

CARACTERÍSTICAS BIOPSIICOSOCIALES QUE ANTECEDIERON EL EMBARAZO DE ADOLESCENTES DE DOS INSTITUCIONES DE SALUD DE POPAYAN

THE BIOPSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS PROCEEDING THE PREGNANCY IN THE TEENAGES FROM TWO LEVEL ONE MEDICAL CENTERS IN POPAYÁN

Sandra Yamile Martínez G*, Mercedes Deyanira Ortiz B**
Alejandro López M.***, Yuly Ibeth Potosi B.****

RESUMEN

Objetivo: Identificar las características biopsicosociales que antecedieron al embarazo en las adolescentes que asistieron a consulta en dos instituciones de nivel I de Popayán. *Método:* Estudio descriptivo con estrategias de recolección y análisis de información cuali-cuantitativas. *Resultados:* 38 adolescentes con promedio de edad al momento del embarazo 16,37 años. 90% (34) primigestantes; 73% (28) cursaban secundaria y 68% (26) de estrato socioeconómico bajo. 36,8% (14) tenían un proyecto de vida basado en estudiar y trabajar, 46% (17) había desertado del colegio. Edad promedio de la menarca y de inicio de actividad sexual 12,89 y 15,32 años respectivamente, 71%(27) tuvo un compañero sexual y refirieron como principales influencias para embarazarse: el enamoramiento y la soledad. Se destaca la disfuncionalidad familia, 32% (12) presentaban familia nuclear incompleta. Por orden de frecuencia, hubo predominio de actividades sociales en su tiempo libre 22/38; 34,2% (13) de estas eran compartidas con el novio. 55% (21) no utilizó anticoncepción. 50% (19) recibió comentarios en contra y con rechazo sobre la maternidad en la adolescencia, antes del embarazo. 63%(24) no planeó el embarazo, 71%(27) tuvo primas o madre o una amiga con antecedentes de gestación adolescente.

ABSTRACT:

Objective: To identify biopsychosocial characteristics preceding the pregnancy in teenagers that went to see the doctor in two level one medical centers in Popayán. *Method:* Descriptive study; gathering and analysing qualitative and quantitative information. *Results:* 38 teenagers with an average age of 16.37 years at conception. 90% (34) were first-time mothers. 73% (28) were attending high school and 68% (26) were from a low socioeconomic background. 36.8% (14) were planning a future involving study and work. 46% (17) had dropped out from school. The young girls average age and of commencing sexual activities are 12.89 and 15.32 respectively. 71% (27) had a sexual partner and mentioned that the main reasons for getting pregnant were falling in love and loneliness. Dysfunctional families were a notable feature with 32% (12) coming from broken nuclear families. In order of frequency, social activities in their free time 22/38; 34.2% (13) spend time with their boyfriends. 55%(21) did not use any contraceptive. 50% (19) heard negative comments against teenage motherhood before their pregnancy. 63% (24) did not plan to get pregnant. 71% (27) had their mother, cousins or a friend with a history of teenage pregnancy. *Conclusions:* In this population, pregnancy is perhaps a way to establish the sexual

* Psicóloga, Formadora de Educación Sexual, Epidemióloga, Profesor Universidad del Cauca.

** Enfermera, Auditora AIC Popayán.

*** Enfermero, Unidad de Cuidados Intensivos DUISMIAN, Hospital San José, Estudiante Especialización en Cuidado Crítico de Adultos, Universidad del Valle.

**** Enfermera Coordinadora de Calidad Punto de Atención Cajibío, Estudiante de Especialización Administración Hospitalaria Universidad del Cauca.

Correspondencia: Sandra Martínez: sayamago1@yahoo.com

Conclusiones: En esta población, el embarazo, es tal vez un camino para alcanzar la identidad sexual. Es probable que exista influencia del patrón generacional repetitivo de embarazo a temprana edad. Las adolescentes encuentran viable adoptar roles adultos para la conformación de su identidad, crean una falsa identidad, que sumado al poco acompañamiento de los padres, los llevan al matrimonio o embarazos como forma de reafirmar su rol.

Palabras clave: Embarazo adolescente, características biopsicosociales, sexualidad.

identity: It is probable that there is an influence of the repetitive generational pattern of pregnancy at an early age. Teenagers find it viable to adopt adult roles to establish their identity creating a false identity, in addition the limited support from their parents lead them to a marriage or pregnancy as a way to reaffirm their role.

Key words: The pregnancy in the teenagers, the biopsychosocial characteristics, sexuality.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un problema de salud pública, es un indicador de las desigualdades sociales entre países, y regiones; por la vulneración de los derechos a la salud y a la vida de las mujeres. Aproximadamente el 98% de las muertes maternas, son evitables. Aunque para el 2009 97% de los partos en Colombia, eran atendidos institucionalmente, aún así, surgen problemas de calidad en los servicios y la razón de mortalidad materna se presenta en 73 muertes por cada cien mil nacidos vivos. El riesgo de mortalidad materna se duplica cuando se trata de partos en adolescentes (1).

La adolescencia es el periodo de transición psicológica - social entre niñez - adultez, donde suceden los cambios más profundos en la forma de funcionar, relacionarse, conocer y pensar que se traducen en la estructuración de su personalidad; en un proceso que va de la dependencia a la independencia de sí mismo, en la búsqueda de lo que como individuo quiere y busca ser (2), acorde con el Ciclo Vital, que se divide en tres etapas: temprana (10-13 años), media (14-16 años) y tardía (17-19 años). (3)

Al inicio de la vida sexual, los adolescentes de etapas tempranas aumentan el riesgo de asumir conductas que conllevan a posibles embarazos o contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ETS). Este comportamiento puede estar asociado a la necesidad de autonomía de los adolescentes y a su deseo de demostrar madurez frente a sus padres, conductas que para el adulto son generadores de conflicto, cuando no hay comunicación y apoyo entre padres e hijos (4). Algunos autores reafirman esta concepción y reportan que cuando no hay apoyo parental los adolescentes tienden a buscar apoyo para su autonomía, fuera de la familia corriendo el riesgo de asumir conductas nocivas, en el deseo de desquitarse de padres protectores o rígidos y autoritarios. Se ha encontrado que las buenas relaciones con los padres permiten posponer el inicio de las relaciones sexuales y controlar el número de compañeros sexuales durante la adolescencia (5, 6,7).

El embarazo en la adolescencia es el resultado de factores biológicos (menarca temprana) y psicosociales que favorece el inicio de la actividad sexual en forma temprana. Esta situación conlleva riesgos de contraer Infecciones de Transmisión Sexual y embarazos no deseados, aumentando así el riesgo de morbimortalidad en este grupo etario (8,9). Entre estas características se mencionan las siguientes:

Factores personales: autoestima baja, problemas emocionales y de personalidad, carencia de afecto, incapacidad para planear un proyecto de vida, inicio temprano de relaciones sexuales, desinterés para asumir actitudes de prevención y en el sexo femenino menarca temprana (8,10,11).

