



Cómo citar el artículo

Ariza Riaño, N. E.; Valderrama Sanabria, M. L. & Ospina Díaz, J. M. (2014). Caracterización del embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá, Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 42, 154-163. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/501/1037>

Caracterización del embarazo adolescente en dos ciudades de Boyacá, Colombia¹

Characterizing Teenage Pregnancy in Two municipalities of Boyacá, Colombia, 2012

Caractérisation de la grossesse adolescent dans deux villes du département de Boyacá, Colombie, 2012

¹. Artículo resultado del proyecto: "Factores de riesgo de embarazo identificables en adolescentes hospitalizadas en los servicios de Ginecología y obstetricia de los Hospitales San Rafael de Tunja y Regional de Duitama desde Agosto de 2011 hasta mayo de 2012". Grupo de investigación en Salud Pública GISP-UPTC Tunja, investigación inscrita en la línea en Salud sexual y reproductiva. Inició en agosto de 2011 y terminó en junio de 2012. Financiada con recursos propios del grupo GISP.

Nelly Esperanza Ariza Riaño

Enfermera Especialista en Enfermería Materno Perinatal
Docente Escuela de Enfermería UPTC Tunja, Boyacá
Investigadora Grupo de Salud Pública GISP - UPTC
nearjuan@yahoo.com

Mery Luz Valderrama Sanabria

RN Magíster en Enfermería
Docente Escuela de Enfermería UPTC Tunja, Boyacá
Investigadora Grupo de Salud Pública GISP - UPTC
meryluzesp@yahoo.es

Juan Manuel Ospina Díaz

Médico Cirujano MSc. Epidemiología
Docente Titular Escuela de Medicina UPTC Tunja, Boyacá
Investigador Grupo de Salud Pública GISP - UPTC
Juan.ospina@uptc.edu.co

Tipo de artículo:	Investigación e innovación
Recibido:	09 de septiembre de 2013
Evaluated:	29 de abril de 2014
Aprobado:	12 de mayo de 2014

Resumen

Objetivo. Explorar los factores que podrían estar ligados con la ocurrencia del embarazo adolescente en dos áreas urbanas del departamento de Boyacá. Materiales y Métodos. Estudio observacional, de corte transversal analítico. A 62 adolescentes gestantes, asistentes a hospitales de tercer nivel en Tunja y Duitama, se les aplicó mediante entrevista semiestructurada, un instrumento previamente diseñado y probado para explorar factores socioculturales relacionados con su embarazo. Resultados. Media de edad 18 años; 24,00% menores de 17 años; media de escolaridad 9,6 años; 51,60% sin bachillerato completo; edad promedio de las parejas 22,7 años (rango 17-43); 58,00% manifiesta tener pareja estable; edad promedio de inicio de la vida sexual 15,9 años; 12,90% inició su sexualidad con 14 años o menos; para 25,80% este era su segundo embarazo; 8,50% con antecedente de al menos un aborto; 32,30% clasifica como embarazos francamente no deseados; se registra un muy bajo nivel de conocimiento y por ende, de utilización de métodos de planificación familiar. Conclusiones. Se encuentran como principales factores relacionados con el embarazo adolescente la pobreza, bajo nivel de escolaridad, inicio temprano de la actividad sexual y escasa o nula información sobre factores relacionados con la sexualidad; se recomienda el diseño y aplicación de estrate-

gias de intervención educativa atractivas y costo eficaces para ser aplicadas en las instituciones educativas a fin de mejorar la capacidad de los adolescentes para el abordaje responsable de la sexualidad.

Palabras clave

Adolescencia, Embarazo, Educación, Salud sexual y reproductiva.

Abstract

The objective of this article is to explore some factors that may be related to teenage pregnancy in two urban areas at the department of Boyacá, Colombia. This article is based on an observational, cross-sectional analytic study, applied by semi-structured interview, and using a previously-designed-and-tested questionnaire to 62 pregnant teenagers, attending tertiary hospitals in Tunja and Duitama at Boyacá, Colombia. The test explored sociocultural factors related to teen pregnancy. The results show a mean age of 18 years old, 24% were less than 17 years old; average time of schooling was 9.6 years; 51.6% with unfinished high school studies; the mean age of the couples was 22.7 years (with a range between 17 and 43), 58% reported having a stable couple; the mean age of sexual initiation was 15.9 years, 12.9%

began their sexuality having 14 years old or less, 25.8% were in her second pregnancy, 8.5% had a record of at least one abortion; 32.3% classified as unwanted pregnancies, We found an extremely low level of knowledge and therefore a low use of family planning methods. We conclude that the main factors related to teenage pregnancy were poverty, low educational level, and early sexual initiation with lack of information about factors related to sexuality. It is recommended the design and implementation of attractive and cost-effective educational intervening strategies to be applied in educational institutions in order to improve the ability of adolescents for a responsible approach of sexuality.

