolescentes embarazadas de 13 a 19 años, que acuden a consulta prenatal durante el mes de mayo del año 2012 en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva. La Empresa Social del Estado atiende a la población del Huila, el sur del Tolima, el Caquetá, parte del Amazonas, Putumayo y sur del Cauca.

6.3.2 Muestra. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, se encontró un total de 85 adolescentes embarazadas de 13 a 19 años que acuden a consulta prenatal en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, de las cuales 75 aceptaron ser parte del estudio, solo 10 no tuvieron voluntariedad de participar.

Por lo anterior, la muestra fue seleccionada siguiendo determinados criterios y procurando que fuese representativa, por lo que la muestra con la que se trabajó es no probabilística por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 1994).

6.4 INSTRUMENTO

Para la identificar la población y el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos se utilizó un cuestionario (Comité Técnico de la Ends 2010), donde la información recolectada es obtenida desde las Historias Clínicas de manera organizada y sistematizada; y para evaluar el funcionamiento de la familia como sistema se empleó el APGAR Familiar (Dr. Gabriel Smilkstein, 1978).

6.4.1 Cuestionario para la recolección de información Socio-demográfica y conocimiento y uso de métodos anticonceptivos (Profamilia, 2010). Se trata de un cuestionario para obtener datos, estudio, análisis y conclusiones de las características sociales de un grupo de personas.

El cuestionario se estructuro de la siguiente manera:

Datos de identificación.

Estrato socio-económico.

Escolaridad.

Ocupación actual.

Edad de inicio laboral.

Tiempo de residencia en Neiva.

Numero de hermanos.

Lugar que ocupa entre los hermanos.

Numero de hermanos adolescentes que tienen hijos.

Personas con quien convive.

Estado civil de los padres.

Ocupación de los padres.

Para efectos de la evaluación de las características sociodemográficas y el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, se utilizó un instrumento tipo encuesta, integrado por 39 ítems con la siguiente estructura:

Área Socio demográfica: 14 ítems.

Área de conocimiento: 24 ítems.

Área de uso: 12 ítems.

Los ítems que constituyen la encuesta se encuentran divididos en tres categorías de respuesta, a saber; Selección Múltiple, Selección polarizante (Si – No) y dos preguntas abiertas.

6.4.2 Validez y confiabilidad. Para la validez de contenido, inicialmente los investigadores llevaron el instrumento de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos a un juicio de dos expertos: uno en sexualidad y métodos anticonceptivos y otro en embarazo en la adolescencia, para que determinaran si esta prueba permitía identificar las características socio demográficas y los factores psicosociales de riesgo asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años.

6.4.3 Apgar⁶¹ familiar. Es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento de la familia como sistema. Aunque parece obvio que la familia juega un papel importante como generadora de cierta patología y también como un recurso fundamental de soporte, frecuentemente se olvida realizar su valoración funcional.

En 1978 el Dr. Gabriel Smilkstein diseña el APGAR Familiar, como herramienta para la valoración funcional de la familia. El instrumento fue denominado “APGAR Familiar” porque se consideró que APGAR significa evaluación rápida; de la

⁶¹ MINISTERIO DE SALUD, Recursos e instrumentos en medicina familiar.

misma manera, al asimilar cada inicial de la palabra con una función de la familia era posible obtener un panorama grueso de la función de la misma, que permitiera realizar anticipación o intervención.

Consta de siete ítems, distribuidos en cinco, áreas:

- Adaptación.
- Participación.
- Ganancia o Crecimiento.
- Afecto.
- Recursos.

Que buscan evidenciar el estado funcional de la familia. Su sistema de calificación es de cuatro opciones:

- 18 a 20 buena funcionalidad familiar.
- 14 a 17 disfunción familiar leve.
- 10 a 13 disfunción familiar moderada.
- 9 o menos disfunción familiar severa.

Adicionalmente el APGAR familiar consta de cinco opciones de respuesta:

- Nunca.

- Casi nunca.
- Algunas veces.
- Casi siempre.
- Siempre.

6.4.4 Validez. El APGAR familiar es un instrumento probado y validado en diferentes culturas; la validación de este se efectuó para establecer correlaciones con instrumento previamente utilizado (Pless- SatterwhiteFamilyFunctionIndex), e igualmente con estimativos de función familiar hechos por diversos psicólogos. La validación mostro un índice de correlación de 0.80 entre el APGAR y PlessSatterwhite y de 0.64 entre el APGAR y la estimación de los psicólogos. Este mismo estudio permitió observar como los puntajes en familias de profesionales (promedio = 8.24/10 eran significativamente más altos que los puntajes de las familias de personas no profesionales (promedio =5.89/10).

En diversos estudios efectuados en la Universidad del Valle, se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar en diferentes circunstancias, como el embarazo, la depresión del postparto, las condiciones alérgicas, la hipertensión arterial, y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así, ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y fácil aplicación cuando el nivel de escolaridad del paciente permite la autoadministración.

6.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se utilizaron algunos criterios de selección que permitieron determinar la población.

6.5.1 Criterios de inclusión

- Adolescentes embarazadas
- Rango de edad entre los 13 y 19 años.
- Residentes en el municipio de Neiva, Huila.
- Que acudan a control prenatal en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.
- Voluntariedad de participar.

6.5.2 Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas con una edad mayor de 19 años.
- Residentes en otros municipios del departamento del Huila.
- Sin voluntariedad.

6.6 PROCEDIMIENTO

Una vez se identificó el objetivo de la investigación, así como la población participante, se procedió a informar a los funcionarios encargados del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva el propósito de este estudio, quienes aprobaron la propuesta de investigación. Seguidamente se solicitó permiso para acceder a las historias clínicas de las adolescentes embarazadas, así como el acceso a las instalaciones del hospital.

Para determinar la población se utilizó el "CUESTIONARIO PARA LA

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA”, el cual se diligenció con la información que se obtuvo de las historias clínicas del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, esto permitió constatar si las adolescentes embarazadas cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en la investigación.

Posteriormente, se inició el proceso de contacto con las adolescentes embarazadas que asisten a control prenatal en este establecimiento; este encuentro tuvo dos etapas. La primera, consistió en brindar información del objetivo de la investigación. En la segunda etapa, se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos APGAR Familiar y el Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos de manera individual y con el acompañamiento de los investigadores quienes se encargaron de realizar el registro de las observaciones que permitieron completar el análisis de la información que se obtuvo.

6.7 ASPECTOS ETICOS

La presente investigación ha sido diseñada teniendo en cuenta lo estipulado por:

La Resolución N° 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, atendiendo a lo planteado en el TÍTULO II relacionado con LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS, en su CAPÍTULO I, sobre LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS⁶².

