

## CONDICIONES DE VIDA DESDE EL ENFOQUE DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD EN UN GRUPO ORGANIZADO DE MADRES ADOLESCENTES<sup>1</sup>

### LIVING CONDITIONS FROM THE VIEWPOINT OF THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH IN AN ORGANIZED GROUP OF ADOLESCENT MOTHERS

Lady Rocío Quimbayo Fandiño<sup>2</sup>, Vilma Cenit Fandiño Osorio<sup>3</sup> Mary Luz Jaimes Valencia<sup>4</sup>

Equipo de Investigación de Autonomía

#### RESUMEN

**Introducción:** Las madres adolescentes que existen en condiciones de vida no adecuadas para su desarrollo presentarán un mayor riesgo de sufrir consecuencias no benéficas para su calidad de vida. El objetivo de esta investigación fue caracterizar las condiciones de vida desde el enfoque de los determinantes sociales en salud en un grupo de madres adolescentes en la Localidad de Suba. **Materiales y Métodos:** Diseño cuantitativo de tipo descriptivo y aplicación de una encuesta en una muestra intencional de 92 participantes. Fue desarrollado de Enero de 2010 a Junio de 2011. La información fue analizada en el programa estadístico SPSS versión 15. **Resultados:** En los resultados encontrados se determinó el perfil de la madre adolescentes desde los Determinantes Sociales de la Salud, las jóvenes se caracterizan por ser habitantes de un territorio definido por condiciones de alta vulnerabilidad, con escolaridad promedio: bachillerato, ocupación: estudiantes, amas de casa o desempleadas, es decir sin remuneración económica, estado civil en unión libre o soltera, la tipología familiar nuclear, lo que conlleva a la dependencia económica, la edad de inicio de relaciones sexuales en la adolescencia media (14 a 17 años), con poco uso de métodos anticonceptivos. Afortunadamente, las alteraciones de salud durante la gestación son mínimas y cuidan de la salud en los casos de alguna modificación haciendo uso de los servicios de salud, concluyendo así que las condiciones de vida desde los Determinantes Sociales en Salud, no generaron gran impacto en los mismos resultados de salud. **Discusión y Conclusiones:** El papel de la enfermera debe estar centrado en los diferentes campos de ejercicio: asistencial comunitario e investigativo, con el fin de que contribuyan al mejoramiento del bienestar de las madres adolescentes, estos papeles se pueden ejecutar desde los

#### ABSTRACT

**Introduction:** Adolescent mothers who are in unsuitable living conditions for its development present a greater risk of non-beneficial consequences for their quality of life. The objective of this research was to characterize the living conditions from the viewpoint of the social determinants of health in a group of adolescent mothers in Suba. **Materials and Methods:** A descriptive quantitative design and implementation of a survey of an intended sample of 92 participants. It was developed from January 2010 to June 2011. Data were analyzed in the statistical program SPSS version 15. **Results:** In the results, the research study determined the profile of the young mother from the Social Determinants of Health, young people are characterized as inhabitants of a territory defined by conditions of high vulnerability, with average schooling: high school with occupations such as student, housewives or unemployed- it means without any financial resources-, marital or cohabiting unmarried, nuclear family pattern, which leads to economic dependence, age of first sexual intercourse in middle adolescence (14 to 17 years), with little use of contraception. Fortunately, health disorders during pregnancy are minimal and young mothers care their health using health services, concluding that the conditions of life from the Social Determinants of Health, did not generate much impact on Health same results. **Discussion and Conclusions:** The role of the nurse should be centered in the different fields of practice: Community care and research, in order to contribute to improving the welfare of teenage mothers, these roles can be executed from the Social Determinants of Health in Middle which requires the intervention of the health field, both preventive and treatment and rehabilitation.

<sup>1</sup> Artículo Original de Investigación.

<sup>2</sup> Estudiante de Enfermería. Trabajo de Investigación para Optar Grado de Enfermera. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Correspondencia: E-mail: ladyrocioq@gmail.com

<sup>3</sup> Especialista en Gerencia Educativa y Magister en Enfermería. Docente Asesora Universidad de Ciencia Ambientales y Aplicadas U.D.C.A.

<sup>4</sup> Doctora en Enfermería Universidad de Alicante, España. MSc en Enfermería con Énfasis en Salud Familiar Universidad Nacional de Colombia (UNAL). Enfermera Universidad Industrial de Santander UIS. Docente Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A

Artículo recibido el 22 de Julio de 2012 y aceptado para publicación el 17 de Noviembre de 2012.

Determinantes Sociales de Salud Intermedios en los que se hace necesaria la intervención del campo de salud, tanto preventivo como en tratamiento y rehabilitación. (Rev Cuid 2012;3(3):308-19).

**Palabras clave:** Adolescente, Condiciones Sociales, Embarazo en Adolescencia. (Fuente: DeCS BIREME)

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia trae consigo cambios tanto físicos, como psicológicos, que si son orientados adecuadamente permitirá la prevención de diversas problemáticas y por lo tanto mejorará la calidad de vida y el desarrollo óptimo de la misma población. Según las guías de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en salud pública de Colombia (1) la adolescencia se divide en las siguientes etapas: adolescencia temprana o inicial de 10 a los 13 años de edad; adolescencia media de 14 a 16 años de edad y adolescencia final o tardía de 17 a 21 años de edad.