Factores familiares: Familia disfuncional: ausencia de figura paterna estable, antecedente de embarazo adolescente en un miembro de la familia (8,10, 11)

Factores sociales: abandono escolar, uso inadecuado del tiempo libre, ingreso temprano a la fuerza laboral, condiciones socio-económicas desfavorables, mayor tolerancia del medio social a la maternidad en la soltería, efecto de los medios de comunicación masiva (8 - 12).

De acuerdo con los datos reportados por el Instituto Nacional de Salud y por la Secretaría de Salud Departamental del Valle, la tasa de mortalidad materna para Colombia, en el 2010 fue de 60.5 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos y en Cali, 29 mujeres. Del 2005 al 2010 se ha evidenciado un crecimiento de las tasas de mortalidad equivalente a 73 mujeres fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos, reportándose para el Valle 10 casos hasta lo que va de recorrido del año 2011 y para el Cauca, 6 casos. El trastorno hipertensivo continúa siendo la principal causa de mortalidad, acompañado de la sepsis de origen respiratorio y las complicaciones hemorrágicas. Cuando se trata de partos en adolescentes, la mortalidad materna duplica el riesgo (13,14).

Al comparar las cifras de embarazo en adolescentes reportadas por la ENDS (2005-2010), se observa que el embarazo, disminuyó un punto porcentual 20,5% en 2005 y 19,5 % en 2010. Se observó que 3.1% ya son madres a los 15 años y el 4% están esperando su primer bebé, en el Cauca, estas cifras han aumentado en 1,6%; en la subregión del pacífico 19,7% de adolescentes alguna vez estuvo embarazada. Según los métodos de planificación familiar, 26.5% de este grupo, actualmente usa algún método de planificación familiar, 8.4% usa condón, 7.4% inyección, 3.7% píldora y 3.1% implantes. Al indagar a los adolescentes sobre la edad ideal de inicio de relaciones sexuales se obtuvo que los hombres consideran los 17 años y las mujeres 18 años, aún así se observa una edad promedio para la primera relación sexual de 13,4 y 14.8 años respectivamente, cuatro años menos de lo que ellos mismos consideran ideal (13,14).

El embarazo en este grupo etario, es uno de los principales problemas del país, es de origen multicausal: inicio temprano de las prácticas sexuales, nivel de educación, falta de conocimiento, nivel sociocultural y débiles redes de apoyo a nivel social y de salud (13).

No obstante el avance que Colombia ha dado en cuanto a políticas en Salud Sexual y Reproductiva, las tasas de mortalidad materna, siguen altas, lo cual implica una reflexión con relación al impacto que pueda tener la implementación de políticas, programas y estrategias en esta área. La educación sexual, se ha considerado una estrategia para intervenir esta problemática, plantean que aquellos jóvenes que reciben información clara y oportuna sobre sexualidad, incluida, la anticoncepción, y reciben capacitación en toma de decisiones, autoestima, paternidad responsable, retrasan el inicio de las relaciones sexuales y recuperan una visión más integral de la sexualidad (15,16).

El presente trabajo, pretende determinar las características biopsicosociales

que antecedieron el embarazo en adolescentes que asisten a consulta al Hospital Toribio Maya y Centro Universitario de Salud Alfonso López de Popayán. Con el propósito de replantear métodos educativos que involucren al mismo tiempo la familia y sistema educativo formal y de esta manera fomentar prácticas de autocuidado en salud sexual y reproductiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal con estrategias de recolección y análisis de información cualitativas.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Población y Muestra: se estudiaron las adolescentes embarazadas que tuvieran registro de historia clínica en consulta externa y que asistieran al control prenatal en las instituciones participantes en el estudio, durante el periodo de Febrero a Mayo de 2007; el muestreo fue por conveniencia.

Se encontraron 65 adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años que tenían historia clínica en consulta externa o eran asistentes al control prenatal, en el periodo de estudio. 75% (49/65) asistían al Hospital del Norte y 25% (16/65) al Centro Universitario en Salud. Una vez seleccionadas se logró contactar 58,5% (38/65) mujeres dado que 38 % (25/65), presentaron datos personales falsos en el registro, por lo cual fue difícil contactarlas. 3% (2/65) no quisieron participar en el estudio.

El proceso se ejecutó a través de una encuesta semi-estructurada que además de identificar un perfil biopsicosocial como antecedente, permitiera profundizar y entender algunos conceptos cognitivos y emocionales que antecedieron al embarazo en la población a estudio.

Una vez solicitado el permiso por escrito y aceptado por las instituciones, se procedió a recolectar la información (estudiantes de enfermería), previa presentación a las adolescentes gestantes, del objetivo y propósito de la investigación, explicando las consideraciones éticas de la misma. Luego de firmar el consentimiento informado (acorde al código de infancia y adolescencia) se aplicó la encuesta semi estructurada que incluía las variables: sociodemográficas, biológicas y psicosociales que antecedieron el embarazo.

Entre las características sociodemográficas estudiadas se cuentan: edad, escolaridad, estrato socioeconómico, estado civil, ocupación, procedencia. En las características biológicas, se tuvo en cuenta: edad de la menarca, edad del primer embarazo y edad de la primera relación sexual. Las conductas sociales identificadas como antecedentes del embarazo fueron: deserción escolar, hacinamiento, tipo de familia, ocupación del tiempo libre, personas con las que compartía dicho tiempo, educación formal y no formal recibida, número de compañeros sexuales, uso de métodos anticonceptivos. Las características psicológicas fueron: tipo de relaciones con la familia, pareja, amigos y personas allegadas; dinámica familiar, apgar familiar, diálogo con los padres, aspectos que pudieron influir para que se presentara el embarazo, tales como: sentimiento que predominaba en ella, escala de autoestima, proyecto de vida, motivación para la primera relación sexual. También se indagó sobre la existencia de un patrón generacional repetitivo de embarazo en adolescente a nivel familiar y en el grupo de pares.

La información se analizó con medias de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas y las variables cualitativas se manejaron con medidas de frecuencia. La información que se obtuvo de las variables cualitativas, se organizó en categorías y se presentó en mapas conceptuales. Esta información fue procesada utilizando el programa SPSS Vs. 10.

RESULTADOS

A continuación se presentan las características sociodemográficas, biológicas y psicosociales que antecedieron el embarazo en el grupo estudiado: Inicialmente se describen con enfoque cuantitativo y se complementa con información cualitativa.

38 mujeres con edad promedio al momento del embarazo de 16.37 años \pm 1.65 (rango 6 años); 55 % (21) en adolescencia tardía (14-16 años), 42% (12) en adolescencia media (17-19 años) y 3% (1) en adolescencia temprana (10-13 años); 82 % (31) eran solteras, 16% (6) vivían en unión libre y 2% (1) casadas. En 74 % (28/38) el máximo nivel de escolaridad alcanzado fue secundaria; 68% (26/38) pertenecían al estrato 1. 58% (22/38) tenían como ocupación estudiante. (Tabla. 1)

De acuerdo con las características biológicas: 90% (34) eran madres primigestantes y 10% (4) correspondía a la segunda gestación. El promedio de la edad de la menarca fue 12.9 años \pm 1.43 (rango 6 años) y la edad promedio de la primera relación sexual fue 15.3 años \pm 1.56, (rango 6 años) que según el ciclo vital, 58% (22) corresponde a la adolescencia media, 32% (12) temprana y 10% (4) tardía.