La Ley 1090 DE 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones; en el TÍTULO II DISPOSICIONES GENERALES y EL TÍTULO VII DEL CÓDIGO DEONTOLÓGICO Y BIOÉTICO PARA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE PSICOLOGÍA⁶³.

⁶² MINISTERIO DE SALUD COLOMBIANO. Resolución N° 008430 del 04 de octubre de 1993. Normas para la investigación en salud. Santa Fe de Bogotá 1993.

⁶³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley N° 1090 del 06 de septiembre de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Santa Fe de Bogotá 2006.

Se permitirá la participación de un sujeto en la presente investigación sólo después de haber sido informado acerca de:

- Los objetivos y la justificación de la investigación.
- Los procedimientos que se utilizarán.
- Los beneficios que puedan obtenerse.
- Las molestias y/o los riesgos esperados.
- La garantía de recibir respuesta y aclaración ante cualquier duda acerca de los procedimientos riesgos, beneficios y asuntos relacionados con la investigación.
- La libertad de abandonar la participación en la investigación en cualquier momento sin que por ello se creen perjuicios.
- La absoluta confidencialidad de la información suministrada por el sujeto.
- El compromiso de proporcionarle información acerca del estudio antes, durante y después del mismo, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.
- En ningún momento se manipulará la conducta de los sujetos participantes.

- Ningún sujeto será obligado a participar en los procedimientos y en las encuestas necesarias para este estudio, respetando la autonomía y la dignidad de todos y cada uno de los participantes.

Y, que conociendo estos elementos, den su aprobación escrita de participar en esta investigación a través una Acta de Consentimiento Informado.

El presente estudio puede clasificarse como Investigación con riesgo mínimo porque:

Se trata de una investigación de diseño descriptivo de corte transversal, por lo tanto se limita a describir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno en un solo momento, y se ocupa de la evaluación, el análisis, y el registro de los fenómenos estudiados. Los fenómenos objeto de estudio serán las características sociodemográficas, la funcionalidad familiar, el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos como factores psicosociales de riesgo asociados al embarazo precoz en adolescentes de 13 a 19 años que acuden al servicio de consulta prenatal del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la Ciudad de Neiva; en el segundo trimestre del año 2012. El registro de datos se hará mediante los Cuestionarios para la recolección de información Socio-demográfica, Funcionalidad Familiar, Conocimientos y uso de Métodos Anticonceptivos.

Finalmente, todos los registros (entrevistas, encuestas, procedimientos) obtenidos en el transcurso de la presente investigación serán depositados en el archivo de las instalaciones del Programa de Psicología de la Universidad Surcolombiana, ordenados en carpetas que serán de uso restringido.

7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	DIMENSIONES	DEFINICIÓN	INDICADORES
Características Sociodemo_ gráficas	Cuantitativa	Agrupación de facultades o atributos relacionados con los antecedentes históricos, sociales, económicos, personales como: género, edad, educación , que permiten caracterizar a la población de estudio	EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento medida en años vividos.	(13 – 14 años). (15 – 16 años). (17 – 18 años). (19 años).
			SEXO	Se refiere a la división del género humano en dos grupos: mujer u hombre.	Femenino Masculino
			ESTRATO	Nivel socioeconómico de las distintas madres adolescentes.	1. 2. 3.
			ESCOLARIDAD	Tiempo durante el cual una adolescente asistió a la escuela o colegio.	Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria completa.
			OCUPACIÓN ACTUAL	Actividad que realiza la adolescente actualmente.	Estudiante. Empleado. Ama de casa.
			EDAD DE INICIO LABORAL	Periodo en el que la persona comenzó a trabajar con remuneración.	(7 – 10 años). (11 – 14 años). (15 – 19 años).

			PROCEDENCIA	Zona de origen de la adolescente.	Urbana. Rural.
			TIEMPO DE RESIDENCIA EN NEIVA	Periodo transcurrido en el que la persona ha permanecido en Neiva.	(6 meses – 1 año). (2 – 3 años). (4 años y más).
			NÚMERO DE HERMANOS	Cantidad de hermanos vivos de la adolescente	1, 2, 3, 4, ó más.
			LUGAR QUE OCUPA ENTRE LOS HERMANOS.	Posición que ocupa cronológicamente según el orden de nacimiento	1º, 2º, 3º, 4º, otro.
			NÚMERO DE HERMANOS ADOLESCENTES QUE TIENEN HIJOS.	Cantidad de hermanos vivos que han sido madres o padres antes de los 19 años.	1, 2, 3, 4, ó más.
			PERSONAS CON QUIEN CONVIVE.	Personas de la familia o extraños que habitan en el mismo domicilio.	Padres. Familiares. Compañero. Solo. Otros.
			ESTADO CIVIL DE LOS PADRES	Es la situación de los padres determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Casados. Unión libre. Divorciado. Viudo.

			OCUPACIÓN DE LOS PADRES	Actividad que realiza actualmente el padre y la madre.	Trabaja. Desempleado.
Funcionalidad familiar	Cuantitativa	Capacidad de la familia para propiciar la solución a problemas sin afectar desmedidamente la satisfacción de las necesidades de sus miembros, según la etapa del desarrollo en que se encuentre y el tránsito armónico por las etapas del ciclo vital.	ADAPTACIÓN	Forma en que los miembros de la familia, en tiempos de necesidad y crisis, se ayudan y se acomodan a los cambios o retos que se les presentan.	(Ítems 1)
			PARTICIPACIÓN	Valora si la participación es permitida para todos o si es selectiva para algunos.	(Ítems 2)
			GANANCIA O CRECIMIENTO	Explora la forma en que la familia facilita o bloquea el inicio de acciones académicas, laborales, recreativas entre otras.	(Ítems 3)
				Función esencial de la familia, con frecuencia se ve que si las familias permiten la expresión efectiva, esta se circunscribe a las emociones positiva; las negativas son consideradas malas e innombrables.	(Ítems 4)

			AFECTO	Cómo comparten los miembros de la familia el tiempo, el espacio y el dinero.	(Ítems 5, 6, 7)
			RECURSOS		

DIMENSION	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORÍAS	VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ITEMS
CONOCIMIENTO Y USO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Identificación y utilización de los diferentes métodos que hay para evitar un embarazo.	Conocimiento o sobre los métodos anticonceptivos	ESTERILIZACIÓN FEMENINA	Algunas mujeres pueden someterse a una operación para evitar tener más hijos (ligadura de trompas o desconexión).	Nominal	SI NO	1. Conoce o ha oído hablar de la esterilización femenina.
			ESTERILIZACIÓN MASCULINA	Algunos hombres pueden someterse a una operación para evitar que la mujer quede embarazada (VASECTOMÍA o desconexión del hombre).	Nominal	SI NO	2. Conoce o ha oído hablar de la esterilización masculina.