Keywords

Adolescence, Teenage pregnancy, Education, Sexual and reproductive health.

Résumé

L'objectif est d'explorer des facteurs qui pourraient être liés à la grossesse des adolescents dans deux zones urbaines du département de Boyacá, Colombie. Cet article se base sur une étude de type transversal analytique et observationnel avec 62 adolescents gestants, dans hôpitaux de troisième niveau dans les villes de Tunja et la municipalité de Duitama, qui ont réalisé une interview

préalablement conçu et essayé pour explorer des facteurs socioculturels liés à leur grossesse. Les résultats montrent un âge moyen de 18 ans ; 24% sont mineurs de 17 ans ; moyenne de scolarité de 9,6 ans ; 51,6% n'ont fini pas le cycle d'enseignement secondaire ; âge moyen des couples 22,7 ans (rang 17-43) ; 58% des adolescents a un couple stable ; l'âge moyen de début à la vie sexuelle est 15,9 ans ; 12,9% a débuté sa sexualité en avant 14 ans ou moins ; pour 25,8% c'est le deuxième grossesse ; 8,5% a eu au moins un avortement ; 32,3% se classent comme grossesses non désirés ; on enregistre un niveau très bas de connaissance et par conséquent d'utilisation de méthodes de planification familiale. En guise de conclusion on dit qu'on a trouvé comme les principaux facteurs liés à la grossesse adolescent la pauvreté, le bas niveau de scolarité, le début précoce à l'activité sexuelle et le faible ou nul information par rapport aux facteurs liés à la sexualité ; on recommande la conception et application de stratégies d'intervention éducative qui soient attractives et coût-efficaces pour être appliqués dans les institutions éducatives afin d'améliorer la capacité des adolescents pour aborder de façon responsable la sexualité.

Mots-clés

Adolescence, grossesse, éducation, santé sexuelle et reproductive.

Introducción

La población adolescente, definida en el nivel internacional como el grupo de personas que tienen entre 10 y 19 años, ha evolucionado hasta convertirse en un grupo numérica y socialmente importante; en la actualidad los adolescentes constituyen más o menos el 25,00% de la población total de los países de América Latina y el Caribe, y constituyen un reto permanente para las políticas públicas en salud sexual y reproductiva (Departamento Nacional de Planeación, 2010).

El embarazo adolescente constituye un problema prioritario para el sector de la Salud Pública, por ocurrir en jovencitas que carecen de la adecuada preparación física, emocional, económica y social para abordar con éxito la responsabilidad que de este hecho se deriva, además, el embarazo precoz es, desde la perspectiva biomédica, factor predisponente para la ocurrencia de parto pretérmino, lo cual puede incrementar significativamente la morbilidad y mortalidad para la gestante y el recién nacido (Maddaleno, Morello, & Infante, 2003). Más del 10,00% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes (Álvarez, 2004). En Colombia, cada año cerca de 400 mil jóvenes entre los 15 y 19 años se encuentran embarazadas o ya son madres. Así mismo, se estima que los abortos en esas mismas edades bordean los 300 mil al año (PROFAMILIA, 2010). Esta situación, más que un problema médico abarca también el ámbito de las dificultades en lo social, dado que en comunidades pobres y vulnerables, las jóvenes se exponen a condiciones adversas: complicaciones del estado de salud, rechazo, abandono, discriminación familiar y social, hambre y malnutrición (Stern, 1997).

Como quiera que el fenómeno del embarazo adolescente se presenta con mayor frecuencia en los sectores sociales menos favorecidos, las niñas y jóvenes gestantes registran estado nutricional inadecuado, lo que aumenta el riesgo de eclampsia, parto pre término, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, prematuridad. Por otra parte, se ha reportado en adolescentes gestantes: anemia (52,40%), Hipertensión arterial (9,00%), diabetes mellitus (19,00%), déficit proteico (62,90%), déficit de hierro (76,90%), condiciones que llevan a alertar a los médicos sobre los riesgos incrementados en los casos de embarazo adolescente (Quintero, Muñoz, Álvarez, & Medina, 2010).

