

**FACTORES QUE LLEVAN AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES
DESPLAZADAS RESIDENTES EN PASTO EN EL PERIODO 2009 – 2011**

**CHARFUELAN TOBAR RICARDO JAVIER
CISNEROS QUIÑONES JOHNNY ALEXANDER
FAINBAUM BAZANTE DANIEL JHON
GARCIA PASICHANA BAYRON DAVID**

**FUNDACION UNIVERISTARIA SAN MARTIN
PROGRAMA DE MEDICINA – SEDE PASTO
EPIDEMIOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO
2012**

**FACTORES QUE LLEVAN AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES
DESPLAZADAS RESIDENTES EN PASTO EN EL PERIODO 2009 – 2011**

**CHARFUELAN TOBAR RICARDO JAVIER
CISNEROS QUIÑONES JOHNNY ALEXANDER
FAINBAUM BAZANTE DANIEL JHON
GARCIA PASICHANA BAYRON DAVID**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Médico
General**

**Asesor metodológico: Julie Benavides
BSc. MSc Epidemiología clínica**

**FUNDACION UNIVERISTARIA SAN MARTIN
PROGRAMA DE MEDICINA – SEDE PASTO
EPIDEMIOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO
2012**

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

La Fundación Universitaria San Martín, por creer en la comunidad nariñense como personas capaces de servirle a la comunidad a través de su Programa de Medicina

A todas y cada una de las adolescentes desplazadas, que han quedado embarazadas, fuente de esta investigación

A todos los docentes de la Facultad de Medicina, por impartir sus conocimientos con objetividad

A los asesores científicos de esta investigación, quienes dedicaron su tiempo de una manera desinteresada

DEDICATORIA

A mis padres, porque creyeron en mí, porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, admiro su fortaleza y lo que han hecho de mí.

CHARFUELAN TOBAR RICARDO JAVIER

A mi madre por enseñarme a ser la persona que soy y a quien le admiro su fortaleza de carácter a pesar de todos los problemas a los que se ha enfrentado en su vida, siempre saliendo victoriosa. Dedico esta tesis a mi padre por permitirme llevar a cabo todos mis sueños e impulsarme para lograrlos. A mi hermana por apoyo constante y a mi familia por sus siempre consejos valiosos.

CISNEROS QUIÑONES JOHNNY ALEXANDER

A Dios por brindarme la oportunidad de la vida, al brindarme los medios necesarios para continuar mi formación. A mi padre que ya partió a la presencia del Altísimo, quien permanentemente me apoyo con su espíritu alentador, contribuyendo incondicionalmente a lograr mis metas y objetivos propuestos y que al brindarme con su ejemplo a ser perseverante y darme la fuerza que me impulsó a conseguirlo. A mi familia, principalmente a mi madre y hermanos que me acompañaron a lo largo del camino, brindándome la fuerza necesaria para continuar.

FAINBAUM BAZANTE DANIEL JHON

Con todo mi amor y cariño a ti Dios, que me diste la oportunidad de vivir, de tener un hogar, unos padres amorosos y unas hermanas comprensivas. A mis padres, que me dieron la vida y siempre han estado conmigo en las buenas y en las malas, por darme una educación integral llena de valores, una carrera para mi futuro y creer en mí, por brindarme todo su amor. A mis hermanas por apoyarme en todo momento. A mis amigos por su comprensión. A mis docentes por su confianza y su excelente formación. Gracias porque solo nunca hubiera llegado hasta aquí, gracias por todos los momentos que ayudaron a mi formación, agradezco con el alma que hayan llegado a mi vida, los recordare con cariño.

GARCIA PASICHANA BAYRON DAVID

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

San Juan de Pasto, Mayo de 2012

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	16
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	18
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	18
1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
2. JUSTIFICACION	20
3. MARCO REFERENCIAL	21
3.1 MARCO TEÓRICO	21
3.1.1 Adolescencia	21
3.1.1.1 Adolescencia Temprana (10 a 13 años)	21
3.1.1.2 Adolescencia media (14 a 16 años)	21
3.1.1.3 Adolescencia tardía (17 a 19 años)	22
3.1.2 Embarazo en la adolescencia	22
3.1.2.1 Antecedentes	22
3.1.2.2 Historia	24
3.1.2.3 Incidencia y prevalencia	25
3.1.3 Salud sexual y reproductiva en adolescentes	27
3.1.3.1 Definiciones	27
3.1.4 Factores de riesgo que predisponen al embarazo	38
3.1.4.1 Factores individuales	38
3.1.4.2 Biológicos.	38

3.1.4.3 Factores psicosociales	38
3.1.4.4 Factores sociales	39
3.1.4.5 Factores familiares	40
3.1.4.6 Factor educativo	42
3.1.4.7 Factor migratorio	42
3.1.4.8 Factor toxico	43
3.1.4.9 Factor Socioeconómico	43
3.2 MARCO LEGAL	43
4. OBJETIVOS	47
4.1 OBJETIVO GENERAL	47
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
5. METODOLOGÍA	48
5.1 DISEÑO DE ESTUDIO	48
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	48
5.2.1 Población	48
5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	48
5.3.1 Criterios de inclusión	48
5.3.2 Criterios de exclusión	48
5.4 VARIABLES	49
5.5 FUENTES DE RECOLECCION DE LA INFORMACION	52
5.5.1 Fuentes primarias	52
5.5.2 Fuentes secundarias	52
5.6 SESGOS	52