			PÍLDORA	Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedarembarrasadas.	Nominal	SI NO	3. Conoce o a oído hablar de la Píldora.
							4. Conoce las indicaciones, contraindicaciones, efectividad y efectos secundarios de las pastillas anticonceptivas.
			DIU	El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, churrusco, "T" de cobre).	Nominal	SI NO	5. Conoce o a oído hablar del Diu.
							6. Conoce las indicaciones, contraindicaciones, efectividad y efectos secundarios del DIU
			INYECCIÓN	Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.	Nominal	SI NO	7. Conoce o a oído hablar de la inyección.
							8. Conoce las indicaciones, contraindicaciones, efectividad y efectos

							secundarios de la inyección anticonceptiva.
			IMPLANTES (NORPLANT, JADELLE)	Las mujeres pueden mandarse colocar por un doctor o enfermera, tres cápsulas (Jadelle) o seis cápsulas (Norplant) en la parte alta de sub brazo, las cuales pueden prevenir el embarazo por cinco años.	Nominal		9. Conoce o a oído hablar de los implantes (norplant, jadelle).
			PRESERVATIVO O O CONDÓN	Los hombres pueden usar un preservativo o condón durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede embarazada.	Nominal		10. Conoce las indicaciones, contraindicaciones, efectividad y efectos secundarios de los implantes o parches anticonceptivos .
							11. Conoce o ha oído hablar del preservativo o condón.
							12. Conoce las indicaciones, contraindicaciones, efectividad y efectos secundarios de

							los condones o preservativos.
			<p>ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (MÉTODOS VAGINALES)</p>	<p>Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma, ocrema dentro de ellas antes de la relación.</p>	Nominal	SI NO	<p>13. Conoce o a oído hablar de la espuma, jalea, óvulos (métodos vaginales).</p> <p>14. Conoce las indicaciones, contraindicaciones, efectividad y efectos secundarios de los óvulos anticonceptivos .</p>
			<p>ABSTINENCIA PERIÓDICA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS</p>	<p>Las parejas pueden evitar relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más probabilidad de</p>	Nominal	SI NO	<p>15. Conoce o a oído hablar de la abstinencia periódica, ritmo, calendario, Billings.</p>

				quedar embarazada.			16. Conoce las indicaciones, contraindicaciones, efectividad y efectos secundarios de la abstinencia periódica.
			RETIRO	Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar de desarrollarse o eyacular por fuera de la vagina de la mujer.	Nominal	SI NO	17. Conoce o a oído hablar del coito interrumpido.
			ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA.	Las mujeres pueden tomar píldoras anticonceptivas hasta 72 horas después de haber tenido una	Nominal	SI NO	18. Conoce las indicaciones, contraindicaciones, efectividad y efectos secundarios del coito interrumpido.
							19. Conoce o a oído hablar de la anticoncepción de emergencia.

				relación sexual o mandarse colocar unDIU hasta 5 días después para evitar quedar embarazada.			20. Conoce las indicaciones, contraindicaciones, efectividad y efectos secundarios de la anticoncepción de emergencia (píldora del día después).
--	--	--	--	--	--	--	--

DIMENSION	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORÍAS	VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ITEMS
CONOCIMIENTO Y USO SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS	Identificación y utilización de los diferentes métodos que hay para evitar un embarazo.	Uso de métodos anticonceptivos	PÍLDORA	Las mujeres pueden tomar todos los días una pastilla para no quedarembarazadas.	Nominal	SI NO	21. Ha usado alguna vez la píldora
			DIU	El médico puede colocar dentro de la matriz de la mujer un anillo (espiral, churrusco, "T" de cobre).	Nominal	SI NO	22. Ha usado alguna vez el DIU o "T" de cobre.

			<p>INYECCIÓN</p>	<p>Algunas mujeres se hacen aplicar una inyección cada mes o cada 3 meses para evitar quedar embarazadas.</p>	<p>Nominal</p>	<p>SI NO</p>	<p>23. Ha usado alguna vez la inyección mensual o trimestral.</p>
			<p>IMPLANTES (NORPLANT, JADELLE)</p>	<p>Colocar por un doctor o enfermera, tres cápsulas (Jadelle) o seis cápsulas (Norplant) en la parte alta de subrazo, las cuales pueden prevenir el embarazo por cinco años.</p>	<p>Nominal</p>		<p>24. Ha utilizado alguna vez implantes como el norplant y el jadelle.</p>
			<p>PRESERVATIVO O CONDÓN</p>	<p>Los hombres pueden usar un preservativo o condón durante las relaciones sexuales para evitar que la mujer quede</p>	<p>Nominal</p>	<p>SI NO</p>	<p>25. Su compañero ha usado alguna vez condón.</p>

				embarazada.			
			ESPUMA, JALEA, ÓVULOS (MÉTODOS VAGINALES)	Las mujeres pueden colocar una espuma, jalea, óvulo, diafragma, o crema dentro de ellas antes de la relación.	Nominal	SI NO	26. Ha usado alguna vez métodos vaginales.
			ABSTINENCIA PERIÓDICA, RITMO, CALENDARIO, BILLINGS	Las parejas pueden evitar relaciones sexuales ciertos días del mes en los cuales la mujer tiene más probabilidad de quedar embarazada.	Nominal	SI NO	27. Ha usado alguna vez el método del ritmo.
			RETIRO	Los hombres pueden ser cuidadosos y retirarse antes de terminar, desarrrollarse o eyacular por	Nominal	SI NO	28. Su pareja ha utilizado este método de retiro.

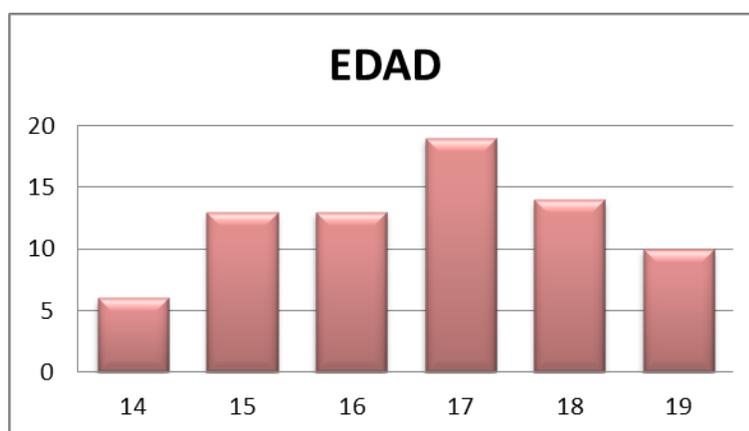
				fuera de la vagina de la mujer.			
			ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	Las mujeres pueden tomar píldoras anticonceptivas hasta 72 horas después de haber tenido una relación sexual o mandarse colocar un DIU hasta 5 días después para evitar quedar embarazada.	Nominal	SI NO	29. Ha tomado alguna vez la píldora del día después.

8. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la investigación:

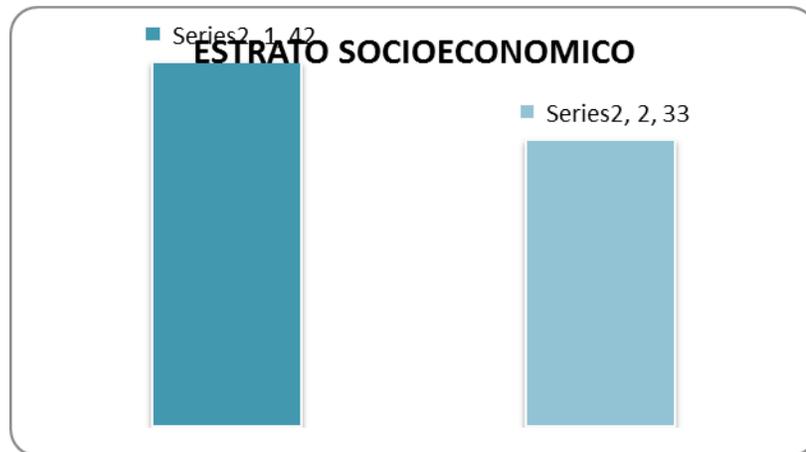
8.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA

Figura 1. Edad.



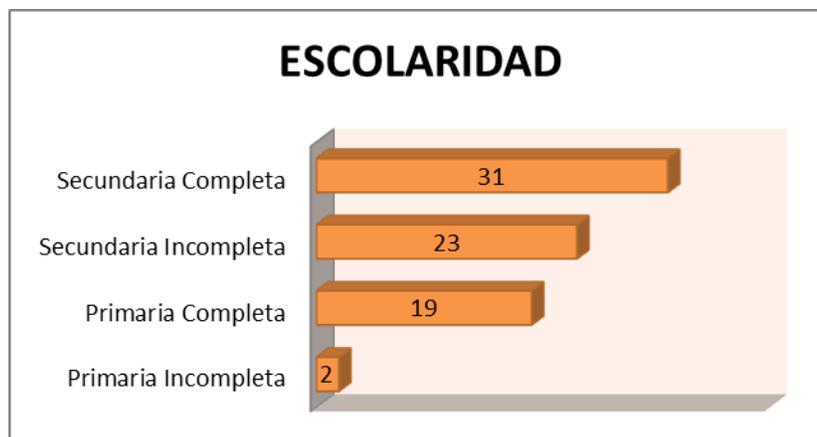
En la figura 1 se observa que las jóvenes correspondientes a la edad de 17 años, son las que más acuden a consulta prenatal en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, representando el 25.3% de la muestra de adolescentes embarazadas de 13 a 19 años de la ciudad de Neiva. Por otra parte, las adolescentes de 14 años son las que menos acuden a consulta prenatal en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, con un porcentaje de 8% en relación al total de la muestra.

Figura 2. Estrato Socioeconómico.



Aproximadamente más de la mitad de la muestra participante del estudio 56% se ubica en el estrato social 1, un 44% se ubica en el estrato 2.

Figura 3. Escolaridad.



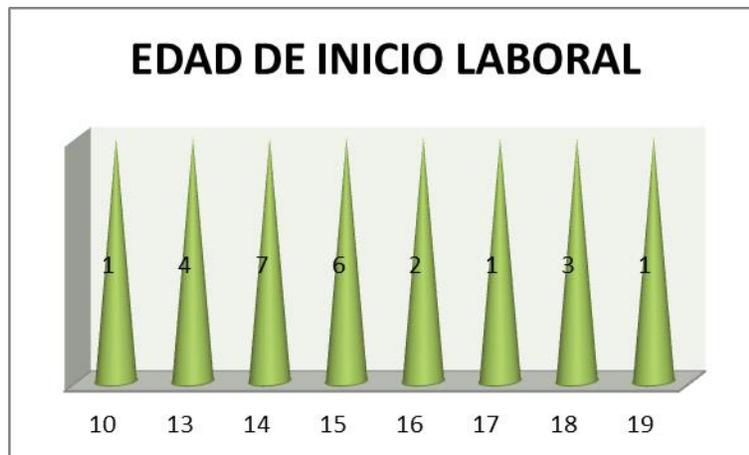
Nótese en el gráfico que las adolescentes que participaron en la investigación en su mayoría han culminado la secundaria reflejado en un 41.3% del total de la muestra; el 30.7% de la muestra tienen la secundaria incompleta, no obstante y en un porcentaje menor 2.7% han hecho la primaria completa.

Figura 4. Ocupación Actual.



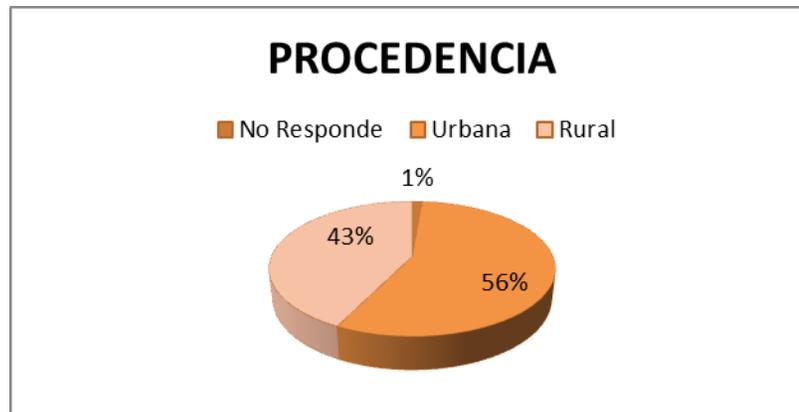
Aproximadamente más de la mitad de la muestra participante en la investigación (46) son amas de casa (62%); sin embargo, 22 de las adolescentes son estudiantes (29%) y, solamente 7 adolescentes son empleadas (9%).

Figura 5. Edad de Inicio Laboral.