En el plano personal se han identificado algunos factores de riesgo que suelen ocurrir en las adolescentes pobres y que podrían favorecer el embarazo precoz: abandono escolar, dificultad para planear proyectos de vida a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima, falta de aptitud preventiva, menarquía precoz, conducta antisocial y bajo nivel educativo; dentro de los rasgos familiares pueden ser importantes la familia disfuncional (tensión, crisis y conflicto familiar), pérdida de un familiar cercano, madre con antecedente de embarazo adolescente, hermana adolescente embarazada, padre ausente y vínculo más estrecho, pero ambivalente, con la madre. En el plano social y económico se han descrito otros factores: condición económica crítica, migración forzada o reciente, trabajo no calificado, residencia en área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre la sexualidad, mensajes contradictorios respecto a la sexualidad en el seno familiar, en el círculo social o a través de los medios masivos de comunicación); finalmente, un factor altamente determinante es el machismo integrado como valor cultural (Acevedo, Gómez, Arbelo & Rodríguez, 2010).

Un apreciable número de casos de embarazo adolescente pueden ser atribuidos a la violencia sexual y los abusos bajo diferentes denominaciones que pueden incluir: Actos sexuales abusivos, acceso carnal violento, coito forzado y, en general, en el caso colombiano, las relaciones sexuales de hombres adultos con mujeres menores de 14 años. En la mayoría de los casos la presión o influencia ejercida sobre las menores tiene carácter psicológico y evidentemente engañoso. En este tema se incluye también el abuso físico psicológico, denominado maltrato infanto-juvenil. Los informes policiales y forenses de Chile, Honduras, Nicaragua y Ecuador, aseguran que, entre el 59,00 y 69,00% de las violaciones y entre el 43,00 y 93,00% de los abusos sexuales, ocurren en menores de 20 años (Issler, 2001).

Las modificaciones en el perfil de morbilidad derivadas de las complicaciones del embarazo adolescente, aunque son posibles, reclaman de la disponibilidad amplia de recursos humanos muy bien capacitados y de recursos físicos y financieros no siempre accesibles para los estratos bajos (Schlenker, Dresang, Ndiaye & Buckingham, 2012), especialmente de las poblaciones colombianas; en consecuencia, el análisis de los determinantes biológicos, ambientales y culturales del embarazo adolescente podrían ofrecer estrategias alternativas en el campo del fomento de estilos de vida saludables y de la prevención, que podrían ser más eficaces y costo efectivas. Por esta razón, este estudio se ha propuesto explorar los factores que podrían estar ligados con la ocurrencia del embarazo adolescente en dos áreas urbanas del departamento de Boyacá.

Materiales y métodos

Se diseñó un estudio observacional, de corte transversal analítico. Se definió como población a las mujeres gestantes con edades entre 12 y 20 años, asistentes a los programas de control prenatal de los servicios de obstetricia en los Hospitales Regional de Duitama y San Rafael de Tunja, durante el período comprendido entre octubre de 2011 y mayo de 2012. El tamaño de muestra se estimó en 57 mujeres acorde con un total estimado de 400 adolescentes, asumiendo una proporción esperada de 10,00% y una diferencia de hasta 7,50%, con nivel de significancia 0,05. Mediante muestreo aleatorio secuencial por conveniencia, se aplicó a un total de 62 pacientes, un instrumento tipo encuesta, previamente elaborado y sometido a prueba piloto por los responsables del proyecto. La aplicación se adelantó en los servicios de obstetricia de los hospital San Rafael de Tunja y

Regional de Duitama; con el registro de los datos capturados posteriormente se ensambló una base de datos en el programa estadístico Epi-Info 2002®.

Por tratarse de una investigación de bajo riesgo, acorde a los criterios de la resolución 8430/93, expedida por el Ministerio de Salud, se consideró necesario obtener consentimiento informado, el cual fue signado por todas las personas participantes o sus tutores según el caso; el equipo de investigación se comprometió a garantizarla integridad de la cadena de custodia de la información, así como los principios de confidencialidad y beneficencia. El protocolo de estudio fue sometido a aprobación por parte de un Comité de Bioética en investigación institucional.

El análisis estadístico incluyó un componente descriptivo que registró la frecuencia de eventos y proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza al 95,00% para las variables categóricas; además se estimaron los promedios, desviación estándar y rango para las variables continuas. Cuando se consideró conveniente adelantar comparaciones entre grupos, se utilizaron pruebas de hipótesis tipo Chi Cuadrado para variables discretas y t de Student en las continuas, en estos casos se consideraron estadísticamente significativos valores p inferiores a 0,05.