5.7 PROCEDIMIENTO	52
5.8 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	52
5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	52
6. ANALISIS DE RESULTADOS	53
7. DISCUSION	
CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Edad en años a la cual se embarazo	53
Gráfica 2. Lugar de procedencia	54
Gráfica 3. Comuna donde vive	55
Gráfica 4. Tipo de residencia	56
Gráfica 5. Nivel socioeconómico	57
Gráfica 6. Ingresos económicos	58
Gráfica 7. ¿Trabajaba en ese momento?	59
Gráfica 8. Estado civil	60
Gráfica 9. Nivel educativo	61
Gráfica 10. ¿Considera el embarazo a edad temprana normal?	62
Gráfica 11. ¿Hay antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia?	63
Gráfica 12. Edad de inicio de relaciones sexuales	64
Gráfica 13. Educación sexual	65
Gráfica 14. ¿Más de una pareja sexual antes del embarazo?	66
Gráfica 15. Métodos de planificación familiar	67
Gráfica 16. Estructura familiar	68
Gráfica 17. Malas relaciones intrafamiliares	69
Gráfica 18. Maltrato físico o emocional intrafamiliar	70
Gráfica 19. Usted fue víctima de abuso sexual (evento no aislado), asociado a maltrato intrafamiliar de la cual resulto el embarazo	71

Gráfica 20. ¿Fue presionada socialmente, ya sea familiares, amistades, publicidad, para el inicio de relaciones sexuales?	72
Gráfica 21. Hábitos tóxicos	73
Gráfica 22. ¿El embarazo surgió bajo el consumo de alguna sustancia tóxica?	74

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Edad en años a la cual se embarazo	53
Tabla 2. Lugar de procedencia	54
Tabla 3. Comuna donde vive	55
Tabla 4. Tipo de residencia	56
Tabla 5. Nivel socioeconómico	57
Tabla 6. Ingresos económicos	58
Tabla 7. ¿Trabajaba en ese momento?	59
Tabla 8. Estado civil	60
Tabla 9. Nivel educativo	61
Tabla 10. ¿Considera el embarazo a edad temprana normal?	62
Tabla 11. ¿Hay antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia?	63
Tabla 12. Edad de inicio de relaciones sexuales	64
Tabla 13. Educación sexual	65
Tabla 14. ¿Más de una pareja sexual antes del embarazo?	66
Tabla 15. Métodos de planificación familiar	67
Tabla 16. Estructura familiar	68
Tabla 17. Malas relaciones intrafamiliares	69
Tabla 18. Maltrato físico o emocional intrafamiliar	70
Tabla 19. Usted fue víctima de abuso sexual (evento no aislado), asociado a maltrato intrafamiliar de la cual resulto el embarazo	71

Tabla 20. ¿Fue presionada socialmente, ya sea familiares, amistades, publicidad, para el inicio de relaciones sexuales?	72
Tabla 21. Hábitos tóxicos	73
Tabla 22. ¿El embarazo surgió bajo el consumo de alguna sustancia tóxica?	74

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento para la recolección de la información	84
Anexo B. Artículo	87

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se realizó con el fin esclarecer los factores prevalentes que pueden incidir para que una adolescente se embarace, analizándolo dentro de una población vulnerable como lo es la desplazada ya que existe una relación fuerte con el embarazo a edad temprana. [1]. Se abarcó a la adolescente, su perfil sociodemográfico, su nivel de conocimientos sobre educación sexual, así como su conducta sexual, su influencia por parte de relaciones interpersonales y si consume o no algún tipo de sustancia tóxica; ya que el enfoque integral de esta problemática implica tener en cuenta los factores generales, particulares y singulares que inciden en esta y sus posibles interrelaciones. [2-6].

Embarazo adolescente, se define como aquel que se produce en una mujer que se encuentra entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la adolescencia a la edad comprendida entre los 10 y los 19 años, considerándose tres fases, la temprana de 10 a 12 años, la media de 13 a 16 años y la tardía de 17 a 20 años. [7]; Este rango de edad es de importancia porque es en el cual se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad.

En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, establecida por los distintos países del mundo, así como la de las mujeres adolescentes que están en situación de dependencia de la familia de origen. Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) un adolescente es aquel que se encuentra entre los 12 y 18 años de edad, siendo este límite el que divide jurídicamente a una persona adulta de la adolescencia en Colombia según el código de Infancia y Adolescencia. Ref. [8, 9]. El embarazo en la adolescencia, o en edades tempranas es un fenómeno desencadenante de diferentes problemas asociados. En lo que corresponde a la salud, las tasas más altas de mortalidad infantil pertenecen a embarazos en edades tempranas, lo cual a su vez pone en riesgo la vida de la madre adolescente debido al surgimiento de enfermedades y complicaciones, entre otros problemas relacionados. Entre los más importantes se encuentran: [10, 11].