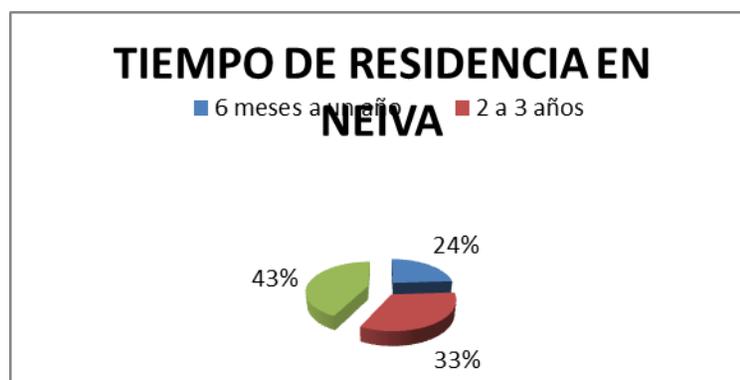
Las adolescentes que participaron en esta investigación en su mayoría iniciaron su vida laboral a los 14 años con un 9.3%, teniendo en cuenta que solamente 25 personas contestaron esta pregunta. En menor porcentaje se encuentra las edades de 10 años, 17 años y 19 años con un 1.3%.

Figura 6. Procedencia.



Respecto a la procedencia, la mayor concentración se encuentra en la zona Urbana con una frecuencia de 42 adolescentes (56%); seguida por la zona rural con 32 (43%) y una que no respondió al ítem (1%).

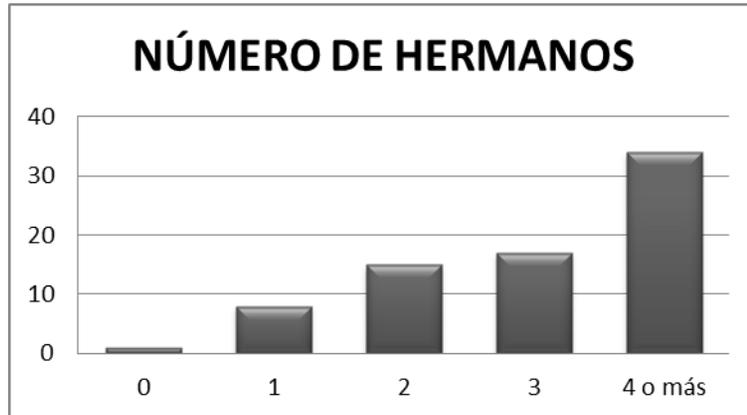
Figura 7. Tiempo de residencia en Neiva.



Uno de los criterios de inclusión que se delimitó para esta investigación es que los sujetos fueron adolescentes radicados en Neiva; se observa en el gráfico anterior que el 43% de las adolescentes embarazadas llevan 4 o más años en Neiva representado por 32 jóvenes, seguido por el 33% con 2 a 3 años con 25 adolescentes y por último un 24% ha vivido de 6 meses a un año (18).

8.2 DATOS FAMILIARES

Figura 8. Número de hermanos.



Nótese en el gráfico anterior que la mayor parte de la muestra manifiesta que tiene 4 o más hermanos (el 45%) 34 adolescentes; (el 24%) 18 adolescentes 3 hermanos, (el 20%) 15 adolescentes 2 hermanos, (el 10%) 8 adolescentes un hermano; además se evidencia que una minoría de la muestra es hija única con un 1%.

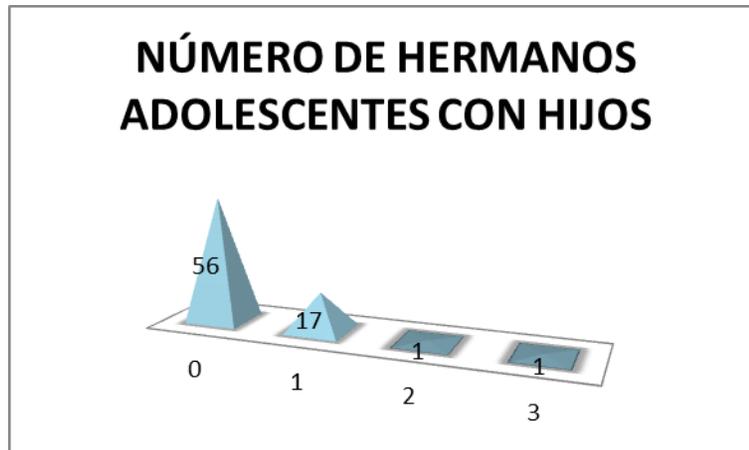
Figura 9. Lugar que ocupa entre hermanos.



Las adolescentes que participaron en la investigación en su mayoría ocupan el segundo lugar entre los hermanos, reflejado en un 37.3%, seguido por el tercer y

cuarto lugar con un 22.7% de la muestra; el 14% de la muestra ocupan el primer lugar y el 1.3% ocupa el primero y el décimo quinto puesto entre los hermanos.

Figura 10. Número de hermanos adolescentes con hijos.



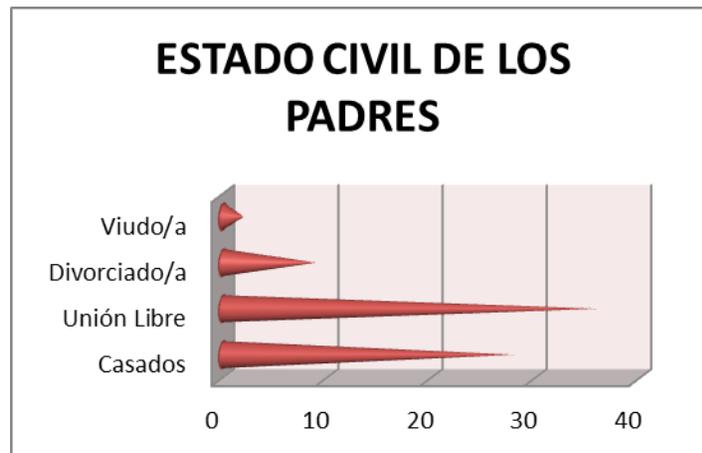
Se observa en el anterior gráfico que predominan las adolescentes que no tienen hermanos adolescentes con hijos con un 74.7% de la muestra; el 22% de las adolescentes tienen un solo hermano adolescente con hijos y el 1.4% tienen de dos a tres hermanos adolescentes con hijos.

Figura 11. Personas con las que conviven.



En cuanto a las personas con las que convive, la gráfica indica que (el 49.3%) 37 personas conviven con los padres, (el 37.3%) 28 adolescentes conviven con el compañero sentimental, (el 10.6%) 8 jóvenes conviven con familiares y (el 2.6%) 2 adolescentes no respondieron a la pregunta.

Figura 12. Estado civil de los padres.



Respecto al estado civil de los padres el 48% de la muestra que contestaron la pregunta dijeron que los padres estaban en unión libre, el 37.3% que ellos estaban casados; en un porcentaje más bajo 12% y 2.7% que los padres estaban divorciados y viudos respectivamente.

Figura 13. Ocupación de los padres.



En la muestra participante del estudio de investigación, se observa que el 85.3% de los padres trabajan y, el 14.7% de los padres de las adolescentes se encuentran desempleados.

8.3 RESULTADOS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO

Tabla 2. Análisis estadísticos descriptivos de los resultados.