Resultados

Caracterización de la muestra. El rango de edad estuvo entre los 13 y los 20 años, con media de 18.06 años (SD=1,89); 24,19% de las pacientes (n=15) tenía 16 años o menos, 22,58% (n=14) entre 17 y 18 años, mientras que la mayoría, es decir, 53,23% (n=33) tenía entre 19 y 20 años. 14,51% de las jóvenes gestantes aún no había cumplido los 16 años.

48,40% de las jóvenes había terminado la educación secundaria y 40,32% había cursado al menos un año de secundaria, mientras que 11,30% tenía apenas terminada la primaria o menos; en conjunto, la media de escolaridad fue de 9,16 años (SD=2,54). La distribución por nivel de escolaridad se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de las madres gestantes según nivel de escolaridad. Boyacá 2012. Fuente: Base de datos

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA INCOMPLETA	4	6,45%
PRIMARIA COMPLETA	3	4,84%
BACHILLERATO INCOMPLETO	25	40,32%
BACHILLERATO COMPLETO	26	41,94%
UNIVERSIDAD SIN TÍTULO	2	3,23%
TECNÓLOGA	2	3,23%
Total	62	100,00%

58,00% (n=36) de las encuestadas manifiesta que convive con una pareja estable, la mayoría en condición de unión libre; 42,30% de las que no tienen pareja son estudiantes, y otro tanto se dedican a los oficios de la casa, mientras que 9,67% no tiene una ocupación definida. De manera global se encuentra que 59,68% de estas jóvenes ya se ocupa de las labores domésticas asumiendo el rol de amas de casa; la segunda ocupación más frecuentemente registrada es la de estudiante (24,20%). La relación entre la existencia de pareja estable y ocupación se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Relación entre la ocupación y la existencia de una pareja estable. Gestantes adolescentes Boyacá. 2012. Fuente: Base de datos

Pareja estable	en la casa	estudiante	ninguna	empleada	comerciante	total
sí	26	4	3	2	1	36
no	11	11	3	1	0	26
total	37	15	6	3	1	62

Respecto de los aspectos biológicos se tiene que la menarquia se presentó en promedio a los 13,01 años (SD=1,67), con rango entre los 10 y los 18 años; la distribución de esta variable es aproximadamente normal, dado que coinciden los valores de la media, mediana y moda.

La edad media de inicio de las relaciones sexuales fue 15,90 años (SD=1,85), con mediana 16 y moda 15. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por el lugar de residencia (urbano o rural). En este análisis, se encuentra que 12,90% (n=8) de las niñas tuvo su primera relación sexual antes de cumplir, o apenas cumplidos los 14 años, lo que podría configurar un patrón de abuso sexual, sobre todo si se tiene en cuenta que la edad promedio de las parejas es 22,70 años (SD=4,73), con rango comprendido entre los 17 y los 43 años, con apenas 4,80% de ellos menores de 18 años; de hecho, de las 15 jóvenes que tuvieron su primera relación sexual con 14 años o menos, en 14 casos, la edad de las parejas corresponde a hombres mayores de 18 años, incluso hay 2 parejas en este grupo que registran más de 35 años de edad. También es importante anotar que 45,00% de estas jóvenes (n=28) tuvo su primera relación sexual antes de cumplir 16 años. La relación entre las edades de menarquia e inicio de las relaciones sexuales se ilustra en la Figura 1.

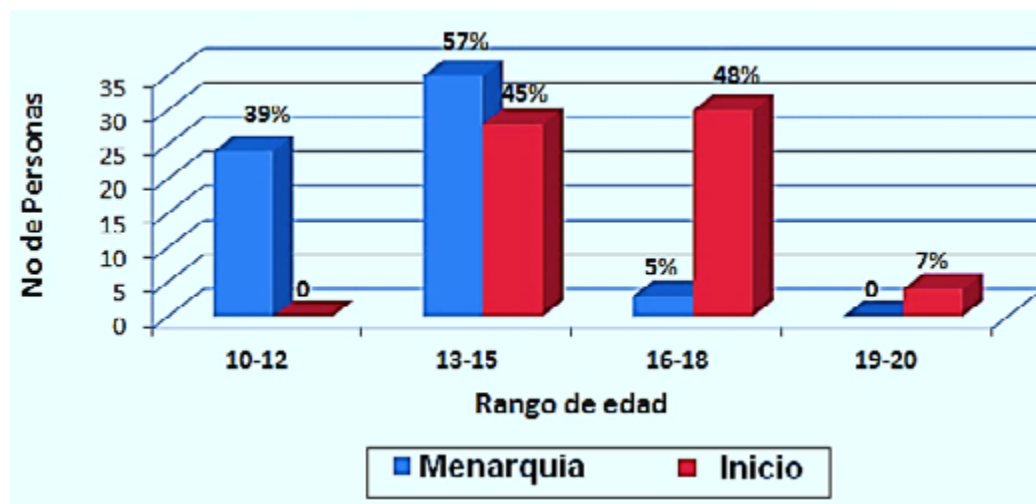


Figura 1. Menarquia versus Inicio primera relación sexual. Adolescentes gestantes Boyacá 2012