- Del embarazo: anemia, escasa ganancia de peso materna asociada, infección urinaria (incluida la bacteriuria asintomática), infecciones vaginales, estados hipertensivos gestacionales, aborto, amenaza de parto y parto pretérmino, hemorragias asociadas con afecciones placentarias, desprendimiento prematuro de membrana normoinserta (DPMNI), rotura prematura de membranas, retardo del crecimiento intrauterino, embarazo cronológicamente prolongado y la diabetes gestacional.

- Del parto: trabajo de parto prolongado, partos operatorios (instrumentados o cesárea), desgarros del canal blando del parto y hemorragias.
- Del puerperio: endometritis, abscesos de pared, anemia, sepsis de la herida quirúrgica, sepsis de la rafia, mastitis, entre otras.
- Perinatales: se destacan el bajo peso y la depresión al nacer.

Esta información, hace caer en cuenta sobre la importancia de la educación de la sexualidad en la adolescencia y los métodos de prevención, estos deben ser motivo de preocupación de los medios de comunicación, de los adolescentes, padres y de todos los integrantes de la sociedad. [3, 12-14]. Así como de las entidades de salud, para contribuir a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo precoz, que genera un sinnúmero de problemas, algunos de ellos antes mencionados. [15, 16].

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Actualmente en el mundo hay más de 1200 millones de adolescentes. Estados Unidos ocupa el primer lugar de embarazo adolescente seguido de países Europeos a pesar de que estos últimos inician actividad sexual de manera mucho más temprana; el 56% frente al 73% respectivamente, indicando que la mayoría de estas poblaciones inicia actividad sexual de manera precoz. [17].

Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en América Latina y el Caribe hay más de 100 millones de adolescentes entre 10 y 18 años de edad, de los cuales 15 millones viven en pobreza extrema, en quienes es de tres a cinco veces más frecuente el embarazo; estos países registran un 38% de embarazos antes de los 20 años, posicionándose en el segundo lugar de embarazo adolescente a nivel mundial. El 50% de esta población mantiene una vida sexual activa, además, en América Latina y el Caribe 30 millones de adolescentes no están inscritos a una institución educativa. [18].

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Colombia cuenta con una población de aproximadamente 4.649.6518 personas, de las cuales aproximadamente el 9.9% son adolescentes que están entre los 15 y 19 años de edad, y de este porcentaje el 5% corresponde a mujeres. [19]. Llama la atención que la estimación de la fecundidad por edad, específicamente de 15 a 19 años, a nivel nacional este descendiendo progresivamente, contrario al caso del departamento de Nariño, el cual va aumentando indicando una tendencia contraria al resto del país. [20].

En Colombia, según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), en un libro llamado “Desplazamiento forzado, tierras y territorios” publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Bogotá Colombia en abril de 2011, existen más de 3.6 millones de desplazados internos a 31 de diciembre de 2010. [21]. Esta población, dadas sus condiciones, es víctima de la exclusión social relacionada con la salud, educación y empleo, que se asocian a embarazo temprano. [1].

En un estudio realizado por la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA) en el año 2005, se encontró que el 30% de las mujeres desplazadas en edades entre los 13 y 19 años han estado embarazadas al menos una vez, comparado con menos del 20% para todas las colombianas en este grupo de edad; tienen el porcentaje más bajo de acceso a atención prenatal en centros de salud; 81% de las desplazadas internas jóvenes, sexualmente activas, no usan ningún método anticonceptivo; la violencia basada en género es una

situación común en las zonas de conflicto; el 52% de las mujeres reportan maltrato físico de sus compañeros. Ref. [22-24].

1.2 FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuales son los factores prevalentes que llevan a una adolescente desplazada residente en San Juan de Pasto a embarazarse en el periodo 2009 – 2011?

2. JUSTIFICACIÓN

Se requiere conocer los factores prevalentes que están relacionados con el embarazo en las adolescentes desplazadas residentes en el municipio de Pasto en el periodo 2009 – 2011, ya que el embarazo precoz es un problema de salud pública, que en el departamento de Nariño ha venido en aumento, el cual no sólo afecta al binomio madre – hijo, sino también a su familia, sociedad, y en general en el círculo en el cual se desarrolla, dado por diferentes aspectos que de una u otra forma se relacionan al caso. La gestación a edad temprana, esta asociada a una gran morbilidad materna y perinatal, los cuales tienen gran impacto en la sociedad. [10].

Con este proyecto se busca beneficiar a adolescentes, en especial aquellas que se encuentren en una situación vulnerable como es el desplazamiento, ya que con datos más detallados sobre los factores prevalentes más importantes que llevan a un embarazo precoz, se podría realizar futuras campañas destinadas a evitar el embarazo en la adolescencia, mediante el control de los factores prevalentes obtenidos en nuestro estudio. Asociado al beneficio de las adolescentes estaría la disminución de la morbilidad materna y perinatal al prolongar la gestación a edades más adecuadas para un curso adecuado del embarazo. [10, 12, 15].