APGAR

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	DISFUNCIÓN FAMILIAR SEVERA	3	4,0	4,0	4,0
	DISFUNCIÓN FAMILIAR MODERADA	4	5,3	5,3	9,3
	DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE	29	38,7	38,7	48,0
	BUENA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	39	52,0	52,0	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

De las 75 adolescentes en estado de gestación que fueron encuestadas; 39 de ellas poseen una buena funcionalidad familiar (52%), 29 tienen una disfunción familiar leve (38,7%) y el 4% del total de la población encuestada presenta una disfunción familiar severa.

CMAT

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CONOCIMIENTO MUY BAJO	16	21,3	21,3	21,3
	CONOCIMIENTO BAJO	24	32,0	32,0	53,3
	CONOCIMIENTO ALTO	21	28,0	28,0	81,3
	CONOCIMIENTO MUY ALTO	14	18,7	18,7	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

De las 75 adolescentes en estado de gestación que fueron encuestadas; se resalta que 24 (el 32%) de ellas poseen un bajo conocimiento sobre métodos anticonceptivos y 16 (el 21,3%) de las gestantes un muy bajo conocimiento, mientras que 14 (el 18,7%) de ellas tienen un conocimiento muy alto.

UMAT

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	USO DE METODOS MUY BAJO	50	66,7	66,7	66,7
	USO DE METODOS BAJO	16	21,3	21,3	88,0
	USO DE METODOS ALTO	6	8,0	8,0	96,0
	USO DE METODOS MUY ALTO	3	4,0	4,0	100,0
	Total	75	100,0	100,0	

De las 75 adolescentes en estado de gestación que fueron encuestadas; 50 de ellas tienen un muy bajo uso de métodos anticonceptivos (66,7%) 16 un bajo uso de estos mismos (21,3%) y 3 de ellas poseen un alto uso de métodos anticonceptivos (4%).

CMAT * UMAT

Recuento

	77				Total	
	USO DE METODOS MUY BAJO	USO DE METODOS BAJO	USO DE METODOS ALTO	USO DE METODOS MUY ALTO		
CMATRC						
	CONOCIMINETO MUY BAJO	16	0	0	0	16

	CONOCIMIENTO BAJO	20	3	1	0	24
	CONOCIMIENTO ALTO	9	10	1	1	21
CONOCIMIENTO MUY ALTO	5	3	4	2	14	
Total		50	16	6	3	75

ANALISIS: De las 35 adolescentes es decir el 46% que mostraron tener alto o muy alto conocimiento sobre métodos anticonceptivos solo 8 (el 10.6%) de ellas el hacían uso de los mismos.

ESTRATO * CMAT

Recuento

	ESTRATO	CMATRC				Total
		CONOCIMIENTO MUY BAJO	CONOCIMIENTO BAJO	CONOCIMIENTO ALTO	CONOCIMIENTO MUY ALTO	
1	1	12	17	9	4	42
2	4	7	12	10	33	
Total		16	24	21	14	75

ANALISIS: Se observa que la población de adolescentes que tiene un conocimiento muy bajo (12) y bajo (17) conforman el 69% de las madres que se ubican en el estrato 1, frente a un 31% que tienen un conocimiento alto (9) y muy alto (4); mientras que en el estrato 2 el 66% tiene un conocimiento alto o muy alto y en este mismo estrato el 33% tiene un bajo o muy bajo conocimiento de los métodos.

ESTRATO * UMAT

Recuento

		UMARC				Total
		USO DE METODOS MUY BAJO	USO DE METODOS BAJO	USO DE METODOS ALTO	USO DE METODOS MUY ALTO USO DE METODOS MUY BAJO	
ESTRATO						
	1	33	7	1	1	42
	2	9	5	2	33	
	17					
Total		50	16	6	3	75

ANALISIS: De las 50 adolescentes que presentan muy bajo uso de métodos anticonceptivos, 33 pertenecen al estrato socioeconómico 1 (66%); y de las 42 adolescentes de este estrato, solo 2 de ellas mostraron hacer uso de algún tipo de método anticonceptivo (4.7%). Por su parte, 34% de las madres de estrato 2 hacen muy bajo uso de los métodos, y sobresale un 21% que usa o ha usado algún método anticonceptivo.

9. DISCUSION

El 58% de las adolescentes gestantes que participaron de este estudio no alcanza la secundaria completa, aproximadamente la tercera parte ha intentado continuar con sus estudios pero es posible que no logre concluir su ciclo educativo y así engrose las cifras de deserción escolar, situación que PROFAMILIA en su estudio nacional del 2010⁶⁴ atribuye en gran medida al embarazo temprano.

Adicionalmente solo el 9% de las participantes reportan estar trabajando en la actualidad y más de la mitad de ellas permanecen en el hogar como amas de casa; situación que es similar a la encontrada por Ávila en la Habana, Cuba, donde más de la tercera parte de las adolescentes gestantes no estudiaban ni trabajaban⁶⁵; las repercusiones de este hecho recaen en la restricción en el acceso a mejores oportunidades laborales y profesionales, lo cual afecta la calidad de vida presente y futura de su familia al restringir su desempeño al sector informal, en trabajos mal remunerados y que exigen baja calificación. Si bien el embarazo en adolescentes no significa la terminación del proyecto de vida de las adolescentes de estrato 1 y 2, sus metas se ven severamente limitadas al no poder elegir profesiones, estudios y ocupaciones de su real interés.

Los resultados de esta investigación se asemejan notoriamente a los resultados de un estudio realizado en Honduras 2005 donde se encontró que la edad promedio de embarazos adolescentes se ubicaba entre 16 y 19 años, tenían escolaridad media, vivían en área urbano-marginal, bajo ingreso económico, padres con baja escolaridad.⁶⁶

Por otro lado, los resultados del estudio demuestran que las adolescentes gestantes tienen bajo conocimiento sobre métodos anticonceptivos, observándose que dos terceras partes de la población de adolescentes presentan un conocimiento bajo y muy bajo, en el estrato 1 (69%); mientras que en el estrato 2 casi la misma proporción muestra un conocimiento alto o muy alto (66%). Se podría suponer en este sentido que el sistema educativo y los programas de prevención que se canalizan a través de las instituciones educativas y de las

⁶⁴ PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2010. Perfil de las mujeres en edad fértil.

⁶⁵ ÁVILA GÁLVEZ, Elena, ; CID SANTANA, Maylen, *et.al.* Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Ciudad de la Habana., Cuba.

⁶⁶ REYES TURCIOS, Nidia Rosibel. Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Colonia Flor del Campo, Honduras, 2005.

campañas del sector de la salud, tienen influencia positiva sobre el conocimiento de métodos anticonceptivos.