Uno de los principales problemas en Salud Pública que se presentan en dicha población es el embarazo en adolescentes. En Colombia, la Academia Nacional de Medicina, consideró el embarazo en adolescentes como una grave problemática en salud pública y un marcador de subdesarrollo; además como una catástrofe biológica, antropológica, social, familiar e individual (2). Pero desde el punto de vista del proceso salud – enfermedad, el embarazo en adolescentes es el resultado de las condiciones sociales, económicas y ambientales en las que habitan dichas jóvenes. Desde esta visión las madres adolescentes que existen en condiciones de vida no adecuadas para su desarrollo presentarán un mayor riesgo de sufrir consecuencias no benéficas para su calidad de vida.

Entre las causas del embarazo en adolescentes se encuentran el inicio precoz de relaciones sexuales, datos mundiales indican que más de la mitad de los adolescentes empiezan sus relaciones sexuales antes de los 16 años (3), en América Latina la edad de la primera relación sexual para los varones tiene un rango promedio de los 12,7 a los 16 años, y para las mujeres de los 15,6 a los 17,9 años, encontrándose diferentes cifras que varían de acuerdo a cada país (4) y a nivel nacional La Encuesta Nacional de Salud (ENDS) de 2010 halló que para las mujeres colombianas que al momento de la encuesta tenían entre los 20 y los 49 años de edad, la mediana para la primera relación sexual fue de 17.5 años en la zona rural, mientras que en la zona urbana es de 18.1 años(5). Otra causa de embarazo en adolescentes es el mínimo uso de los métodos anticonceptivos pese a el reporte de la ENDS 2010 el cual informa que las mujeres entrevistadas que estaban entre 15 y 49 años de edad, el uso actual de métodos anticonceptivos se incrementó de 56 a 61%; estas cifras reflejan el resultado de las campañas desarrolladas en Colombia en este tema (5).

Sin embargo, el embarazo en adolescentes es tema

**Key words:** Adolescent, Social Conditions, Pregnancy in Adolescence. (Source: DeCS BIREME)

central en la educación para la salud de esta población, ya que mundialmente las estadísticas reportan que aproximadamente 15 millones de adolescentes dan a luz cada año, de los 13 millones de partos registrados anualmente en América Latina y el Caribe, 2 millones corresponden a adolescentes, es decir, el 15% del total (6). En cuanto a la situación Colombiana más de una tercera parte de las mujeres de 15 a 19 años ya son madres (28.4 %), o están embarazadas de su primer hijo (5.2 %), lo que da un total de (33.6 %), cifra mucho más alta que la del promedio nacional en la ENDS 2005 que fue de (20.5%) (7), adicionalmente la ENDS (2010) aclara que las mujeres menores de 20 años venían aumentando su tasa de fecundidad hasta el año 2005, pero actualmente o hasta el año 2010 parece que empezó de nuevo a disminuir: en 1990 se estimó alrededor de 70 por mil, mientras en 1995 subió a 89 por mil, en el 2005 se estima en 90 por mil y ahora año 2010 es de 84 por mil.. Para comprender el impacto de esta problemática hay que contemplar que el embarazo en adolescentes limita las posibilidades de desarrollo personal y social de padres e hijos en la medida que reduce las oportunidades de educación y, por lo tanto, afecta la calidad del empleo, aumenta el número de personas con dependencia económica en una familia, que con frecuencia tiene recursos económicos escasos y, en general, se convierte en un factor que afecta la calidad de vida de las personas, el embarazo a temprana edad es un factor que contribuye a perpetuar el círculo de la pobreza (8). Por eso es importante el papel de los profesionales de salud en dicha situación tanto a nivel preventivo, asistencial e investigativo con el fin de mitigar o disminuir las consecuencias que esta problemática conlleva al estado de salud o bienestar no solo del individuo sino de la familia y población en general.

Un enfoque teórico-metodológico, para comprender el proceso de salud-enfermedad en individuos y colectivos, son los determinantes sociales en salud (DSS) los cuales se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas, incluye tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traduce en efectos de la salud (9). Los DSS pueden ser entendidos desde varios modelos, en el presente trabajo se tendrá en cuenta el modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el de modelo de Diderichsen y Colaboradores. Según el modelo de la OMS (Ver grafico N° 1) existen dos tipos de determinantes sociales de la salud. Los primeros Determinantes estructurales los cuales están conformados por la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social, es decir el nivel educativo que influye en la ocupación y esta última en el

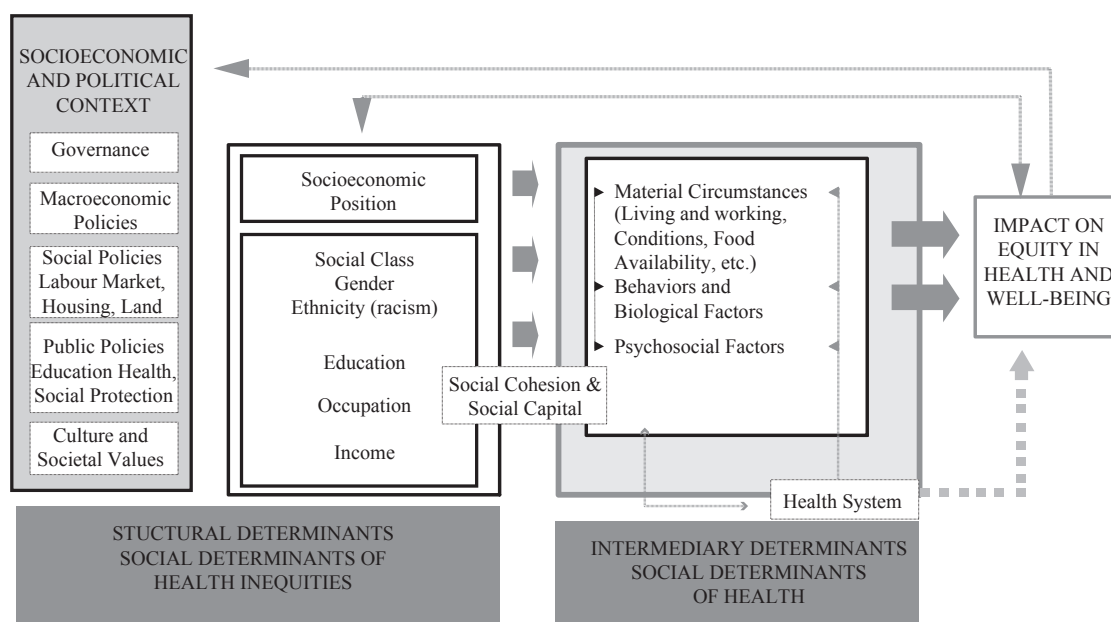
ingreso, además de las relaciones de género y de etnia, estos determinantes estructurales son los responsables de producir las inequidades en salud y además tendrán impacto en la equidad en salud y en el bienestar través de su acción sobre los determinantes intermediarios. Es decir, estos últimos pueden ser afectados por los estructurales y su vez afectar a la salud y el bienestar. Estos determinantes sociales a su vez están influidos por un contexto socio-político, cuyos elementos centrales son la el tipo de gobierno, las políticas macro-económicas, sociales y públicas, así como la cultura y los valores sociales.