Adicionalmente se beneficiará el sistema de salud al disminuir drásticamente los costos que implica la atención de gestantes adolescentes, y de sus hijos porque presentan más complicaciones y con ello mayores costos en su atención.

En el municipio de Pasto este estudio es de mucha importancia, ya que los datos obtenidos del DANE, indican que la gestación en adolescentes en esta región del país esta aumentando; al desconocer la causa que lo origina, es necesario estudiar todos los escenarios posibles para llegar a su origen, y uno de ellos es el análisis de este tipo de población; y dadas las diversas características y vulnerabilidad que presentan, sería inapropiado equiparar los factores prevalentes que llevan al embarazo a adolescentes de poblaciones desplazadas y no desplazadas, haciendo de nuestro estudio un medio ideal para conocer detalles mas precisos de esta población y sus riesgos relacionados al embarazo. Ref.[20].

De no realizarse este estudio, quedaría sin identificar los factores prevalentes que llevan a un embarazo precoz en la población desplazada, ya que existen pocos datos referentes al tema; esto no sería bueno para las partes anteriormente citadas, dado que el enfoque de futuras campañas, basadas en los factores no prevalentes, tendrían impacto mínimo en esta población, ya que se estaría interviniendo en muchos datos triviales.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO TEORICO

3.1.1 Adolescencia.. La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población.

En 1980 en el mundo habían 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegarán a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

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

3.1.1.1 Adolescencia Temprana (10 a 13 años). Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

3.1.1.2 Adolescencia media (14 a 16 años). Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3.1.1.3 Adolescencia tardía (17 a 19 años). Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; **son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes**".

3.1.2 Embarazo en la adolescencia. Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquia, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

3.1.2.1 Antecedentes. La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de mejorarse las condiciones, ella podría descender. Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

EE.UU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los '80.

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.

En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995 y al 30,81 en 1996.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000. Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto.

En España, a partir de los años '80, se ha registrado un incremento en el uso de contraceptivos y preservativos comercializándose, en 1993, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo. En nuestro país no es esa la tendencia, con una mayoría importante que se mantiene soltera, en la que prevalece la "unión estable", aunque la incidencia del aborto en las adolescentes no ofrezca credibilidad razonable por el importante subregistro que podría llegar a un aborto registrado por otro no registrado. Ya se dijo que la proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y que la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento.

En Buenos Aires, en una encuesta realizada a una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14,9 años para varones y 15,7 años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían (religiosas, laicas, laicas de sectores populares). El 95% de los adolescentes de la encuesta manifestó tener información sobre cómo evitar el embarazo. Un 70% de los que mantenían relaciones sexuales utilizaban algún método efectivo para evitar el embarazo en la primera relación, disminuyendo ese porcentaje en las siguientes relaciones, siendo el preservativo el método más utilizado. Además, el consenso social sobre la maternidad adolescente se ha ido modificando con los años y los cambios sociales que los acompañan.

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hacen ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo

psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Cuando la adolescente se embaraza inicia un complejo proceso de toma de decisiones y, hasta decidirse por uno, aparece siempre el aborto a veces como un supuesto más teórico que real.

En 1985, en EE.UU, el aborto alcanzó el 42%; los matrimonios disminuyeron del 51% al 36%. Hoy, la tendencia es de un aumento de los abortos y disminución de matrimonios, aunque no siempre las decisiones de las adolescentes son conocidas (abortos o adopción).

En España, la cifra del 12% de abortos en general es baja pero la interrupción del embarazo en jóvenes es de las más altas. Los nacimientos en adolescentes descendieron en un 32% en los últimos 4 años, pero los embarazos sólo disminuyeron en un 18%. La diferencia entre las tasas está dada por los abortos. Salvo que el tener un hijo forme parte de un proyecto de vida de una pareja de adolescentes, el embarazo en ellos es considerado como una situación problemática por los sectores involucrados pero, si se considera al embarazo en la adolescente como un "problema", ello limita su análisis. En todo caso, esta "problematización" se aplicaría a algunas subculturas o a algunos estratos sociales, pero no a todos los embarazos en adolescentes. Además, el considerarlo un "problema", exige aplicar terapéuticas que aporten soluciones sin permitir implementar acciones preventivas adecuadas. Por ello es conveniente encuadrarlo dentro del marco de la "**salud integral del adolescente**". Esto permite abarcar todos los embarazos que ocurran a esta edad; adecuar las acciones preventivas dentro de la promoción de la salud; brindar asistencia integral a cada madre adolescente, a sus hijos y parejas y aportar elementos para el desarrollo de las potencialidades de los adolescentes.

Por todo ello, el embarazo en adolescentes necesita un abordaje integral biopsicosocial por un equipo interdisciplinario capacitado en la atención de adolescentes y en este aspecto específico de la maternidad – paternidad. Ref. [25]

3.1.2.2 Historia. El ejercicio de los derechos y la salud sexual y reproductiva está fuertemente ligado a la pobreza. El bajo acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, que es predominante en los hogares pobres y de bajo nivel educativo, resulta en altas tasas de mortalidad materna y elevadas tasas de fecundidad, dificulta el acceso de las mujeres al mercado laboral, incrementa las tasas de dependencia económica y disminuye la capacidad de estos hogares para formar capital humano a través de la educación y nutrición de los hijos, por lo que tiende a perpetuar la pobreza.