Es importante además, considerar la edad a la que ocurrió la primera gestación, en relación con la edad de inicio de la vida sexual: 35,50% (n=22), de las adolescentes quedaron embarazadas a la misma edad en que iniciaron sus relaciones sexuales; más de la mitad, es decir, 53,60% (n=15) de ellas con quince años de edad o menos. La correlación entre las edades de inicio de la vida sexual y la primera gestación se registra en la Figura 2.

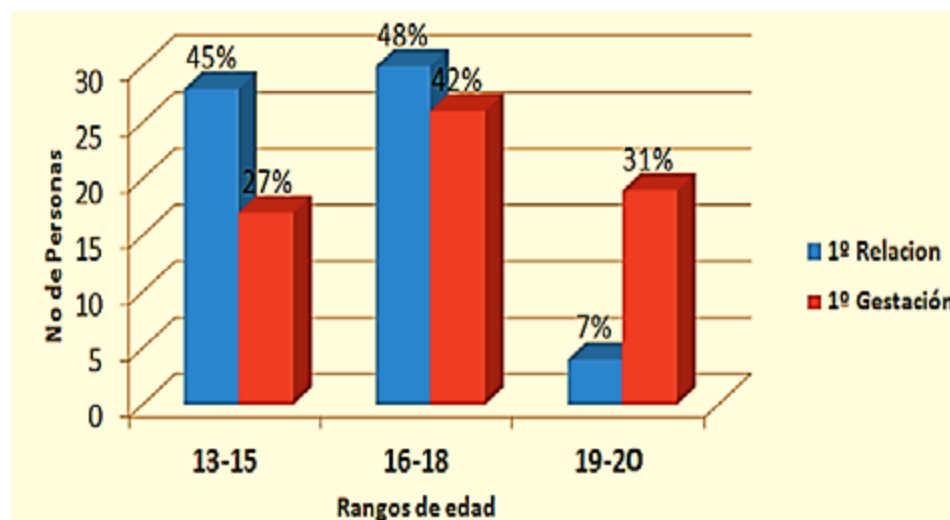


Figura 2. Correlación entre las edades de inicio de la vida sexual y la primera gestación. Adolescentes Boyacá 2012

En 8,00% (n=5) de las jóvenes encuestadas se reportó la ocurrencia de abortos previos a la gestación actual; 3 de estos fueron definidos como espontáneos, 1 provocado y 1 sin información. 25,80% (n=16), de las gestantes manifiesta haber tenido al menos un embarazo previo al presente.

Conocimientos y empleo de métodos de planificación familiar (MPF). La evaluación sobre el conocimiento de los diferentes métodos de planificación familiar resultó ser bastante modesta, pues el preservativo es el MPF sobre el que las adolescentes manifiestan tener mayor conocimiento, en contraste con el nivel de conocimientos que se tiene sobre otros MPF naturales, químicos o de barrera; el conocimiento declarado sobre MPF se relaciona en la Figura 3.