Los segundos o Determinantes Intermedios que incluyen elementos categorizados en circunstancias

materiales (condiciones de vida y de trabajo, etc.), comportamientos, factores biológicos y factores psicosociales, el sistema de salud será a su vez un determinante social intermediario. Todos estos, al ser distintos según la posición socioeconómica, generarán un impacto en la equidad en salud y en el bienestar de los individuos y los colectivo.

El objetivo final del modelo propuesto por la OMS es mejorar la salud mundial por la vía de lograr la equidad en salud, viéndolo como un asunto de justicia social. Para lograr la equidad en salud se necesitan políticas sociales que empoderen a individuos, comunidades y países y la redistribución de la riqueza social a fin de promover una vida saludable y próspera. (10).

**Gráfico. No.1. Marco conceptual de los determinantes sociales propuesto por el Equipo de Equidad en Salud de OMS**



**Fuente: World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health, Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Genova 2010**

El modelo propuesto por Diderichsen y Colaboradores el cual enfatiza el modo en que los contextos sociales crean estratificación social y asignan diferentes posiciones sociales a los individuos, identifica cuatro puntos de entrada o niveles de acción para intervenciones y políticas: a. La estratificación social a la cual es el área más crítica en términos de disminuir las disparidades en salud, los autores proponen dos tipos generales de políticas: primero la promoción de políticas que disminuyan las desigualdades sociales y segundo una evaluación sistemática de impacto de las políticas sociales y económicas para mitigar sus efectos en la estratificación social; b. La exposición específica a los factores perjudiciales para la salud los autores indican que en general muchas políticas de salud no diferencian las estrategias de reducción de riesgos o exposición según la posición social, por ende las políticas de salud que apuntan a combatir las inequidades en

salud atacando a las exposiciones específicas de las personas menos favorecidas deben incluir aspectos como vivienda, condiciones de trabajo y deficiencias nutritivas; c. La Vulnerabilidad de las personas en desventaja a las condiciones perjudiciales para la salud que enfrentan la reducción de la vulnerabilidad solo puede lograrse cuando se disminuyen las exposiciones o cuando las condiciones sociales relativas mejoran significativamente, por ejemplo los beneficios de la educación femenina para disminuir su vulnerabilidad; d. El sistema de salud para reducir las consecuencias desiguales de la enfermedad y prevenir la degradación de socio-económica posterior a la enfermedad en las personas menos favorecidas los ejemplos incluirían atención y apoyo adicionales para pacientes menos favorecidos, recursos adicionales para programas de rehabilitación para reducir los efectos de la enfermedad en el potencial de ganancias del paciente y financiación

equitativa de la atención de la salud (11).

Del modelo de la Determinación Social de Salud (DSS) se estudia específicamente las condiciones de vida de las madres adolescentes, las cuales se entiende como las condiciones objetivas o las condiciones que se pueden evaluar en las cuales las jóvenes reproducen su existencia, social e individual; y en las que se reconocen tres conjuntos de condiciones: de trabajo, del entorno familiar y comunal (12).

Dichas condiciones de vida son indicadores importantes para poder diseñar estrategias que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de las madres adolescentes. Pero el poder analizar las condiciones de vida desde el enfoque de DSS, permite entender porque el proceso salud - enfermedad está enmarcado en un origen social, político y económico de dichas mujeres, los cuales traerán como consecuencias resultados en salud e indicadores que resalten la inequidad en salud. Por eso a decir de Alarcón no es la maternidad adolescente el factor más determinante, es más por las condiciones de vida y desarrollo que estas adolescentes tienen previamente: baja escolaridad, bajo nivel nutricional, malas condiciones de vivienda, etc. (13), el cual afirma la importancia del contexto social, económico y cultural en el cual la adolescente desenvuelve su proceso de salud - enfermedad.

Entonces el análisis de las condiciones de vida desde el enfoque de la determinación social en salud es fundamental para poder dar lugar al diseño de diversos proyectos en este grupo de población, los cuales no solo mejoraran las condiciones de vida de las mujeres, sino del producto del embarazo, de la familia y de la comunidad. Además sirven para apoyar estudios enmarcados en los Determinantes Sociales en Salud (DSS) ya que las condiciones de vida contienen datos enmarcados en los determinantes estructurales y posición Social, los cuales son base para disminuir o erradicar las inequidades en salud, siendo este servicio fundamental para el desarrollo óptimo de las madres adolescentes.