Además las adolescentes de estrato socioeconómico 1 presentan en promedio más bajo uso de métodos anticonceptivos que las de estrato socioeconómico 2 una de las posibles explicaciones a este hecho, según diversas investigaciones tanto nacionales como internacionales coinciden en señalar que las jóvenes que se embarazan precozmente, generalmente pertenecen al nivel socio económico bajo debido a la falta de oportunidades para el futuro.

Al comparar los hallazgos con los resultados de un estudio realizado en la Universidad Nacional⁶⁷ sobre el uso de los M.A., encontramos similitud con esta investigación por cuanto, en promedio las adolescentes que tienen un buen conocimiento de los M.A., paradójicamente hacen poco uso de los mismos; por lo cual nos preguntamos, ¿qué es lo que sucede en las adolescentes para que no pongan en práctica los M.A. si ya tienen un conocimiento de los mismos?

Desde la psicología evolutiva se establece algunas características generales propias de la adolescencia como el sentirse invulnerables y asumir conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo, ya que durante la adolescencia existe incoherencia entre procesos cognitivos y comportamentales, siendo estas tendencias las que aumentan el riesgo de inicio temprano de la vida sexual y como consecuencia, la posibilidad de más embarazos precoces, según lo reporta el anterior estudio realizado en el 2002 por la Universidad Nacional de Colombia⁶⁸; otra de las posibles explicaciones a éste hecho es que las adolescentes asumen una actitud favorable hacia la posibilidad de un embarazo según lo menciona un estudio de Morales⁶⁹, lo cual puede tener conexión con lo dicho por Issler sobre la adolescencia tardía, el cual señala que en esta etapa es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja⁷⁰.

⁶⁷ MÉNDEZ DE MELO, María Cecilia y VILLOTA, Yolima. Análisis descriptivo correlacional de los factores psicosociales asociados con embarazo temprano de adolescentes del sector III vía la calera. Universidad Nacional. 2002.

⁶⁸ Ibid., p. .

⁶⁹ MORALES ,Hugo. Actitudes de las y los adolescentes ante la sexualidad. Chiapas, México. 1998.

⁷⁰ ISSLER, Juan. embarazo en la adolescencia. Revista de Postgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107, España, agosto 2001, pág. 15.

Por otro lado se encuentra que en el conocimiento, entendido como el modo de apropiación del mundo se generan dos aspectos: uno científico y otro popular, refiriéndonos a las creencias que tienen las adolescentes. Las creencias son entendidas como algo creído o aceptado como cierto diferente a conocimiento que es aceptado como verdad, los primeros proceden de los padres, abuelos y otras figuras de autoridad, además del patrón cultural, para así formar parte del modo de vida. Green, V. Johnson, S. Kaplan, D. 1992⁷¹, examinaron las razones por las cuales los adolescentes se exponen a conductas sexuales de alto riesgo para el embarazo temprano como es el no uso de métodos anticonceptivos, las razones que se encuentran para ello dadas por los adolescentes son: creencias erróneas acerca de la fertilidad, creencias erróneas y sentimiento de rechazo hacia los métodos anticonceptivos y no planeación de sus relaciones sexuales, ausencia del deseo de estar embarazada y afecto negativo hacia la contracepción. De igual manera en cuanto a los roles de género, en un estudio realizado en la Universidad Nacional de Colombia el perfil correspondiente a las creencias indica que los hombres tuvieron un mayor nivel de creencias que implican riesgo de embarazo, con relación a las mujeres.

Respecto a lo dicho en el párrafo anterior, desde la perspectiva cultural, las creencias religiosas de una sociedad influyen en la manera de educar sobre sexualidad en los adolescentes, construyendo un sistema moral que regula la forma de pensar y proceder de las personas ante el ejercicio de su propia sexualidad en consecuencia se evidencia escaso dialogo familiar e institucional sobre sexualidad por miedo a la sanción o al señalamiento moral, provocando que las adolescentes carezcan de información o accedan a contenidos no confiables sobre sexualidad, métodos y uso de protección y anticoncepción.

Los resultados del presente estudio, se constituyen en un panorama local que demanda la atención de los diferentes entes sociales, entre los cuales, los profesionales de la psicología son los indicados para generar propuestas que desemboquen en el uso de los M.A. por parte de los adolescentes, complementando con mas campañas de carácter informativo sobre los mismos, ya que según lo demuestran los hallazgos: existe bajo conocimiento sobre M.A, y aún falta incrementar su utilización frecuente.

Otro de los sectores en el cual es de suma importancia realizar inversión es el sector educativo como lo evidencia el 33% de adolescentes que no han terminado

⁷¹ MÉNDEZ DE MELO, María Cecilia, VILLOTA Yolima. Análisis descriptivo correlacional de los factores psicosociales asociados con embarazo temprano de adolescentes del sector III vía la calera. Universidad Nacional. 2002.

su secundaria o que tienen primaria incompleta, ya que al existir un proyecto de vida y opciones laborales que estimulen a alcanzar un nivel educativo más alto y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que los jóvenes, aun teniendo relaciones sexuales, adopten una prevención efectiva del embarazo, según lo indica Issler, mientras que los adolescentes con historia de frustraciones educativas, años perdidos y bajo rendimiento escolar, ven en el embarazo una salida a una insatisfecha historia dentro del sistema escolar⁷²; sin embargo se encontró un 29% de adolescentes que en su estado de embarazo no han desertado del sistema educativo y mantienen sus estudios.

Finalmente se debe recordar que la urgencia de intervenir no solo busca el bienestar de la población adolescente gestante y materna, sino también la integridad bio-psico-social de los futuros nacidos, ya que estos presentan una mayor incidencia de "muerte súbita", un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional. Situaciones que incuban una sociedad con mayores índices de pobreza y de violencia.

⁷² ISSLER J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra V de la Medicina. España, 2001 Aug;(107):11-23.

10. CONCLUSIONES

Después de medir las características sociodemográficas, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y funcionalidad familiar, como factores psicosociales de riesgo asociados al embarazo precoz en adolescentes de 13 a 19 años que acuden al servicio de consulta prenatal del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva; se concluye:

- Las adolescentes gestantes en su mayoría pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y se dedican a los oficios del hogar, cerca de la mitad de ellos ha culminado la secundaria; buena cantidad de estas aún viven con sus familias, las cuales están compuestas por las figuras paternas y 4 o más hermanos, mientras que otras viven con su compañero sentimental.
- Las adolescentes embarazadas que acuden a consulta prenatal en promedio tienen bajo conocimiento sobre los métodos y las técnicas que se pueden emplear para mantener relaciones sexuales satisfactorias libremente, de forma que el embarazo se produzca en el momento en que ellos lo consideren oportuno.
- Las adolescentes gestantes del estrato socioeconómico 1 presentan un mayor porcentaje de bajo conocimiento y bajo uso de los métodos anticonceptivos que el estrato socioeconómico 2.
- Las adolescentes gestantes que conocen sobre los M.A, en su mayoría no ponen en práctica dichos conocimientos haciendo uso de los mimos.
- En promedio, las familias de las adolescentes gestantes en su mayoría presentan buena funcionalidad familiar, es decir que se percibe en ella la resolución de problemas, la comunicación entre sus miembros, el apoyo en el crecimiento personal, las expresiones de afecto y el compromiso con la familia.