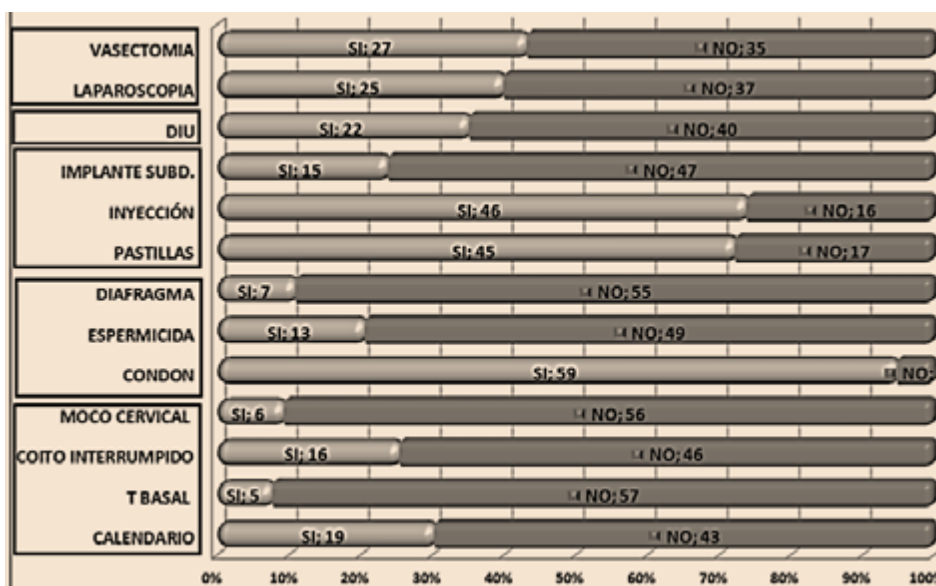


Figura 3. Conocimiento declarado sobre Métodos de Planificación Familiar. Adolescentes Gestantes. Boyacá 2012. Fuente: base de datos

En lo que tiene que ver con el empleo de métodos de planificación familiar, antes de la gestación actual, 40,00% (n=25), no los empleaba; 29,00% (N=18) utilizaba preservativos; 22,60 (n=14) utilizaba métodos hormonales. 21,00% refirió haber recibido orientación sobre MPF de las amigas y la familia, 37% en instituciones de salud, 16,3% de la pareja, 24,00% no recibió ningún tipo de orientación; además 50,00% (n=31) refirió no haber recibido ningún tipo de orientación sobre la sexualidad en el seno de la familia.

Caracterización de las gestaciones. 66,00% (n=41) de las adolescentes convive con el padre del fruto de la concepción. En lo que tiene que ver con la motivación, se encontró que 32,25% (n=20), de los embarazos fueron previstos, planificados o intencionalmente buscados, tanto por el conjunto de la pareja como por presión de uno de los integrantes. 32,30% (n=20), de los casos pueden catalogarse como embarazos francamente no deseados, y debidos a fallos del MPF o violencia; el resto pueden catalogarse como gestaciones no planificadas.

Discusión

Las características más sobresalientes en los casos de embarazo adolescente analizados se resumen en el inicio temprano de las relaciones sexuales, el bajo nivel de escolaridad, el muy escaso conocimiento y motivación hacia el empleo de métodos de planificación familiar, y la probabilidad de una prevalencia oculta de violencia y abuso sexual en jovencitas menores de edad.

El fenómeno del embarazo adolescente no es singular. Se estima que en el mundo, alrededor de 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años dan a luz cada año, la gran mayoría en países en vía de desarrollo; evaluaciones adelantadas en más de 50 países entre 1990 y 2000, revelan que cerca de 16,00% de las adolescentes son madres alrededor de los 16 años (Christiansen, Gibbs & Chandra-Mouly, 2013).

En relación con el bajo nivel de escolaridad como factor de riesgo para la ocurrencia del embarazo adolescente, se ha encontrado además, que una mayor capacidad lectora incide favorablemente en la prevención de la gestación a edades tempranas; lamentablemente, también se ha encontrado en las jovencitas una creciente tendencia a preferir los medios masivos de comunicación como principal fuente de información (redes sociales, radio y televisión), mismos que a su vez de han reportado como un factor de riesgo para la ocurrencia del embarazo adolescente dada la ambigüedad de los mensajes difundidos respecto de la sexualidad, que muestran el erotismo como una práctica de alto valor social, que presumiblemente proporciona reconocimiento y con escaso nivel de riesgo (Romaní & Vílchez, 2008). De lo que se desprende la necesidad de diseñar instrumentos de capacitación en el nivel escolar que resulten atractivos y permitan una fácil apropiación de conocimientos entre los niños y adolescentes, a la vez que permitan adoptar estilos de vida en los que el riesgo se disminuya, tales como los que se están intentando implementar entre adolescentes pobres en África (Madeni, Shigeko & Mariko, 2011).

Para algunas de estas jovencitas, los embarazos no solamente son deseados, sino incluso planificados, mientras que para otras la gestación es consecuencia de presiones familiares o de la pareja, desconocimiento sobre MPF o imposibilidad de acceder a ellos. En ambos casos es importante anotar que desde la perspectiva médica, el embarazo adolescente puede acompañarse de significativos riesgos para el estado de salud de las madres y sus bebés (Patton, y otros, 2009). Evidencia significativa a este respecto la constituye un estudio adelantado en México, en donde las jóvenes adolescentes, pese a que 12,00% no conocían los métodos anticonceptivos, 70,00% dijeron no haber planeado el embarazo y que 21,30% tuvieron complicaciones, un apreciable porcentaje, el 16,10% dijeron tener un significado negativo de la palabra amor, 20,00% para sexo, y 20,60% para embarazo. Las que planearon el embarazo (30,00%) lo hicieron con el propósito de tener un bebé, lo que parece indicar que este concepto se desarrolla a muy temprana edad en las niñas (Trejo, Torres & Temahuaya, 2012).