Los resultados se analizarán de acuerdo al esquema general de Determinación Social en Salud de la OMS y se complementará con el modelo de Diderichsen y Colaboradores, hay que tener en cuenta que las revisiones bibliográficas para realizar la discusión corresponden a estudios basados desde la visión de factores de riesgo para las condiciones de vida de las madres adolescentes. Esta investigación centró la atención sobre dicha problemática en la Localidad de Suba que se encuentra ubicada al noroccidente de Bogotá. El objetivo de este estudio fue caracterizar las condiciones de vida desde el enfoque de la determinación social, en un grupo organizado de madres adolescentes en la Localidad de Suba, Bogotá, D.C.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Tipo de Estudio

Estudio cuantitativo de tipo descriptivo, exploratorio

con aplicación de una encuesta diseñada por el grupo de investigación y se realizó con el fin de caracterizar los Determinantes Sociales en Salud de la misma población.

### Población y Muestra

Adolescentes entre 10 y 21 años, escolarizadas o no que pertenecen a la Localidad de Suba. Se solicitó consentimiento informado institucional, para la participación voluntaria y anónima. La muestra fue intencional de 92 participantes seleccionadas por cumplir los criterios de inclusión.

### Criterios de Inclusión

Adolescentes entre 10 y 21 años, gestantes o lactantes, escolarizados o no que pertenecen a la Localidad de Suba.

### Variables

Las variables se distribuyen según la metodología de Determinación Social de Salud de la Organización Mundial de Salud OMS, las cual plantea tres categorías:

-Determinantes Estructurales; -Determinantes Intermedios: Incluye acceso a servicios de salud y apoyo familiar y -Resultados de Salud.

### Aspectos Estadísticos

Las encuestas obtenidas en 92 madres adolescentes, se recolectaron y analizaron en el periodo comprendido entre el año 2010 y 2011. Se creó una base de datos en Microsoft Excel, analizada posteriormente en el programa estadístico SPSS 15.0 Versión en Español.

### Consideraciones Éticas

Toda la información se consideró confidencial. Se aplicaron los principios de fidelidad, reciprocidad, veracidad, no maleficencia, beneficencia, justicia y respeto a la autonomía. Además basado en el Código Deontológico de Enfermería, donde se contempla la responsabilidad de enfermería en la investigación y docencia.

En cuanto a la Resolución 8430 de 1193, la investigación guarda el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de las participantes, se clasifica en la categoría de investigación sin riesgo y guarda las características éticas concernientes al consentimiento informado.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados se analizarán de acuerdo al enfoque general de Determinantes Sociales en Salud de la OMS y se complementará con el modelo de Diderichsen y Colaboradores.

Determinantes Estructurales (Ver Tabla 1)

Se tomó una muestra de 92 madres adolescentes, entre las cuales 67 madres adolescentes (72.8%) se encontraban en la adolescencia tardía (17 a 21 años) y 25 madres adolescentes (27.2%) en la adolescencia media (14 a 16

años), según informe de rendición pública de cuentas para la política pública de niños, niñas y adolescentes de la localidad de Subala infancia y adolescencia son el segundo grupo de la localidad con un valor de (29.74%) después del grupo de los (25 a 59 años) con un (30%) (14).

En el marco de los Determinantes Estructurales donde se expone que el nivel educativo es la base de la ocupación, ingresos económicos y posición social por estrato socioeconómico y a su vez son los determinantes que causan la inequidad social, el alcance de las jóvenes fue de Bachillerato incompleto en 36 mujeres (39.1%) y Bachiller completo en 36 adolescentes (34.8%), destacando que la baja escolaridad tiene poco efecto sobre el embarazo en edad precoz, porque son de mayor peso los factores procedentes de la cultura familiar y el medio social inmediato (15).

Sin embargo el impacto inmediato es en la ocupación donde 32 jóvenes(34.8%) se desempeñan como estudiantes, 25(27.2%) como desempleadas y 18 mujeres (19.6%) como amas de casa, es decir ninguna de las anteriores ocupaciones tiene un valor remunerado por lo que 47 madres adolescentes (51.1%) viven con menos de 1 Salario Mínimo Legal Vigente (SMLV) recursos provenientes de la dependencia económica de los padres o conyugue. Por ende se afirma que la pobreza puede restringir el acceso al sistema educativo, limitar el uso de los métodos anticonceptivo y acelerar el inicio de las relaciones sexuales, determinantes próximos de la fecundidad en adolescente (16).

En cuanto a la estratificación socioeconómica, el (70.7%) es decir 65 jóvenes, se encuentra en estrato 2, es decir tiene derecho a acceder a programas sociales del Estado,

pero como lo manifiesta Diderichsen la posición social concentra riqueza y el género concentra poder, por lo tanto las madres adolescentes no poseen una capacidad suficiente para incidir y decidir en las inequidades en salud y condiciones de vida, por eso el mismo autor insiste en la promoción de políticas que disminuyan las desigualdades sociales una evaluación sistemática de impacto de las políticas sociales y económicas para mitigar sus efectos en la estratificación social.

En Colombia se presentan tres condiciones especiales: a. Según el SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales), donde el 58.7% se encuentra en nivel 2, evidenciando que estas mujeres efectivamente pueden acceder a servicios del Estado, pero sus recursos económicos no son suficientes, para mantener una adecuada calidad de vida; b. en cuanto a la Jefatura del Hogar o Cabeza de Hogar en el cual el 17.3% de las madres adolescentes son cabeza de hogar, es decir a pesar de no poseer un ingreso económico estable, brindan a su familia, los recursos mínimos de subsistencia y c. 5.4% presentan en condición de desplazamiento, el cual está caracterizado por mujeres obligadas a dejar su territorio y tratar de subsistir en otras ciudades.