Un fenómeno que preocupa es el alto nivel de la fecundidad adolescente, que entre 1990 y 2005 pasó de 70 a 90 nacidos vivos por mil mujeres entre 15 y 19

años de edad. El porcentaje de adolescentes que han sido madres y/o han estado embarazadas aumentó de 17.4% a 20.5% entre 2000 y 2005. Este fenómeno se evidencia con mayor fuerza en el área rural, en las regiones costeras, en las poblaciones de frontera, en los departamentos del oriente del país y más recientemente en las grandes capitales (Bogotá, Medellín, Cali). Asimismo, se registran altos niveles de embarazo adolescente entre la población desplazada, las jóvenes indígenas y en la población de bajo nivel socioeconómico.

En cuanto a los índices de mortalidad materna, el Ministerio de la Protección Social estima 68 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos, nivel que no se corresponde con la cobertura institucional de atención del parto (91% de atención por personal profesional). Deficiencias en la calidad de la atención se hacen evidentes si se tiene en cuenta que del total de mortalidad materna, más del 82% ocurren alrededor de partos atendidos institucionalmente y que casi el 90% de los casos tuvieron control prenatal. Si bien el uso de métodos anticonceptivos por mujeres unidas (78%) es alto en el contexto latinoamericano, éste se ha estancado en los últimos cinco años. El uso de métodos modernos apenas se incrementó de 53% en 2000 a 56% en 2005.

Además, se evidencian altas desigualdades por región, nivel socioeconómico y nivel de educación, especialmente en cuanto al uso de métodos modernos. La población adolescente y joven se encuentra especialmente desatendida. El aborto inducido es la tercera causa de mortalidad materna en el país. Ante la nueva legislación que legalizó el aborto en tres situaciones -malformación del feto, peligro de muerte para la madre y violencia sexual- el desafío para el país es crear la capacidad para ejecutar la nueva legislación, orientándola a garantizar el acceso a servicios de aborto seguro en los casos previstos por la ley. La prevalencia de VIH/SIDA, cuya información es limitada y sujeta a un subregistro importante, ha venido aumentando en la población femenina, como también en la población joven, la cual tiene un bajo nivel de prueba y prevención. Se estima una prevalencia de infección en la población entre 15 y 49 años del 0.7%. Por otra parte, existe una baja percepción de la población respecto de su vulnerabilidad para contraer ITS.

3.1.2.3 Incidencia y prevalencia

- **Global.** Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo, según el estudio realizado por Rosen. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe. En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la

República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.

• **Nacional.** Según la OMS-OPS: “Colombia ha experimentado una mayor disminución de los nacimientos en el grupo de adolescentes, comparado con la tasa general total, y presenta la paradoja de que aunque la importancia relativa del grupo es menor (18% en 1973 y 16% en 1986), el número total de nacidos de madres adolescentes ha aumentado, porque la población adolescente es mayor. En Colombia un 68% de los egresos hospitalarios entre los 12 y 18 años de edad y el 25% de las consultas ambulatorias de las mujeres de 16 a 18 años son por causa materna”.

Estadísticas colombianas, proporcionadas por el entonces Ministerio de Salud (Minsalud), muestran que el embarazo y los eventos relacionados con él ocupan el primer lugar como causas de consulta externa, las cinco primeras causas de egresos hospitalarios y seis de las ocho primeras causas de los mismos, en la población femenina entre los 15 y los 19 años. Asimismo, es la segunda causa de egreso hospitalario en mujeres entre 10 y 14 años, lo cual manifiesta claramente la gravedad de la problemática referida.

En Colombia, según la encuesta de demografía y salud (2000), el 15% de las adolescentes ya han sido madres y el 4% están en el embarazo de su primer hijo, para un total de 19% que han estado en embarazo o ya han tenido partos, en comparación con el 17% en la encuesta de 1995, en la cual se encontró que una de cada cinco adolescentes ha estado alguna vez embarazada.

Si se toma en cuenta que, a nivel mundial, el incremento absoluto de los adolescentes entre los 10 y los 19 años será de 27% en los próximos 35 años, que el 86% del total corresponderá a países en vías de desarrollo y que la vida sexual de los adolescentes es cada vez más activa y precoz, bien puede asegurarse que el fenómeno social referido resulta altamente complicado y peligroso.

Según un reciente estudio sobre “la dinámica social”, del Centro de Investigaciones de la Universidad Externado de Colombia, entre el 10 y el 15% de los 125 millones de niños que nacen anualmente en el mundo son hijos de madres adolescentes menores de 20 años. Desde el punto de vista social, la adolescente se ve enfrentada al rechazo social, de su familia, de su círculo de amigos, de su pareja, y en el peor de los casos se tiene que ir de la casa. Su proyecto de vida se ve afectado, pues la presencia de un hijo le exige salir a trabajar y abandonar sus estudios, para empezar su papel de madre. La presión social contra la adolescente embarazada desencadena consecuencias psicológicas para ella. Con frecuencia la joven que no estaba preparada para ser madre, tiende a rechazar la idea de tener un bebé. Por esta razón, el 44,4% de las adolescentes han abortado en Colombia.