En cuanto a los factores sociales se destacan las siguientes características: 45% (17/38) embarazadas presentaron deserción escolar y 53% (20/38) estaban estudiando; de ellas, 24% (9/38), cursaba grado once, 13% (5/38) cursaba noveno y 13% (5/38) cursaban quinto grado. Entre las razones de deserción escolar se encontró que: 47 % (8/17) reportaron factor económico, 35% (6/17) no quería seguir estudiando, 12% (2/17) se vieron obligadas a trabajar y 6% (1/17) desertaron por influencia de amistades. 77% (13/17) eran primigestantes y 23% (4/17) presentaban su segundo embarazo. De las 38 adolescentes encuestadas, 32% (12) vivían en condición de hacinamiento antes del embarazo y 68 % (26) no.

Se observó predominio de la familia nuclear incompleta 32% (12/38), 18% (7/38) tenía familia incompleta extensa, 17% (6/38) tenía familia nuclear completa, extensa y familia no clasificable respectivamente. 3 % (1/38) con familia reconstruida. Al indagar sobre las personas con quienes las adolescentes compartían el tiempo libre, se encontró que 34% (13/38) compartía la mayor parte de su tiempo con su novio, 37% (14/38) con su familia; 16% (6/38) con sus amigos; 8% (3/38) estaban totalmente sola y 5% (2/38) compartía con su esposo u otra persona. Destinaron este espacio a actividades sociales (ir a fiestas y paseos) y, ver televisión.

30 adolescentes refirieron haber recibido educación sexual y 8 manifestaron que no. Las adolescentes identificaron

como principales fuentes de información al profesor (21), la madre (15) y otros familiares entre los que se destacan tíos (7), abuelos y hermanos (6), padre (5), primos (3) y padrastro (1). La información recibida estaba relacionada con aspectos generales de la maternidad; con comentarios a favor y con agrado (15), en contra y con rechazo hacia el embarazo (15), información que se presenta en el siguiente mapa conceptual. Figura.1.

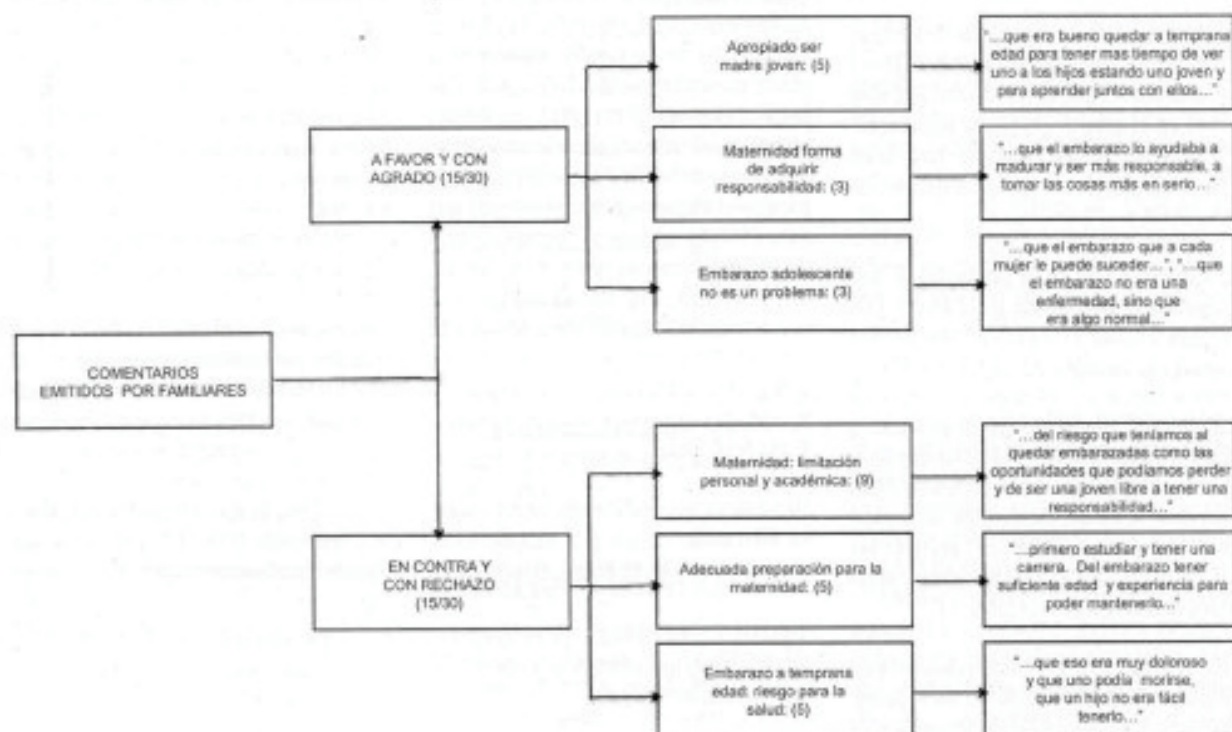
Con respecto al número de compañeros sexuales que tuvieron antes del embarazo, 71% (27) refirió haber tenido 1 compañero sexual; 24% (9) dos compañeros sexuales y 5% (2) tres compañeros sexuales.

Según el uso de métodos anticonceptivos se observó que 45% (17) usó uno o más métodos anticonceptivos y 55% (21) no

Tabla 1 : características demográficas y sociales que antecedieron el embarazo en adolescentes que asistieron a consulta en dos instituciones de primer nivel de atención en salud Popayán

VARIABLE	INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
EDAD	Adolescencia Tardía	21	55
	Adolescencia Media	16	42
	Adolescencia Temprana	1	3
ESCOLARIDAD	Secundaria	28	74
	Primaria	7	18
	Universitaria	2	5
	Sin Estudio	1	3
DESERCIÓN ESCOLAR	No	20	53
	Si	17	45
	Sin Información	1	2
ESCOLARIDAD Y DESERCIÓN	Secundaria	10	27
	Primaria	7	19
ESCOLARIDAD Y NO DESERCIÓN	Secundaria	18	49
	Universitaria	2	5
HACINAMIENTO	Si	26	68
	No	12	32
ESTRATO	1	26	68
	2	12	32
ESTADO CIVIL	Soltera	31	82
	Unión Libre	5	16
	Casada	1	2
	Estudiante	22	58
OCUPACION	Empleada	8	21
	Ama de Casa	4	11
	Independiente	3	8
	No estudia	1	2
PROCEDENCIA	Urbana	30	79
	Rural	8	21

Figura.1. Mapa conceptual según tipo de comentarios sobre maternidad, que recibieron antes del embarazo las adolescentes que asistieron a consulta en dos instituciones de primer nivel de atención en salud. Popayán 2006



usó. La mayor frecuencia de uso, la tiene el condón (13), seguida de la píldora anticonceptiva (5), el ritmo (5), la inyección (2), los espermicidas (1) y coito interrumpido (1).