Al realizar el análisis de las condiciones de vida desde el enfoque de la Determinación Social en Salud, permite evidenciar como las condiciones sociales afectan con gran impacto el proceso salud-enfermedad sobre todo en un grupo de población de madres adolescentes, el cual por poseer características en común y habitar cierto territorio tienen mayor vulnerabilidad a subsistir en unas condiciones de vida no aptas para alcanzar la plena calidad de vida personal, familiar y comunitaria.

**Tabla 1. Determinantes Estructurales(n: 92)**

| Variable                          | n  | Porcentaje |
|-----------------------------------|----|------------|
| Edad                              |    |            |
| Adolescencia Media (14 - 16 Años) | 25 | 27,2       |
| Adolescencia Media (17 - 21 Años) | 67 | 72,8       |
| Total                             | 92 | 100        |
| Escolaridad                       |    |            |
| Primaria Completa                 | 8  | 8,7        |
| Primaria Incompleta               | 4  | 4,3        |
| Bachiller Completo                | 32 | 34,8       |
| <b>Bachiller Incompleto</b>       | 36 | 39,1       |
| Técnico                           | 8  | 8,7        |
| No responde                       | 4  | 4,3        |
| Total                             | 92 | 100        |

|  |           |            |
|--|-----------|------------|
| <b>Ocupación</b>                                   |           |            |
| Estudiante   | 32        | 34,8       |
| Empleo Formal                                      | 2         | 2,2        |
| Empleo Informal                                    | 12        | 13,0       |
| Desempleado  | 25        | 27,2       |
| Ama de casa  | 18        | 19,6       |
| <b>No responde</b>                                 | 3         | 3,3        |
| <b>Total</b>                                       | <b>92</b> | <b>100</b> |
| <b>Ingresos Económicos</b>                         |           |            |
| Menos de 1 SMLV                                    | 47        | 51,1       |
| De 1 a 2 SMLV                                      | 35        | 38,0       |
| Más de 2 SMLV                                      | 6         | 6,5        |
| No Responde  | 4         | 4,3        |
| <b>Total</b>                                       | <b>92</b> | <b>100</b> |
| <b>Estrato socioeconómico</b>                      |           |            |
| Estrato 0  | 1         | 1,1        |
| Estrato 1  | 19        | 20,7       |
| Estrato 2  | 65        | 70,7       |
| Estrato 3  | 3         | 3,3        |
| <b>No responde</b>                                 | 4         | 4,3        |
| <b>Total</b>                                       | <b>92</b> | <b>100</b> |
| <b>Tipo de SISBEN</b>                              |           |            |
| SISBEN 0   | 1         | 1,1        |
| SISBEN 1   | 30        | 32,6       |
| SISBEN 2   | 54        | 58,7       |
| SISBEN 3   | 2         | 2,2        |
| SISBEN 4   | 1         | 1,1        |
| No responde  | 4         | 4,3        |
| <b>Total</b>                                       | <b>92</b> | <b>100</b> |
| <b>Jefatura del Hogar</b>                          |           |            |
| SI   | 15        | 16,3       |
| NO   | 44        | 47,8       |
| No responde  | 33        | 35,9       |
| <b>Total</b>                                       | <b>92</b> | <b>100</b> |
| <b>Se encuentra en condición de desplazamiento</b> |           |            |
| SI   | 5         | 5,4        |
| NO   | 60        | 65,2       |
| <b>No responde</b>                                 | 27        | 29,4       |
| <b>Total</b>                                       | <b>92</b> | <b>100</b> |

## Determinantes Intermedios (Ver Tabla 2)

Los Determinantes Intermedios se clasifican como las condiciones de vida, aunque también se conciben como el resultado de los determinantes estructurales, es importante el análisis ya que la OMS propone que el sistema de salud puede intervenir directamente en dichos determinantes. Y Diderichsen afirma que el diseño de políticas de salud que apuntan a combatir las inequidades en salud deben atacar las exposiciones específicas de las personas menos favorecidas, en este caso las condiciones de vida en las que habitan las madres adolescentes. Las condiciones de vida se enmarcan en condiciones de trabajo, del entorno familiar y comunal y desde el enfoque de la Determinación Social en Salud el cual incluye elementos como apoyo familiar y acceso a servicios de salud.

El 82.6% de las madres adolescentes habitan en la UPZ de Tibabuyes y 17.4% en la UPZ Rincón. Entonces, existe la posibilidad de que estas jóvenes poseen mayor vulnerabilidad por habitar en territorio de diferencias socioculturales, económicas y políticas frente a otras UPZs de la localidad de Suba, ya que se concentra la mayor precariedad y fragilidad en las condiciones de vida (Inequidades sociales), hacinamiento y violencia familiar, pandillismo, contaminación ambiental, movilidad debido a la insuficiencia de las vías y en mal estado, congestión por el exceso de rutas, costos del transporte y pocas oportunidades de empleo y garantías de trabajo (17).