- Finalmente se establece que las adolescentes gestantes entre 13 y 19 años acudientes al servicio de consulta prenatal del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva: pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, presentan deserción escolar; tienen bajo conocimiento sobre los métodos anticonceptivos presentándose un mayor porcentaje de bajo conocimiento y uso en las adolescentes gestantes del estrato socioeconómico 1, y las que conocen de métodos anticonceptivos no hacen uso de ellos; en sus hogares existe buena funcionalidad familiar.

11. RECOMENDACIONES

Se deben realizar estudios a nivel académico donde se investigue sobre la efectividad y la suficiencia de las campañas de promoción y prevención del embarazo en adolescentes.

Para comprender las circunstancias que conllevan al no uso de métodos anticonceptivos a pesar del conocimiento sobre los mismos por parte de las adolescentes, se debe revisar los estudios cualitativos existentes al respecto y generar nuevas investigaciones que indaguen sobre el asunto.

Los resultados de esta investigación deben motivar la realización de programas que busquen incentivar el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes ya que la mayor parte de las adolescentes que tienen conocimiento sobre los M.A no los usan.

Es pertinente realizar acompañamiento psicológico a las adolescentes gestantes para una buena adecuación del rol maternal en sus vidas, y para generar en ellas la necesidad de emplear métodos de planificación familiar.

Todas las intervenciones psicológicas y sociales deben incluir las familias y sobre todo a las parejas de las gestantes, que como ellas, en muchos casos también son adolescentes, los cuales también necesitan orientación y acompañamiento para asumir responsablemente la sexualidad y la paternidad preponderante.

Desarrollar estrategias educativas para que las Instituciones de Educación sean organismos que favorezcan la permanencia escolar de las adolescentes embarazadas.

BIBLIOGRAFÍA

ARRIAGADA, X.,;BUSTAMANTE, S.,; CARRASCO, S., et.al . (1991) Estudio comparativo de variables psicológicas de adolescentes embarazadas y no embarazadas. Seminario para optar al grado académico de Licenciado en Psicología. Universidad de concepción.

ANDINO, N. Salud y estilos de vida saludables de los y las jóvenes y adolescentes. Sao Paulo: FNUAP; 1999

AGUDELO, L. Redescubrir: una mirada a la salud de las y los jóvenes: Prevalencia de embarazo adolescente, síntomas sugestivos de ITS, consumo y adicción a sustancias psicoactivas, comportamientos violentos y factores relacionados en mujeres de 14 a 19 años de Medellín. Medellín: Alcaldía; 2005.

BOYER D, y FINE, D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. Fam Plann Perspect. 1992;24:4-12.

DESMOND, A. (1994).Adolescentes embarazadas en USA: No son una minoría. Cariño y cuidados para mujeres en el mundo. 15, 325-331

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. La educación retrasa el inicio de la vida sexual. Network en Español. 1997;17(3):15.

FUJIMORI, E.; VIANNA DE OLIVEIRA, I.; ROCHA, A.; NÚÑEZ, L. & CORNBLUTH, S. (1997). Perfil socioeconómico y biológico de embarazadas adolescentes de una maternidad de beneficencia en Sao Paulo, Brasil. Cuadernos Médico Sociales. 38, 97-104.

GOBERNACION DEL HUILA. Secretaria de Salud Departamental Perfil Epidemiológico Primer Semestre de 2011.

GUTIÉRREZ, M. El embarazo adolescente.Monografías.com; 2007. [http://www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes/embarazo en adolescentes](http://www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes/embarazo-en-adolescentes). Html.

GUZMÁN, D. Programa de salud sexual y reproductiva para Antioquia. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2003.

ISSLER ,J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra V de la Medicina. 2001 Aug;(107):11-23.

KALIL, A. & KUNZ, J. (1999) Primer parto en jóvenes solteras: Riesgo y protección. trabajo social. 23 (3), 197-208.

LARTIGUE, T.,;VIVES, J., y ARNALDO, L., et al. (1992). Características de personalidad de un grupo de adolescentes embarazadas de la ciudad de México. Revista Departamento Psicología. Universidad Iberoamericana, 5 (3-4), 64-76

LUGO AGUDELO, Nelvia Victoria. El mundo afectivo de la adolescente embarazada

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. Embarazo en la adolescencia. Bethesda, MD: Medline Plus; Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001516.htm>

MALES M. School-age pregnancy: why hasn't prevention worked? J Sch Health. 1993;63(429):432.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL (Colombia). Política nacional de salud sexual reproductiva. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2003.

PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION, World Association of Sexology. Promotion of sexual health: recommendation for action. Washington: Panamerican Health Organization; 2002.

PROFAMILIA. Salud sexual y reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud: resumen. Bogotá: Profamilia; 2010.

Ibid., p.

RED DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE. Memoria del trabajo realizado por la Red de Prevención del Embarazo Adolescente durante los años 2004, 2005 y 2006: primer semestre. Medellín: Red de Prevención del Embarazo Adolescente; 2006.

RODRÍGUEZ GAZQUEZ, María de los Ángeles. Factores de riesgo para embarazo adolescente. Medicina UPB, Vol27, Núm. 1, enero – junio 2008, universidad pontificia Bolivariana.

RUIZ J, ;ROMERO G, y MORENO H. Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes de Colombia. Rev Panam Salud Publica. 1998;4(2):81-6.

SCHUTT-AINE J, y MADDALENO M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003. p. 29-73.

SANTELLI J, BEILENSON P. Risk factors for adolescent sexual behavior, fertility, and sexually transmitted diseases. J Sch Health. 1992; 62(7):271-9.

SMILKSTEIN, Gabriel .APGAR FAMILIAR. 1978.

TROUTMAN, B. & CUTRONA, C. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. Journal of Abnormal Psychology, 99, 69-78.

VALDIVIA, P.,; Maruzzella & Molina S, Marta. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. Vol. XII, N° 2: Pág. 85-109. 2003

WARTENBERG, L. Embarazo precoz y aborto adolescente en Colombia. Bogotá: Universidad Externado de Colombia: UNFPA; 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adolescent Sexual and Reproductive Health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 Disponible en: <<http://www.who.int/child-adolescenthealth/asrh.htm>>