Para comprender la dinámica que subyace al no uso de la anticoncepción en este grupo etario, se preguntó acerca de los argumentos que las adolescentes tenían para no usarlos y sus respuestas fueron agrupadas en cuatro categorías así: desconocimiento del uso de los métodos, irresponsabilidad, descuido, deseo de ser madre. Figura. 2.

Entre las características psicológicas se encontró que: 61% (23) tenían relaciones armónicas con la familia y el 39% (15) tenía conflictos familiares, destacándose en ellas, los conflictos con hermanos y tíos. 74% (28) manifestaron tener buenas relaciones con la pareja, 13% (5) consideró que había mucha pasión en ellos, 10% (4) la relación era distan-

te y 3% (1) manifestó que era posesiva. De la relación con los padres se observó que 76% (29/38) dialogaban con los padres y 24% (9/38) comentó que en su familia no había diálogo. 60% (23/29) informó que dialogaban sobre temas personales (Familiares, académicos, económicos), 8% (3/29) hablaban de temas culturales (deporte y cultura general), 5% (2/29) dialogaban tanto de temas personales como culturales pero no tocaban los temas familiares y 3% (1/29) reportó que solamente hablaban de temas culturales.

De acuerdo con la funcionalidad familiar, 50% (19) de las familias presentaba disfuncionalidad, 45% (17) función familiar estable y 5% (2) disfuncionalidad severa. Entre las personas que las adolescentes consideran sus modelos de identificación, la madre (12) fue el principal modelo de inspiración, seguida de hermano (a) (6), profesor (6), padre (2) y otros (4). Hubo (8) adolescentes que

refirieron no tener una persona modelo de identificación.

El grupo 63% (24) se caracterizaban por sentirse felices, 16% (6) se sentían solas, 8% (3) comparten el mismo porcentaje y se encontraban preocupadas y tristes y 5% (2) se sentían maltratadas. 66% (25) de las adolescentes evaluaron su autoestima como elevada y 34% (13) moderada. Como complemento de la valoración de autoestima, aparece el proyecto de vida; en el grupo 37% (14) de las adolescentes encuestadas tenían planeado un proyecto de vida basado en estudiar y trabajar, seguido de 34% (13) con un pensamiento de vida más amplio; estudiar, trabajar, casarse y tener hijos, 16% (6) estudiar, 10% (4) trabajar y 3% (1) estudiar y tener hijos pero sin casarse.

El inicio de la actividad sexual de las adolescentes, estuvo motivado por sentimientos de amor 79% (30), curiosidad 10% (4), contradecir a los padres 5% (2),

Figura. 2. Mapa conceptual de razones de no uso de métodos anticonceptivos antes del embarazo. Adolescentes que asistieron a consulta en dos instituciones de primer nivel de atención en salud. Popayán 2006.

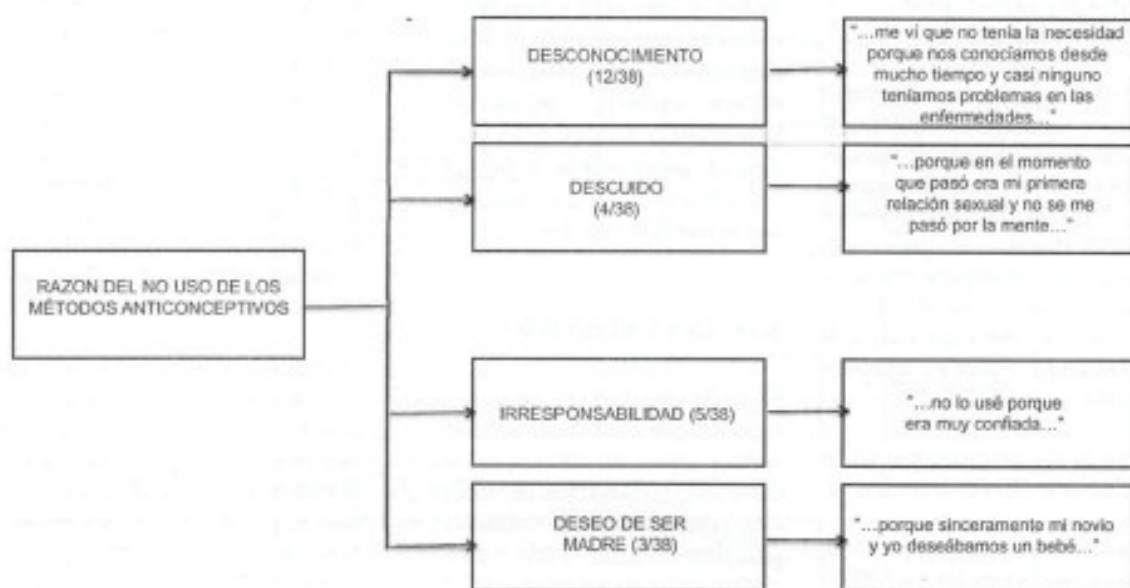
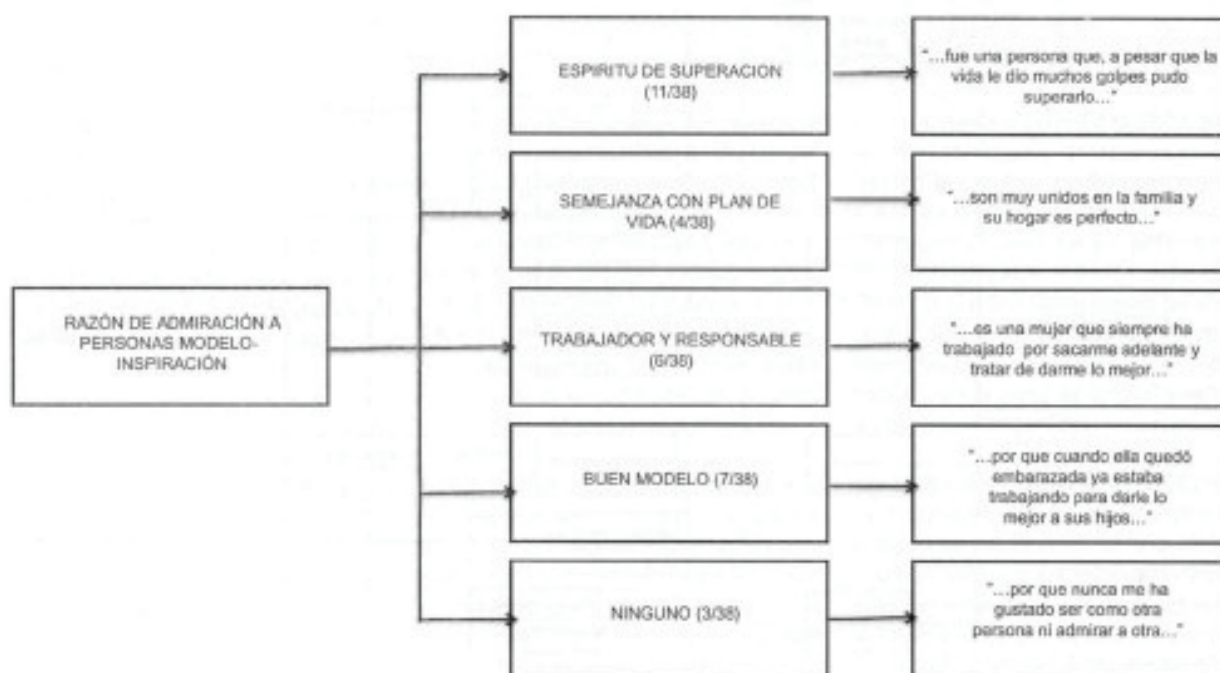