En cuanto a la edad de inicio de relaciones sexuales, 69.6% iniciaron vida sexual en la adolescencia media (14 a 16 años), teniendo en cuenta que la edad que predomina en el presente estudio es la adolescencia tardía (17 a 21 años), llamando la atención notablemente que la literatura afirma que la edad a la cual las jóvenes inician sus relaciones sexuales ha disminuido notablemente y la proporción que ha tenido relaciones sexuales a cada edad ha aumentado. En 1990, el (5%) de las adolescentes había comenzado a tener relaciones sexuales antes de los 15 años, porcentaje que se duplica en el 2005 y llega casi al (14%). Este aumento de las relaciones sexuales en la adolescencia está influenciado por la “norma social” (18), especialmente si las jóvenes habitan en territorios con diversas problemáticas como lo es la UPZ de Tibabuyes.

El número de gestaciones también arroja resultados relevantes ya que 83.7% manifiesta haber tenido solo 1 gestación contrastado con 59.8% con 1 hijo vivo y 34.8% se encuentra en gestación, aunque en el estudio se evidenciaron adolescentes con más de 1 gestación, estudios afirman que las madres adolescentes que repitieron su estado de gestación, manifestaron que estos no eran deseados. Aunque las madres adolescentes no querían quedar de nuevo en embarazo, tampoco tenían la intención de prevenirlo (19). Por eso es importante tener en cuenta el planteamiento de Diderichsen cuando se refiere a la reducción de la vulnerabilidad específica la cual puede lograrse cuando se disminuyen las exposiciones o cuando las condiciones sociales

relativas mejoran significativamente. Es decir trabajar en la prevención de un nuevo embarazo y mejorar las condiciones sociales por ejemplo con oportunidades laborales y de educación.

En variables relacionadas con el acceso a servicios de salud el 68.5% no utilizaba métodos anticonceptivos antes de quedar en embarazo, a pesar de las encuestas recientes citadas anteriormente y el 70.7% se realizaron la toma de la citología cervico vaginal, la cual en la normativa Colombiana este examen se concibe como fundamental en el periodo de gestación y es deber de los profesionales de la salud realizar el seguimiento correspondiente

En las condiciones de vida relacionadas con la familia, en el estado civil predomina la unión libre con 44 adolescentes (47.8%) y 43 (46.7%) solterísimo, esto lleva a considerar las uniones inestables trae como consecuencia el madresolterismo. Aunque estudios confirman que la mayoría de las madres adolescentes antes de quedar en embarazo eran solteras (93,3%), aproximadamente la mitad ya tienen algún tipo de unión durante el embarazo (40%), aumentado este porcentaje a un (54%) después del embarazo, y a un (66%) en el estado civil actual (20).

En el número de personas que conforman el hogar de las madres adolescentes, el 70.7% conforman su hogar de 2 a 5 personas y en la tipología familiar se destaca la nuclear completa con 56.5% y nuclear incompleta con 28.3%, lo que confirman investigaciones las cuales afirman que el tipo de familia de la madre adolescente prevalece es la nuclear, con (48.5%), seguida de las atípicas, nucleares modificadas, con un (39.9%) hecho significativo, puesto que representa tipos de familia que por su conformación generan conflictos y pueden llevar a disfuncionalidad (21). La tipología familiar y el estado civil de la madre adolescente llevan a las investigaciones a analizar la dependencia económica, en este estudio se encontró que el 93.5% de las adolescentes dependen económicamente de alguna persona la cual está representada en 53.3% dependiente de los padres y 33.7% del conyugue, este hecho explica que cuando se tienen pocas expectativas de conseguir un trabajo que permita la independencia económica de la familia de origen —meta propia de esta etapa evolutiva de la adolescencia— es más probable que, aunque no se busque abiertamente, se justifique el embarazo temprano como una forma de acceder a los roles característicos de la adultez. (22); Lo cual brinda otra mirada frente al embarazo en adolescentes. En cuanto al apoyo familiar se destaca el apoyo de la abuela ya sea materna o paterna en el cuidado del menor cuando la adolescente se encuentra lactando en un 22.8%, ya que la mayor parte del tiempo la adolescente cuida su hijo con un 39.1%. En cuanto a la tenencia de la vivienda en la cual 68.5% viven en arriendo. Esta última complementada con las variables relacionadas con los ingresos económicos los cuales son menores a 1 SMLV en un 51.1% y a la dependencia económica 93.5%, es decir la mayoría de las adolescentes.

Tabla 2. Determinantes Intermedios(n: 92)

| Variable  | n  | Porcentaje |
|---|----|------------|
| <b>Edad de Inicio de Relaciones Sexuales</b>                                |    |            |
| Adolescencia Temprana (10 - 13 Años)  | 8  | 8,7        |
| Adolescencia Media (14 - 16 Años)   | 64 | 69,6       |
| Adolescencia Tardía (17 - 21 Años)  | 20 | 21,7       |
| Total   | 92 | 100        |
| <b>No. de Gestaciones</b>   |    |            |
| 1   | 77 | 83,7       |
| 2   | 8  | 8,7        |
| 3   | 2  | 2,2        |
| 4   | 1  | 1,1        |
| Más de 5  | 2  | 2,2        |
| No Responde   | 2  | 2,2        |
| Total   | 92 | 100        |
| <b>No. de Hijos</b>   |    |            |
| 0   | 32 | 34,8       |
| 1   | 55 | 59,8       |
| 2   | 5  | 5,4        |
| Total   | 92 | 100        |
| <b>Acceso a servicios de salud: Toma de Citología</b>                       |    |            |
| Cervico Vaginal   |    |            |
| SI  | 65 | 70,7       |
| NO  | 27 | 29,3       |
| Total   | 92 | 100        |
| <b>Acceso a Servicios de Salud: uso de método de Planificación Familiar</b> |    |            |
| Ninguno   | 63 | 68,5       |
| DIU   | 2  | 2,2        |
| Condón  | 11 | 12,0       |
| Pastillas/Inyección   | 14 | 15,2       |
| No responde   | 2  | 2,2        |
| Total   | 92 | 100        |
| <b>Estado Civil</b>   |    |            |
| Soltera   | 43 | 46,7       |
| Casada  | 3  | 3,3        |
| Unión Libre   | 44 | 47,8       |
| Separada  | 1  | 1,1        |
| Otro  | 1  | 1,1        |
| Total   | 92 | 100        |