Diversos estudios han demostrado que el embarazo en adolescentes registra mayores tasas en los estratos poblacionales de menores recursos, y generalmente en jovencitas con bajo nivel educativo, por lo que en los resultados de la presente evaluación se encuentra concordancia con estas apreciaciones (Ferraro, 2013) (Acosta & Cárdenas, 2012). Se ha sugerido además un espectro definido de antecedentes que se pueden asociar con el embarazo adolescente tales como integración social desventajosa, traducida en exclusión social, madre que también ha tenido gestación en la adolescencia, comportamientos agresivos y conductas antisociales en la

infancia también se han encontrado ligados, familia monoparental, disfuncional y/o conflictiva (Gaudie, Mitrou, Lawrence, Stanley, Silburn & Zubrick, 2010).

Desde la perspectiva cultural, se encuentran en diversas latitudes, altas tasas de matrimonio en niñas y jóvenes adolescentes que son privadas de esta manera de sus potenciales expectativas de educación y desarrollo, así como expuestas a abusos, explotación e incluso tortura expresada a través de la violencia intrafamiliar. Se debe tener en cuenta además, que las jóvenes menores de 16 años no cuentan con elementos de experiencia y educación para decidir racionalmente sobre la conveniencia de enlaces maritales precoces, y podrían exponerse a riesgos de salud muy marcados, ya que las adolescentes menores de 15 años tienen 5 veces más probabilidades de morir durante el embarazo y el parto en comparación con las mujeres mayores de 20 años (Amaran, 2012).

Un aspecto significativo en el análisis de resultados se refiere al muy bajo nivel de conocimiento sobre los riesgos derivados del comportamiento sexual, particularmente en lo relacionado con la aplicación de los diferentes métodos de planificación familiar, lo que caracteriza a este como el más significativo factor de riesgo relacionado con la probabilidad de ocurrencia de una gestación no deseada, habida cuenta de las características psicológicas de la adolescencia temprana: habilidades cognitivas aumentadas, insuficiente control de impulsos, búsqueda de independencia, conflictividad con los padres elevada, inclinación a identificarse con los valores del grupo, exagerada confianza en una inexistente invulnerabilidad, que le lleva a incurrir frecuentemente en conductas de riesgo; al adolescente le preocupan los cambios corporales acaecidos durante la pubertad, y se empeña en optimizar su apariencia física, en busca de una imagen corporal atractiva. Los impulsos sexuales son más elevados, lo que hace imperativo y predominante el deseo de establecer contactos físicos con objetos sexuales, lo que lleva a que la conducta sexual aparezca como una aventura y posibilidad exploratoria. La madurez biológica y fisiológica se adquiere antes que la psicosocial, por lo que la mayoría de jóvenes no ha madurado o desarrollado sus capacidades y habilidades para afrontar situaciones adversas, lo que unido a la baja percepción del riesgo, puede tener graves repercusiones en su salud física y psicológica (Palenzuela-Sánchez, 2006).

Finalmente es importante anotar que el embarazo adolescente ha sido reconocido en algunos estudios de Salud Pública como predictor de complicaciones de salud, causa de morbilidad a temprana edad como bajo peso al nacer y prematuridad, preeclampsia, enfermedades infecciosas, cáncer, malnutrición; también de familia monoparental y/o disfuncional, consumo de sustancias psicoactivas, pobreza y exclusión social (Panduro, Jiménez, Pérez, Panduro, Peraza & Quezada, 2012).

Conclusiones

Se encuentra que los principales factores relacionados con el embarazo adolescente son la pobreza, el inicio temprano de actividad sexual, bajo nivel de escolaridad, escasa o nula información sobre factores relacionados con la sexualidad. Se evidencia la necesidad imperativa de diseñar estrategias de intervención educativa costo-efectivas, atractivas y eficaces para ser aplicadas en los colegios a fin de favorecer la preparación de los y las jóvenes para el abordaje responsable de su sexualidad.

Conflicto de Intereses: Ninguno.