Figura. 3 Mapa conceptual de las razones para escoger una persona como modelo de identificación. Adolescentes que asistieron a consulta en dos instituciones de primer nivel de atención en salud. Popayán 2006.



obtener una pareja y haber sido forzada comparten el mismo porcentaje 3% (1). El 63% (24) no planeó el embarazo, 37% (14) manifestó deseo de tener un hijo.

71% (27) refirió tener como antecedente un patrón generacional repetitivo de madre adolescente en algún miembro de su familia (madres, primas, hermanas y abuela), 29% (11) no tuvo este antecedente. 79% (30) afirmó tener alguna amiga de la comunidad o colegio que fueron madres adolescentes, 21% (8) no lo presentó. La figura 4 muestra una síntesis de la caracterización psicológica que las adolescentes tenían como antecedentes

Las creencias que predominaron en las adolescentes antes del embarazo, fueron:

El deseo de tener un hijo (10): "pensamos que es muy bonito traer un hijo al

mundo porque tenemos el apoyo de nuestras familias", Conductas de Descuido (7): "que antes me cuidaba pero como tres veces que no me cuida fue que quede en embarazo", Sentimientos como el Enamoramiento (7): "pues que yo estaba enamorada del papá de mi bebé y no medí las consecuencias" y Soledad (3): "me sentía a veces sola y sentía la necesidad de hacerlo". Figura 5.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Las adolescentes en este grupo se caracterizaron por estar en la adolescencia tardía y media, ser solteras, con secundaria como nivel máximo de escolaridad alcanzado, estrato uno, estudiantes y de procedencia urbana. Perfil sociodemográfico similar al presentado por la ENDS

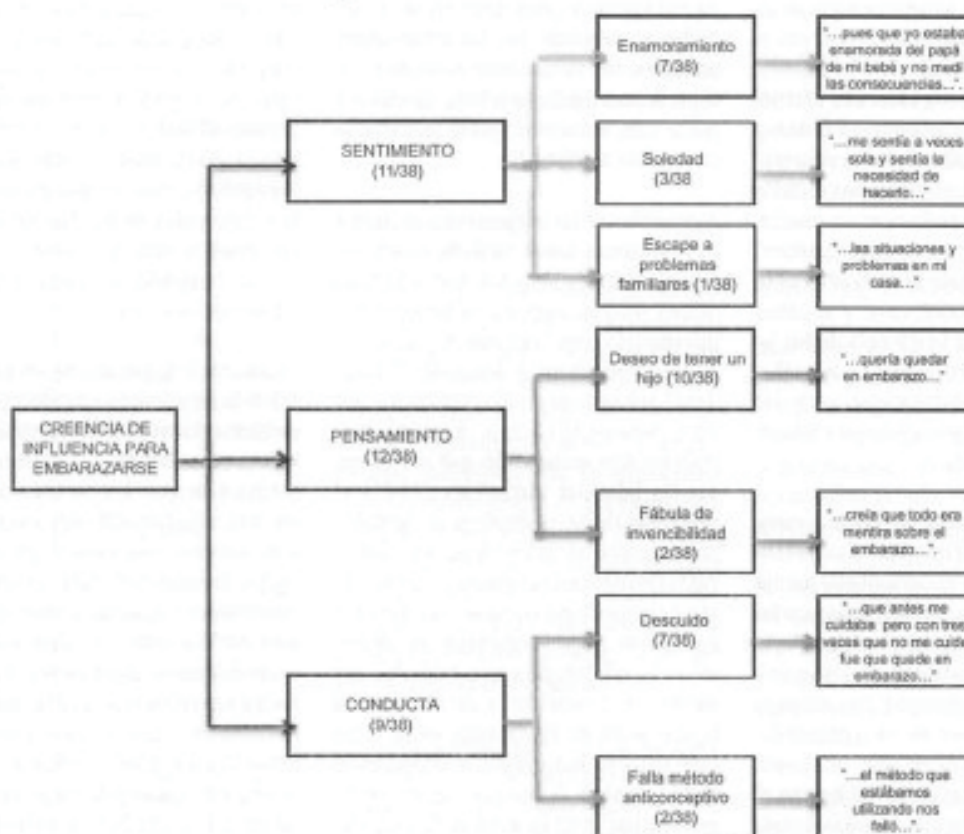
2010, en el cual se reporta que el evento está más relacionado con la pobreza y es más prevalente en zonas rurales. Sin embargo en la actualidad, este suceso se ha empezado a presentar indistintamente del lugar de residencia, probablemente por el crecimiento de las ciudades a causa del desplazamiento y su correspondiente conflicto de pobreza; pero reafirmando la presencia de ésta, como antecedente de un embarazo a temprana edad, cuando no hay oportunidades educativas, ni laborales para esta población (16,17).

La pobreza genera un círculo vicioso, no solo como antecedente para la consecución de un embarazo a temprana edad, sino como consecuencia del mismo. Se considera que los embarazos no planeados, además de tener repercusiones psicológicas, tienen gran repercusión social, porque aumentan el índice de

Figura 4. Síntesis de características Psicológicas como antecedentes. Adolescentes que asistieron a consulta en dos instituciones de primer nivel de atención en salud. Popayán 2006.



Figura 5. Mapa conceptual de las creencias que podían influenciar para embarazarse. Adolescentes que asistieron a consulta en dos instituciones de primer nivel de atención en salud. Popayán 2006.



pobreza y se disminuye la capacidad productiva (18, 4, 9,10).