| <b>No. de Personas que conforman su Hogar</b>               |    |      |
|---|----|------|
| 0   | 1  | 1,1  |
| Menos de 2 Personas   | 10 | 10,9 |
| De 5 a 6 Personas   | 65 | 70,7 |
| De 6 a 8 Personas   | 10 | 10,9 |
| Más de 9 Personas   | 5  | 5,4  |
| No responde   | 1  | 1,1  |
| Total   | 92 | 100  |
| <b>Tipología Familiar</b>                                   |    |      |
| Nuclear Completa  | 52 | 56,6 |
| Nuclear Incompleta  | 26 | 28,3 |
| Extensa Completa  | 3  | 3,3  |
| Extensa Incompleta  | 6  | 6,5  |
| No Responde   | 5  | 5,4  |
| Total   | 92 | 100  |
| <b>Apoyo Familiar: Si es lactante quien cuida del menor</b> |    |      |
| Usted misma   | 36 | 39,1 |
| Abuela  | 21 | 22,8 |
| Amiga   | 1  | 1,1  |
| No Responde   | 34 | 36,9 |
| Total   | 92 | 100  |
| <b>UPZ</b>  |    |      |
| Tibabuyes   | 76 | 82,6 |
| Rincón  | 16 | 17,4 |
| Total   | 92 | 100  |
| <b>Dependencia Económica</b>                                |    |      |
| Padres  | 49 | 53,3 |
| Cónyuge   | 31 | 33,7 |
| Padres Y Cónyuge  | 2  | 2,2  |
| Hermano   | 1  | 1,1  |
| No Responde   | 9  | 9,7  |
| Total   | 92 | 100  |
| <b>Tenencia de la vivienda</b>                              |    |      |
| Propia  | 19 | 20,7 |
| Arrendada   | 68 | 73,9 |
| No Responde   | 5  | 5,4  |
| Total   | 92 | 100  |

### Resultados de salud (Ver Tabla 3)

Los resultados en salud se definen como las consecuencias del proceso salud-enfermedad enmarcado en las condiciones sociales, en las cuales las madres adolescentes se desarrollan, además de evidenciar resultados de los determinantes estructurales e intermedios del enfoque de la Determinación Social en Salud de la OMS.

Específicamente el 18.5% de las jóvenes presentaron alguna complicación durante la gestación, es decir cualquiera que fuera la enfermedad presentada fue resultado o apoyado por las condiciones de vida y sociales en las que la joven evoluciona, investigaciones afirman que se reconocen una extensa gama de complicaciones biológicas cuya incidencia es superior en las madres adolescentes, las cuales abarcan todos los trimestres del embarazo, todos los periodos del parto y afectan tanto a la joven madre como a su hijo y están muchas veces relacionadas con las condiciones poco favorables con las que la menor de 20 años llega a los eventos gestación- parto- puerperio. (23). Sin embargo el 75% de las madres adolescentes que actualmente sufren de alguna enfermedad se encuentran en tratamiento, es

decir las madres adolescentes cuidan de su salud a pesar de no encontrarse en estado de gestación. Esto puede ser gracias a la acción de la prestación de servicios y el seguimiento por parte de los profesionales de la salud al producto de la gestación y a la madre joven.

Evidentemente, las complicaciones durante y después del periodo de la gestión en las adolescentes no fueron impactantes, pero es pertinente concluir, que las inequidades en Salud, reflejado en los determinantes estructurales, las pocas oportunidades de ingresar a servicios de salud con calidad y las inadecuadas condiciones de vida en las que se encuentran las mujeres adolescentes, hacen que la mayor consecuencia sea el embarazo a temprana edad, afectando no solo dicha etapa, sino el resto de la vida; modificando significativamente en estas mujeres las condiciones de vida en las que habita.

Lo que nos queda es hacer uso de las salidas brindadas por Diderichsen y Colaboradores, no solo como profesionales de salud, sino como verdaderos ciudadanos de este país, utilizando salidas como la participación social en cualquiera de los niveles que conforman dicho Estado.

Tabla 3. Resultados en Salud (n: 92)

| Variable                                   | n  | Porcentaje |
|--|----|------------|
| <b>Complicaciones durante la gestación</b> |    |            |
| SI   | 17 | 18,5       |
| NO   | 75 | 81,5       |
| Total                                      | 92 | 100        |
| Sufre de alguna enfermedad actualmente     |    |            |
| SI   | 8  | 8,7        |
| NO   | 57 | 62,0       |
| No Responde                                | 27 | 29,3       |
| Total                                      | 92 | 100        |
| Se encuentra en tratamiento                |    |            |
| SI   | 6  | 6,5        |
| NO   | 62 | 67,4       |
| No responde                                | 24 | 26,1       |
| <b>Total</b>                               | 92 | 100        |

## CONCLUSIONES

- El perfil de la madre adolescentes desde los Determinantes Sociales de Salud se caracteriza por ser una mujer habitante de un territorio definido por condiciones de alta vulnerabilidad para el desarrollo de sus óptimas condiciones de vida, con una escolaridad promedio como lo es el bachillerato, con ocupación como estudiantes, amas de casa o desempleadas, es decir sin remuneración económica, su tipología familiar nuclear, lo que conlleva a la dependencia económica con unos ingresos de menos de 1 SMLV y tenencia de la vivienda en arriendo, su estado civil en unión libre o soltera lo que trae como consecuencia las relaciones inestables, la

edad de inicio de relaciones sexuales es en la adolescencia media (14 a 17 años), con poco uso de métodos anticonceptivos, principales causas de la problemática del embarazo, sus resultados en salud afortunadamente son de poca incidencia y cuidan de su salud en los casos de alguna alteración.