Agradecimientos. Los autores hacen expresa manifestación de reconocimiento a las directivas y funcionarios de los servicios de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales San Rafael de Tunja y Regional de Duitama por su valiosa colaboración en el desarrollo de la presente investigación. Agradecemos profundamente a los estudiantes que participaron como auxiliares de investigación y a las jóvenes madres y sus familiares por la paciencia y compromiso para colaborar con la recolección de la información.

Referencias

- Acevedo, M., Gómez, D., Arbelo, D. & Rodríguez, I. (2010). Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el hogar materno infantil "Támara Bunke". *MEDISAN*, 14(7), 976-81.
- Acosta, M. & Cárdenas, V. (2012). El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 50(4), 371-74.
- Álvarez, C. (2004). *Embarazo en la adolescencia. La sexualidad hacia una consecuencia reflectiva*. La Habana, Cuba: Divulgación Científico popular. Editora Política.
- A Moran, O. (2012). *A comparative analysis of predictors of teenage pregnancy and its prevention in a rural town in western Nigeria*. Recuperado el 05 de 09 de 2013, de International journal for equity in health; 11:37: <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/37>
- Christiansen, C., Gibbs, S. & Chandra-Mouly, V. (2013). *Preventing early pregnancy and Pregnancy-related mortality and morbidity in adolescents in developing countries: The place of interventions in the pregnancy period*. Recuperado el 29 de 08 de 2013, de Journal of pregnancy: Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/jp/2013/257546/>
- Departamento Nacional de Planeación. (2010). *DNP*. Recuperado el 02 de 09 de 2013, de <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Programas/Educaci%C3%B3nyculturasaludempleoyopobreza/Pol%C3%ADticasSocialesTransversales/ObjetivosdeDesarrollodelMilenio/tabid/340/Default.aspx>
- Ferraro, A., Cunha, V., Pires, A., Moura, A., Faria, C., Souza de Ribeiro, A. y otros. (2013). *Childbearing in adolescence: intergenerational déjà-Vu? Evidence from a brazilian birth cohort*. Recuperado el 05 de 09 de 2013, de BMC Pregnancy and childbirth; 13: 149: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/149>
- Gaudie, J., Mitrou, F., Lawrence, D., Stanley, F., Silburn, S. & Zubrick, S. (2010). *Antecedents of teenage pregnancy from a 14-year follow-up study using data linkage*. Recuperado el 02 de 09 de 2013, de BMC Public Health; 10:63: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/63>
- Issler, J. (2001). *Embarazo en la adolescencia*. Recuperado el 24 de 08 de 2013, de Revista de Posgrado de la Cátedra VI a Medicina N° 107 pp 11-23: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html?iframe=true&width=95%&height=95%
- Maddaleno, M., Morello, P. & Infante, E. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45(S1), 32-39.
- Madeni, F., Shigeko, H. & Mariko, L. (2011). *Evaluation of a reproductive health awareness program for adolescence in urban Tanzania – a quasi-experimental pretest-post-test research*. Recuperado el 07 de 09 de 2013, de Reproductive Health; 8:21: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/8/1/21>
- Palenzuela-Sánchez, A. (2006). Intereses, conducta sexual y comportamientos de riesgo para la salud sexual de escolares adolescentes participantes en un programa de educación sexual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(144), 451-95.
- Panduro, J., Jiménez, P., Pérez, J., Panduro, E., Peraza, D. & Quezada, N. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecol Obstet Mex*, 80(11), 694-704.
- Patton, G., Coffey, C., Sawyer, S., Viner, R., Haller, D., Bose K. y otros. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *The lancet*, 374(9693), 881-892.
- PROFAMILIA. (2010). *Encuesta Nacional de Salud 2010 (ENDS 2010)*. (PROFAMILIA, Ed.) Recuperado el 24 de 08 de 2013, de Profamilia: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=9
- Quintero, R., Muñoz, M., Álvarez, L. & Medina, G. (2010). Estado nutricional y seguridad alimentaria en gestantes adolescentes. Pereira, Colombia, 2009. *Investigación y educación en enfermería*, 28(2), 204-13.
- Romani, S. & Vílchez, C. (2008). *Embarazo, hábitos de lectura y consumo de radio y televisión en adolescentes peruanas: explorando relaciones de asociación*. Recuperado el 02 de 09 de 2013, de ACIMED; 17 (4): <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v17n4/aci08408.pdf>
- Schlenker, T., Dresang, L., Ndiaye, M. & Buckingham, W. (2012). The effect of prenatal support on birth outcomes in an urban Midwestern county. *MWJ*, 111(6), 267-73.
- Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública de México*, 39(2), 137-143.