La baja escolaridad que anteriormente era mencionada como factor de riesgo, en la dinámica del grupo, actualmente ha cambiado, se ha logrado la secundaria como máximo nivel de escolaridad alcanzado y está acorde con el ciclo vital, además podría indicar que al menos se está asegurando un conocimiento; pero en este evento, al mismo tiempo, se generan inquietudes específicamente relacionadas con la clase de formación que se está dando en el área (6, 12,14, 24, 26). La presencia de menarca temprana (promedio 12 años) y el correspondiente desarrollo biológico alcanzado en estas etapas, es reportado también por otros autores como factor de riesgo para embarazarse, ellos sustentan que

los cambios hormonales y físicos dan una imagen de mujer madura; hecho que podría facilitar el inicio de una vida sexual activa y generar un aumento de las relaciones sexuales que aunado al sentimiento de invulnerabilidad y omnipotencia, pueden predisponer la práctica de conductas de riesgo como las relaciones sexuales sin protección desencadenando un embarazo no planeado y el riesgo de infecciones de transmisión sexual (8).

Con relación a las características sociales que primaban en el grupo, se destaca la no presencia de deserción escolar casi paralela a la deserción, en un porcentaje no despreciable (45%), ésta es dada principalmente por el factor económico y reafirma la relación fuerte existente entre factor económico y estudio, negándose un derecho al que todo ser

humano puede acceder (4, 9, 10,19, 20). Al respecto, algunos autores sugieren que en las madres adolescentes existe como antecedente, una historia de bajo rendimiento académico que termina en deserción escolar, sobre todo en las madres más jóvenes. Entre menos estudio, menor será la posibilidad de adquirir conocimiento y herramientas de educación para la salud en general y salud sexual reproductiva (21).

Los adolescentes proceden de familia nuclear incompleta y cuyo tiempo libre lo compartían con el novio en actividades sociales, paseos y ver televisión. Situación que coincide con los reportes estadísticos de otros investigadores, tal vez la vivencia de tener un solo progenitor pueda generar sentimientos de soledad. Los adolescentes generalmente se sienten

solos y bajo la presión de sus coetáneos, aunado a las inquietudes que se generan con su desarrollo hormonal; razón por la cual posiblemente busque refugio en su pareja o en sus amigos (21).

La mayoría de investigadores en el tema coinciden en que la asistencia a fiestas y salidas son facilitadores de la ocurrencia de la actividad sexual y por ende la posibilidad de un embarazo no planeado. Por otro lado, otros investigadores sugieren que mediante actividades de desarrollo físico, intelectual y artístico se puede canalizar la energía de los jóvenes, con el fin de disminuir la probabilidad de iniciar las relaciones sexuales tempranamente y por ende un embarazo no deseado (20).

El inicio de la actividad sexual del grupo, está dado por el amor y la curiosidad, su premisa es que el conocimiento mutuo entre la pareja es razón suficiente para no cuidarse, pues no hay riesgo: "...me vi que no tenía la necesidad porque nos conocíamos desde mucho tiempo y casi ninguno teníamos problemas en las enfermedades...", "...porque dicen que ocasionan enfermedades con el pasar del tiempo..." ; situación que relaciona el inicio de una actividad sexual temprana cuando aún no poseen consciencia sobre la responsabilidad que implica decidir tener relaciones sexuales, sin exponerse a factores de riesgo no solo para el embarazo, infecciones de transmisión sexual, sino también para la consecución de una relación de pareja afectiva estable que facilite el desarrollo emocional del sujeto (21).

Con relación a la educación sexual, recibieron principalmente comentarios a favor de la maternidad por parte del profesor y de la madre, también hubo comentarios en contra: que implicaba una limitante personal - académica y un riesgo para la salud, como por ejemplo "me habló del riesgo que teníamos al quedar embarazadas, así como las oportunidades que podíamos perder y de ser una joven libre a tener una responsabilidad...", manifestaciones que coinciden con las de adolescentes de

muchas familias de Colombia, en donde la información respecto al autocuidado para mantener una salud sexual y reproductiva es limitada y poco clara. Frente a este hecho es probable que los adolescentes asuman estos comentarios como diálogos superficiales o poco asertivos, agresivos y sobre todo represivos, por lo tanto hacen caso omiso de ellos (22).

A pesar de que las adolescentes encuestadas refirieron haber recibido educación sexual, llama la atención que el 55% no utilizó ningún método anticonceptivo, informando como razones de no uso: "...el desconocimiento y descuido...". Estos datos son cercanos a los reportados por otros autores (22 - 25). Algunos especialistas han comentado que son diversas las falencias atribuibles (22-25) al problema de no utilización de métodos anticonceptivos, entre ellos: los adolescentes no tienen la sensatez para utilizarlos, la mayoría no cuentan con recursos necesarios para adquirirlos, es infructuosa la información que imparten las entidades (educativas y de salud) para la educación de los jóvenes, es un tema tabú entre padres e hijos, la información dada por parte de amigos o pares es limitada, hay poca formación escolar, etc. (23,24,26-28)

Si bien es cierto los adolescentes (23,24; 26,28) tienen información sobre los anticonceptivos, parece ser que ésta no es suficiente y con algunos errores conceptuales. Como se puede evidenciar en las siguientes frases "...tomaba una pastilla antes y después de tener la relación...", "...se colocaba el condón cuando se calculaba que iba a eyacular. Cuando se terminaba el acto sexual...", "... me ponía la inyección cada vez cuando se me quitaba el periodo..." Lo anterior podría evidenciar que pese a que hay programas y política en educación sexual, ésta aún no evidencia el impacto que se espera.

El problema no es brindar información, los medios masivos de comunicación están saturados de ella, hace falta fortalecer la educación en toma de decisiones, basa-

das en el amor propio y no solamente en el impulso, una formación que eduque e inculque la construcción de pareja basada en el amor, no solamente en el eros y fundamentando habilidades para la vida¹¹. Abordar esta temática no como amenazante, sino como un elemento más que le permita al adolescente, disfrutar una relación de pareja sana, resaltando la autovaloración, con una pedagogía que facilite la comprensión de los diferentes miedos que viven dentro de su etapa y no como la crítica negativa que juzga el comportamiento de esta edad (27,28).

La presencia del embarazo en adolescentes de bajos recursos económicos, la falta de conocimiento sobre anticoncepción y la impetuosidad del adolescente pueden ser factores que limitan la conservación de una salud sexual reproductiva. Además si se tiene en cuenta que para este grupo de estudio el embarazo en adolescentes no es visto como riesgo, sino como un modelo a seguir, tal como se refleja en los comentarios emitidos por el grupo "... fue una persona que, a pesar que la vida le dio muchos golpes pudo superarlo...". Situación que puede sustentar, también la tendencia a seguir comportamientos familiares de madresolterismo (28).