- Las condiciones de vida son indicadores importantes en la medición de estados de calidad de vida de las madres adolescentes ya que es una población que se encuentra en estado de vulnerabilidad, como se evidencia en este estudio, motivando a que se diseñen programas y políticas que busquen disminuir las condiciones de fragilidad y mejorar las condiciones de vida a las que se ven sometidas esta población.
- Los modelo de Determinación Social de Salud, son un enfoque diferente, el cual ayudara no solo al profesional de salud sino a toda la población en general a entender como el proceso de salud – enfermedad es el resultado de las condiciones sociales de vida y de trabajo en las cuales se desarrolla el ser humano.
- El papel de la enfermera debe estar centrado en los diferentes campos de ejercicio: asistencial comunitario e investigativo, con el fin de que contribuyan al mejoramiento del bienestar de las madres adolescentes, estos papeles se pueden ejecutar desde los Determinantes Sociales de Salud Intermedios en los que se hace necesaria la intervención del campo de salud, tanto preventivo como en tratamiento y rehabilitación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, Universidad Nacional de Colombia, Instituto de Investigaciones Públicas. Guías de Promoción de la Salud y Prevención de las Enfermedades en Salud Pública. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2007.
2. Rueda R, Parada A. Embarazo en Adolescentes: el Problema más grave en Salud Pública. Conferencia Academia Nacional de Medicina. Bogotá, Colombia, Febrero 10 de 2005.
3. Salazar-Granara A, Maria-Alvarez A, Solano-Romero I, Lázaro-Vivas K, Arrollo-Solís S, Araujo-Tocas V, et al. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino, Lima-Perú. *Revista Horizonte Medico* 2007; 7 (2): 79-85.
4. Lundgren R. Protocolos de Investigación para el Estudio de la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes Varones en América Latina. Organización Panamericana de la Salud. WashingtonDC; 2000.
5. Profamilia. Encuesta Nacional de Salud. 2010.
6. Alvarado R, Martínez O, Baquero M, Valencia C, Ruiz A. Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca). *Rev. Cienc. Salud*2007; 5 (1): 40-52.
7. Profamilia. Fecundidad y Atención del Embarazo. En: *Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginadas Situación de las mujeres desplazadas*. Colombia. 2005. 61-72.
8. Ministerio de la Protección Social. Propuesta De Generación De Ingresos Para Población Joven En Situación De Vulnerabilidad. Colombia. 2006.
9. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. 9-18.
10. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales en Salud Documento para la discusión.
11. Moiso A. Determinantes de la Salud. En: Barragán H. *Fundamentos de Salud Pública*. P. 161-186.
12. Batista R, Coutin G, Feal P. Condiciones de vida y salud materno-infantil. *Rev Cubana Salud Pública* 2001;27(2):126-34.
13. Gutiérrez R. Maternidad Adolescente; construyendo nuevos destinos. Disponible en: [http://books.google.com.co/books?id=X\\_Fd8Pz2EmkC&pg=PA14&dq=CONDICIONES+DE+VIDA+DE+MADRES+ADOLESCENTES](http://books.google.com.co/books?id=X_Fd8Pz2EmkC&pg=PA14&dq=CONDICIONES+DE+VIDA+DE+MADRES+ADOLESCENTES) Perú: Lima. 2006.
14. Alcaldía Local de Suba. Informe de rendición pública de cuentas para la política Pública de niños, niñas y adolescentes de la localidad de Suba. 2010.
15. Charlton-L D. Relación entre el embarazo en la adolescencia y escolaridad (Tejarcillos de Alajuelita, 2002). *Enfermería en Costa Rica* 2006; 25 (1): 19-23.
16. Núñez J, Cuesta L. Demografía y Pobreza en Colombia. Universidad de los Andes 2006; 30: 1-26.
17. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Caracterización de las condiciones de inequidad en calidad de vida en la localidad de suba: UPZ Tibabuyes. Una aproximación participativa.
18. Flórez C, Soto V. Fecundidad Adolescente y desigualdad en Colombia. Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico, Facultad de Economía, Universidad de los Andes; (83): 41-74.
19. Herrman JW. Repeat pregnancy in adolescence: intentions and decision making. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007; 32 (2): 89-94.
20. Salazar-Arango A, Acosta-Murcia M, Lozano-Restrepo N, Quintero-Camacho M. Consecuencias del embarazo adolescente en el estado civil de la madre joven: estudio piloto en Bogotá, Colombia. *Persona y Bioética* 2008; 12 (31): 169-182.
21. Pérez B. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. *Revista Aquichan* 2003; (3): 21-31.
22. Sánchez J. Madres adultas y madres adolescentes. Un análisis comparativo de las interacciones que Mantienen con sus bebés. Universidad de Sevilla 2003: 1-14.
23. Peláez MJ, Silva LN, Sarmiento BJ, Martínez CB. Adolescente embarazada con riesgo nutricional: importancia de la identificación de predictores antropométricos. *Obstetricia y Ginecología Infanto Juvenil: Su importancia*. La Habana, SOCUDEF. 1996.:65-72.