Según Tanaka y Siqueira, “el riesgo del embarazo en la adolescente es alto, y sucede en todos los niveles sociales, presentando, por otro lado, mayores riesgos en los niveles sociales de escasos recursos socioeconómicos, en los que esta carencia dificulta el acceso a las informaciones y a la asistencia adecuada”.

La situación anterior se observa en Chía, Cajicá y Cota, municipios del departamento de Cundinamarca, donde se ha venido incrementando el número de embarazos en adolescentes. Según estadísticas hospitalarias, se presentan un promedio de siete a ocho embarazos nuevos al mes en el Hospital San Antonio, de Chía, y de dos a tres en el Hospital Jorge Cavelier, del municipio de Cajicá.

Las familias de las adolescentes gestantes del presente estudio pertenecen a los estratos 1 y 2, situación esta que puede llevar a muchos riesgos y dificultar el manejo de las situaciones familiares, y específicamente la situación del embarazo en la adolescencia. La crisis económica de la mayoría de las familias y la falta de comunicación asertiva, entre otros, pueden constituir factores de riesgo familiar, que llevan a afectar tanto el desarrollo gestacional como el de la propia familia. Ref. [26].

• **Regional.** El total de la población menor de 19 años en el departamento de Nariño, es de 801.650, correspondiendo el 33% de ésta a menores gestantes. Ref. [27]

Local. Los resultados obtenidos por información enviada desde las alcaldías de 61 municipios, durante los años 2008, 2009 y 2010 la tasa de menores de 17 años de edad en estado de embarazo se mantuvo en 33%. Ref. [28]

3.1.3 Salud sexual y reproductiva en adolescentes

3.1.3.1 Definiciones

• **Salud Sexual.** La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad."

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En

efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia."

- **Salud sexual y salud reproductiva.** Es conveniente diferenciar la salud sexual, enfocada a la salud en las relaciones sexuales y la salud reproductiva enfocada a la reproducción sexual y a la procreación.

A pesar de las grandes diferencias existentes en la región en cuanto a la conceptualización y acciones referentes a esta temática, deben resaltarse las iniciativas realizadas hasta la fecha. En algunos países se han llegado a implementar servicios y programas a nivel gubernamental. No obstante, este tema aún genera conflictos por los tabúes y mitos existentes, tales como que brindar educación y atención en esta área generará libertinaje y no libertad; que aumentarán las relaciones coitales no protegidas y la precocidad sexual. Este fenómeno puede ocasionar que este tipo de programas pierdan continuidad y respaldo político.

Asimismo, existe consenso en resaltar el deber de respetar la sexualidad del ser humano y la libertad en sus opciones y decisiones. La salud sexual y la salud reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes es la persona quien decide en última instancia).

- **Definición de Salud Reproductiva de la OMS.** La Organización mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo.

La atención en salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva. También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual.

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación familiar, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el derecho de la mujer a recibir servicios adecuados de atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos y que le brinden a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

• **Embarazo adolescente.** El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. La OPS señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo".

"Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. La ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado". Ref. [29]

• **Planificación Familiar (OMS).** "Una manera de pensar y de vivir adoptada voluntariamente por individuos y parejas que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones, tomadas con sentido de responsabilidad, para promover la salud y el bienestar de la familia y, secundariamente, de la comunidad". Ref. [30]

Objetivos:

- Respetar los derechos humanos.
- Que las parejas escojan el número de hijos.
- Que escojan el momento de la concepción.
- Regular el crecimiento demográfico de la población.
- Mejorar la salud de la familia y de la comunidad.

Recomendaciones:

- Iniciar los embarazos después de los 18 años.
- Asegurar un periodo intergenésico; mínimo óptimo de dos años.
- Evitar embarazos después de los 35-38 años.
- No sobrepasar las cuatro gestaciones por mujer.
- Ofrecer la posibilidad de esterilización de las parejas.

• **Métodos Anticonceptivos.** El método anticonceptivo es la protección necesaria contra los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual al momento de tener relaciones sexuales.

Se entiende como anticoncepción los métodos y técnicas que puede emplear una pareja para mantener relaciones sexuales satisfactorias libremente, de forma que el embarazo se produzca en el momento en que ellos lo consideren oportuno. Los métodos anticonceptivos son técnicas concretas para prevenir embarazos no deseados.

El término de anticoncepción, en un sentido más estricto, significa evitar la concepción o fecundación. No obstante, desde un punto de vista práctico, estos métodos incluyen todos los procedimientos que existen para evitar la fecundación, la implantación y el crecimiento de la célula huevo. Ref. [31]

Requisitos al elegir un anticonceptivo para la planificación familiar

- a. Garantizar una protección segura contra un embarazo no deseado.
- b. Carecer de efectos secundarios peligrosos.
- c. Ser aceptable psicológicamente, teniendo en cuenta el necesario equilibrio en una relación sexual armónica.
- d. Ser reversible, porque ninguna persona renuncia con gusto de manera permanente a la posibilidad de reproducirse.
- e. Ser económico.
- f. Que se pueda utilizar fácilmente

Hoy en día se pueden encontrar gran variedad de métodos anticonceptivos en el mercado, cada uno de ellos tiene sus ventajas y sus inconvenientes, es necesario tener información antes de decantarse por uno de ellos. Los métodos anticonceptivos se agrupan en cuatro tipos: anticonceptivos de barrera, hormonales, dispositivos intrauterinos y métodos quirúrgicos.