Al respecto, las adolescentes de esta investigación consideraron como principal persona modelo de inspiración, a la madre, motivado por el constante espíritu de superación, dicho así: "...porque logró terminar sus estudios y ahora ya está ejerciendo su profesión...", "...fue una persona que, a pesar que la vida le dio muchos golpes pudo superarlo...". Seguido por el buen ejemplo representado por ellas: "...por los buenos ejemplos que me dio...", "...por que cuando ella quedó embarazada ya estaba trabajando para darle lo mejor a sus hijos...". Valor de la responsabilidad y trabajo, mencionados así: "...es una mujer que siempre ha trabajado por sacarme adelante y tratar de darme lo mejor...", "... es trabajador responsable y no se deja apagar por los obstáculos...", la literatura sustenta que parte del desarrollo del adolescente se

cumple a través de modelos que le facilitan la identificación para la construcción de su identidad y dentro de ellos, la madre juega un papel muy importante, algunos autores reportan que las hijas cuyas madres tuvieron su primer embarazo en la adolescencia, tienen el doble de posibilidades de ser madres adolescentes también (11,20,26). El modelo de patrón generacional repetitivo aún no se ha intervenido, para que las adolescentes piensen diferente e ir bloqueando ese modelo repetitivo.

Psicológicamente el grupo cuenta con apoyo emocional, dado que tanto sus relaciones familiares como las que tenían con la pareja, eran consideradas armónicas, eran mujeres con buena autoestima, se sentían felices y no tenían un proyecto de vida claro. Condiciones que podrían dar la imagen de un equilibrio emocional, sin embargo se observa como la maternidad se ve como algo usual. El embarazo se empieza a perfilar como un mecanismo de constructo social de identificación de rol femenino, hecho que no se puede considerar como un evento normativo. Es realmente un problema porque, tanto niñas como niños se están desarrollando a un ritmo inesperado, su capacidad de procreación aproximadamente es de cuatro o cinco años antes de que alcancen el desarrollo emocional (11).

La falta de metas profesionales puede ser otro de los factores que predisponen la presencia del embarazo en las adolescentes y posiblemente ellas, encuentran en la nupcialidad y en la maternidad su principal fuente de realización personal. La explicación de estas decisiones puede radicar en el hecho de que las adolescentes probablemente no vieron viable cumplir un plan de vida por la falta de recursos o los pobres vínculos afectivos con su familia, estas situaciones desestabilizaron aún más su proyecto, optando por conductas de riesgo que conllevaron a un embarazo no planeado (18).

Lo anterior, hace pensar en la importancia de educar sobre la construcción

del proyecto de vida e incluir en dicha orientación la maternidad y paternidad como proyecto de vida, haciendo énfasis en que la decisión debe ser tomada en pareja y reforzando los valores, compromisos y responsabilidades que se presentan paralelamente en la construcción de la paternidad (31).

CONCLUSIONES

De acuerdo a las características biosociosociales que antecedieron el embarazo en el grupo trabajado, entre los factores que predisponen, se destaca la poca importancia dada a la educación en salud sexual y reproductiva desde la familia, colegio, entidades, etc. Es importante proporcionar espacios de reflexión, controversia y discusión donde desarrollen habilidades para la vida hacia el ejercicio de una sexualidad libre y responsable, con una perspectiva desde los sentimientos del adolescente y no desde la mirada moralista y crítica del adulto.

Se observa inadecuado uso de métodos anticonceptivos, aún a pesar de que los medios de comunicación inundan de información sobre el tema. Esta situación corrobora la necesidad de un soporte de formación en conceptos claros sobre el desarrollo biológico relacionado con la concepción, los efectos colaterales de los diferentes métodos de anticoncepción, pero especialmente se hace necesario fundamentar una educación basada en valores, autoestima, toma de decisiones y especialmente la constitución de pareja basada en el amor. Esta formación permitirá aportar al desarrollo emocional de los adolescentes.

Es probable que exista una fuerte influencia del patrón generacional repetitivo de embarazo a temprana edad, como una fuente de adquisición de experiencia. Las adolescentes encuentran la conformación de la identidad adoptando roles adultos, por lo cual crean una falsa identidad que sumado a la probable falta de acompañamiento de padres, opten

por el matrimonio y embarazos como forma de construir su rol femenino.

En los adolescentes no hay una clara conciencia de las responsabilidades que implica el tomar la decisión de tener un hijo en una edad en la que no hay independencia económica ni madurez psicológica para brindar al nuevo ser, el apoyo y la formación requeridas.

RECOMENDACIONES

- 1- Se debe promover en los adolescentes: promoción de la salud, comportamientos de autoestima, respeto, libertad, voluntad responsable, igualdad, integridad y autocuidado; valores que facilitarán al adolescente la toma de decisión respecto al manejo de sus emociones, conformación de una pareja y con mayor razón la consecución de un hijo, circunscrito en un proyecto de vida que contribuya a la construcción de identidad del adolescente, al fomento de una salud sexual reproductiva y al desarrollo integral del ser humano.
- 2- Se sugiere realizar el seguimiento, apoyo y refuerzo de conductas saludables respecto a la sexualidad en los jóvenes de las instituciones educativas,
- 3- Fortalecer mediante una política institucional hábitos de vida saludable incluyendo en el pensum académico además de la cátedra, actividades que promuevan la práctica de una sexualidad segura y responsable.
- 4- Promover un mayor compromiso social de los entes gubernamentales, instituciones de salud, centros comunitarios, centros juveniles, escuelas e iglesia, en la transformación de los comportamientos individuales de los adolescentes que permitan a los ciudadanos tener los conocimientos, la capacidad y el poder suficiente para garantizar cambios del entorno para una vida sana, con acceso equitativo a los servicios de salud a través de la participación y el empoderamiento social.

5- Incluir a la familia en programas educativos no sólo con enfoque en salud sexual y reproductiva sino también en el desarrollo de habilidades para la vida, mediante capacitaciones grupales y metodologías dinámicas que promuevan la buena comunicación y el diálogo, donde se fomente el desarrollo de la asertividad.

6- Es conveniente disminuir los costos de los anticonceptivos y hacerlos más accesibles a los adolescentes, pero la administración de dichos métodos, debe estar a cargo de personas con un amplio conocimiento sobre el tema y además debe tener una visión integral del concepto sexualidad, para que este trabajo no se limite solamente a la entrega o aplicación del método, sino que forme en Salud Sexual Reproductiva. La formación de la sexualidad es una responsabilidad que todo ser humano debe estar en capacidad de asumir, con una visión integral de la sexualidad que fundamente los valores como persona, el respeto por las vivencias propias y las de las otras personas, con bases científicas y sobre todo sin olvidar los referentes culturales.

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital Nivel I Toribio Maya y Centro Universitario en Salud Alfonso López, Al grupo de madres adolescentes que participaron en el trabajo. A los Departamentos de Medicina Social y Salud Familiar y de Enfermería de la Universidad del Cauca. A la Mag. Carmen Daza quien brindó su asesoría metodológica en la elaboración del artículo. A los jurados evaluadores, quienes con sus aportes permitieron mejorar y enriquecer la presentación del mismo.

REFERENCIAS

1- Naciones Unidas en Colombia, Mortalidad Materna en Colombia: Un Grave Problema de Salud Pública disponible en Mensajes y discursos.