Métodos Naturales. Son los que no se basan en ningún mecanismo físico o químico para evitar el embarazo.

De estos métodos, los únicos recomendables son los que se basan en la continencia periódica, que consiste en no realizar el coito durante los días previos y posteriores a la ovulación. Es decir, que se basan en evitar el coito vaginal durante los días de l ciclo menstrual en que se podría producir la fecundación. En cada ciclo menstrual existe un período fértil durante el cual, de realizarse un coito, podría producirse la fecundación, y un período no fértil, durante el cual la fecundación no es posible. Los óvulos solo se mantienen viables hasta 24 horas después de la ovulación, y los espermatozoides solo pueden sobrevivir hasta un máximo de 72 horas dentro del aparato genital femenino. Así, el período fértil comprende desde tres días antes de la ovulación hasta un día después de ésta, y

dura, en total, cuatro días. Por el contrario, el período no fértil se inicia un día después de la ovulación y se extiende hasta tres días antes de la siguiente ovulación, comprendiendo un total de 24 días.

Los ciclos menstruales no duran siempre 28 días, y la ovulación no se produce en todos los casos el día 14 de cada ciclo. Por ello, en la práctica, al emplear estos métodos, el período de continencia o abstinencia del coito vaginal debe extenderse a unos 6 o 7 días, para garantizar un margen mínimo de seguridad.

Estos métodos poseen la ventaja de ser naturales y resultar económicos, pero requieren un largo período de preparación y entrenamiento y una gran dosis de disciplina. Además, la abstinencia de coito vaginal durante períodos repetidos a menudo comporta trastornos emocionales. Por todo ello, su índice de fracaso es bastante elevado. Dentro de este tipo de métodos encontramos los siguientes:

Método del calendario o método de Ogino. Es el método mediante el cual se puede predecir la fecha de la ovulación teniendo en cuenta las fechas de ovulación de los ciclos precedentes. Este cálculo se realiza apuntando, durante 12 meses seguidos, la fecha del primer día de cada regla, considerándola como el primer día de ciclo menstrual. Para establecer las fechas en que se puede producir el período fértil se resta 18 al número de días que ha durado el ciclo más corto y 11 al número de días que ha durando el ciclo más largo. La primera de las cifras obtenidas es la fecha del ciclo menstrual en que debe comenzar la continencia, y la segunda, la fecha en que acaba el período de continencia.

Método de registro de la temperatura basal. Este método consiste en registrar la temperatura del cuerpo diariamente, y se basa en el hecho de que, durante la ovulación y en los días posteriores la temperatura corporal se incrementa unas décimas por encima de lo normal.

Método de Billings. Consiste en observar las características del flujo vaginal a lo largo del ciclo menstrual, y se basa en que en el momento de la ovulación el flujo vaginal es más abundante y líquido que en el resto del ciclo.

Coitus interruptus. Este método consiste en retirar el pene antes de la eyaculación, no se considera un método anticonceptivo, porque ya antes de la eyaculación se expulsa por la uretra un flujo que contiene cantidades importantes de espermatozoides.

Además, puede provocar insatisfacción sexual y frustración, porque requiere un alto grado de control por parte del hombre, y las relaciones sexuales no suelen vivirse como completas

Métodos de barrera mecánica o química. Se basan en el empleo de dispositivos y/o sustancias químicas que impiden por una u otra vía, que los espermatozoides penetren en el útero. Los más importantes son el condón o preservativo, el condón femenino, el diafragma y los espermicidas, que se pueden presentar en forma de óvulos vaginales, cremas, geles y aerosoles. Su índice de eficacia es bastante elevado, especialmente si se emplean conjuntamente los que implican una barrera física con los espermicidas.

Preservativo o condón. Es una funda de látex que se coloca sobre el pene antes de realizar el coito, impidiendo que el semen entre en contacto con el aparato genital femenino.

El preservativo posee varias ventajas como anticonceptivo. En primer lugar, es fácil de emplear, es relativamente económico y no requiere prescripción médica. Además, es un método relativamente eficaz para prevenir embarazos no deseados, especialmente si se utiliza conjuntamente con sustancias espermicidas. Por otra parte, es útil para la prevención de diversas enfermedades de transmisión sexual. En general, está especialmente recomendado en las relaciones sexuales esporádicas y en los adolescentes.

Diafragma. Es una especie de gorro de látex que se coloca en el fondo de la vagina, cubriendo y obstruyendo la entrada del cuello uterino, y que impide que el semen se introduzca en el útero.

Los diafragmas no son desechables sino que pueden usarse durante varios meses, hasta un máximo de dos años. Existen diversas medidas de diafragmas, que se adaptan a la anatomía de la mujer que los usa, y conviene que sea una especialista quien decida cuál es la medida adecuada para cada persona.