- Disponible en fecha de acceso 17 de julio 2011 <http://www.nacionesunidas.org.co>
- 2- Schalk Quintanar Ana Elena. Identidad, Adolescencia y Pensamiento Crítico. *Sinectica* 1 1994 Julio-Diciembre fecha de acceso 17 de julio 2011 ; disponible en: <http://portal.iteso.mx/portal/page/portal/Sinectica/Historico>
- 3- Florenzano R. Desarrollo psicosocial. Citado por: Urdaneta Janet, Molina Luis y Gonzalo Xiomara en Desarrollo Psicológico y Social del Adolescente. Archivos venezolanos de puericultura y pediatría. Vol. 65. Nov 2002.
- 4- B Miller, Benson B and Galbraith K. Family relationships and adolescents in pregnancy risk: A research synthesis. *Developmental review*. 2001. Pág. 293. Citado por: Santrock, J. Adolescencia. Psicología del desarrollo. Novena edición. Mc Graw Hill. España. 2004
- 5- Insabella G. Negotiation of autonomy and relatedness with families: Its influence on adolescent sexual behavior, April. 1999. Citado por: Flórez CE, Vargas E, Henao J, González C, Soto V, et al. Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia, tendencias y determinantes. Un enfoque de historia de vida. Santa Fe de Bogotá: Universidad de Los Andes (Documento CEDE 2004-31).
- 6- Miller B, Benson, B and Galbraith K. Family relationships and adolescents in pregnancy risk: A research synthesis. *Developmental review*. 2001. Pág. 293. Citado por: Santrock, J. Adolescencia. Psicología del desarrollo. Nª ed. Mc Graw Hill. España. 2004
- 7- Males M. School age pregnancy: why hasn't prevention worked?. *Journal of school health*. 1993. fecha de acceso Agosto 2010. Disponible en www.highbeam.com/doc/1G1-14983077.html
- 8- Dulanto Enrique. El Adolescente. Asociación Mexicana de Pediatría. México D.F, 2000: 259 p.
- 9- Andino Nieves. "Salud y Estilos de Vida Saludables de los y las Jóvenes y Adolescentes". UNFPA/OPS. México. 2000.
- 10- Flórez Carmen. Factores Socioeconómicos y Contextuales que Determinan la Actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana Salud Pública*. Vol.18. Washington. 2005: 2 p. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892005001000002>
- 11- Flórez Carmen y Soto Victoria Eugenia. Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe. Conferencia en Reunión de Expertos Sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe. 14 y 15 de Noviembre de 2006, Santiago Chile.
- 12- Loza Cristina Ibeth, Embarazo en la adolescencia, Felicidad o terror? Monografía disponible en <http://www.monografias.com/trabajos15/adolescencia.crisis>.
- 13- Camacho Yalile, Villanueva Maicol , Marrugo Alons, Yazo Claudia, Mortalidad materna un reto que persiste para la salud pública en Colombia, *Revista Salud Pública* volumen 1 N 1 Julio diciembre 2010
- 14- Aristizábal V Emma Gloria, Comité Municipal Morbilidad Materna Extrema, Cali Noviembre 2010. En Seminario de actualización mortalidad materna, Popayán Julio 2011.
- 15- Encuesta Nacional en Demografía y Salud. ENDS. Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Resumen de prensa 2010 pag 19-22. <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/documentos/Profamilia-Informe-Prensa-2010.pdf>
- 16- Encuesta Nacional en Demografía y Salud. ENDS. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Resumen de prensa 2005 pag 33. <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/documentos/Profamilia-Informe-Prensa-2005.pdf>
- 17- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Indicadores de mortalidad. Dirección de Censos y Demografía. Estadísticas vitales. Registro de nacimientos y defunciones

- del año 2001. Disponible en: www.banrep.gov.co/economia/Poblacion/Proyecciones_poblacion.pdf
- 18- Ministerio de Protección Social. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Avances y retos. Colombia. Diciembre de 2005.
 - 19- Acuña Alonso et al. Enciclopedia del sexo y de la educación sexual. Tomo 1. Zamora Editores Ltda. Colombia. 1996: 160 p.
 - 20- Guzman y otros. Diagnóstico sobre la salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe, citado por Flórez Carmen Eliza y Soto Victoria Eugenia. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia. Notas de publicación N° 83. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2006, Conferencia presentada en reunión de expertos sobre población y pobreza para América Latina y el Caribe, Nov 14 y 15 de 2006 Santiago de Chile. Fecha de acceso junio 2011. Disponible en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/30029/lcg2340-P2.pdf>
 - 21- Flórez Carmen Eliza y Soto Victoria Eugenia. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia. Notas de publicación N° 83. CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2006, Conferencia presentada en reunión de expertos sobre población y pobreza para América Latina y el Caribe, Nov 14 y 15 de 2006 Santiago de Chile. Fecha de acceso junio 2011. Disponible en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/30029/lcg2340-P2.pdf>
 - 22- Wilcox B et al. Teen nor marital child bearing and welfare: The gap between research and political discourse journal of social. 1996: 22 p.
 - 23- Pulido de Lalinde Socorro, Escobar Saldarriaga Isabel, Escobar Vélez María Eugenia, Proyecto Educativo "Maternidad-Paternidad como proyecto de vida de los adolescentes".(artículo), disponible en : <http://tone.udea.edu.co/revista/sep98/proyecto>.
 - 24- Ordoñez M. Adolescentes: Sexualidad y comportamientos de riesgo para la salud. Bogotá, Colombia. Citado por: Vargas Elvia y Barrera Fernando. Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. Universidad de los Andes. Revista Colombiana de psicología. No. 11. Bogotá. 2002: 122 p.
 - 25- Díaz Angélica, Sugg Carolina y Valenzuela Matías. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. Revista Sogía. Vol. 11(3). Chile. 2004: 81 p.
 - 26- Canaval Gladys Eugenia, Cerquera Gloria Inés y Hurtado Nubia. Salud de los Adolescentes y Regulación de la Fecundidad. Investigación y Educación en Enfermería, Vol. 24. N° 1. Colombia, Medellín, Marzo 2006
 - 27- Poo F Ana María, Baeza W Bernardita, Capel P, Llano M, Tuma D, Zúñiga D. Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal, Revista Sogía. Vol. 12(1). Chile. 2005: 20 p.
 - 28- Gage A. Sexual activite and contraceptive use: the components of the decision making process. Citado por: Arias Liliana y Ceballos Janeth. No solo el amor te salva. Universidad del Valle. Fundación W.K. KELLOGG y Centro colaborador. Feriva S.A. Cali. 2003: 98 p.
 - 29- Cueva Arana Victoria, Olvera Guerra Jesús Fernando Chumacera López Rosa María. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. Revista Médica. Vol. 43 (3). México. 2005: 270 p.
 - 30- Carrillo Abelardo. Mortalidad Materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. Revista Ciencias de la Salud. Vol. 5(2). Bogotá. 2007: 75 p.
 - 31- Wilcox B et al. Teen nor marital child bearing and welfare: The gap between research and political discourse journal of social. 1996: 22 p.