Capuchón cervical. Se trata de un dispositivo de caucho blando, en forma de capuchón, que se ajusta firmemente sobre el cuello uterino e impide el paso de los espermatozoides. Es más profundo y de menor diámetro que el diafragma, y se mantiene en su sitio por efecto de vacío.

El capuchón debe llenarse hasta la mitad con jalea espermicida para mejorar su eficacia, puede ser más difícil de colocar y extraer que el diafragma y se considera de eficacia semejante a la de este último.

Compresa anticonceptiva vaginal. Se trata de compresas de colágeno natural o material sintético en las que se incorpora un agente espermicida. La compresa tiene la forma de una pequeña almohadilla, en uno cuyos lados presenta una depresión cóncava para que se ajuste al cuello uterino, mientras que en el reverso dispone de una tira que facilita la extracción del dispositivo. Además de sus propiedades espermicidas, actúa como barrera cervical y atrapa los espermatozoides.

Antes de su introducción, la compresa debe humedecerse con agua. El dispositivo brinda protección durante 24 horas, período durante el cual puede repetirse el coito varias veces sin tomar más precauciones, aunque conviene complementar el método con el añadido de espermicidas. A las 24 horas se extrae y se desecha.

Las sustancias espermicidas. Son productos farmacéuticos que tienen la propiedad de inmovilizar o destruir los espermatozoides y que, tras introducirse en la vagina, impiden que éstos se mantengan viables y penetren en el útero.

Las sustancias espermicidas que se presentan en forma de óvulos, tabletas vaginales, gel, crema y aerosol, deben introducirse en la vagina entre algunos minutos y una hora antes del coito. Siempre debe leerse atentamente el prospecto del producto, ya que su forma de empleo y la duración de su efecto son variables. Por lo general, su efecto dura entre 30 y 120 minutos. Tras la eyaculación, debe dejarse pasar un espacio de dos horas, como mínimo, antes de lavarse la vagina, de manera que su efecto se mantenga el máximo tiempo posible.

Los espermicidas tienen la ventaja de ser completamente inocuos y de fácil manejo. La única desventaja que poseen es que, a veces, producen una sensación de quemazón, tanto en el varón como en la mujer. Su eficacia es mediana, pero muy buena cuando se usa conjuntamente con los preservativos, y buena cuando se emplea junto con el diafragma.

Dispositivo intrauterino o DIU. Este dispositivo también conocido como "espiral", es un elemento de pequeñas dimensiones que se insertan dentro del útero y que impide que el embarazo prospere.

Todavía no se conoce con total exactitud el mecanismo de acción del DIU. Sin embargo, al parecer, el DIU actúa como cuerpo extraño dentro de la cavidad uterina, frente al cual la mucosa de este órgano reacciona mediante una inflamación que no ocasiona molestias a la portadora, pero impide que la célula huevo se implante.

La colocación de DIU es un procedimiento muy sencillo que lleva a cabo el especialista. No obstante, antes de recurrir a este método anticonceptivo, la mujer ha de someterse a un examen ginecológico, en el que se descartan diversos trastornos que podrían contraindicarlo, como infecciones, hemorragias o tumores. El DIU no está indicado en todas las mujeres. En general, es más recomendable en las que ya han tenido hijos, porque lo toleran mejor. Sin embargo, hay una gran diversidad de modelos, algunos de ellos especialmente recomendados para mujeres que aún no se han quedado embarazadas.

Entre las ventajas del DIU destaca que es un método anticonceptivo de acción muy prolongada, ya que sólo debe sustituirse dos a cinco años, que no actúa fuera de útero, a diferencia de los anticonceptivos hormonales, y que no es un método

anticonceptivo irreversible, a diferencia de la esterilización. Por otra parte, el DIU obliga a las mujeres portadoras a someterse a controles ginecológicos periódicos y, en muy contados casos, da lugar a complicaciones de cierta gravedad. El DIU esta considerado como el método anticonceptivo más eficaz, después de la esterilización y los anticonceptivos hormonales

Métodos hormonales. Dentro de ellos los más utilizados son los anovulatorios (impiden la ovulación) de administración oral, denominados popularmente "píldora" anticonceptivas combinadas contienen estrógenos y progestágenos en diversas proporciones, que brinda la posibilidad de seleccionar entre distintas variedades. Su mecanismo de acción consiste en alterar la secreción hipofisaria de las hormonas gonadotróficas que regulan el ciclo ovárico, de tal modo que se suprime la ovulación. Además de sus efectos anovulatorios, entre otras acciones, los estrógenos interfieren la movilidad de las trompas de Falopio y el eventual transporte del óvulo, mientras que los progestágenos modifican las características del moco cervical, así como la eventual capacitación y el transporte e implantación del óvulo en el endometrio

Minipíldora. Este tipo de anticonceptivo contiene sólo progestágenos que se administran de manera continuada a bajas dosis. Se han ideado para las mujeres que experimentan intensos efectos secundarios relacionados con los estrógenos y para las que los mismos están contraindicados. Actúan modificando las características del moco cervical y dificultando el ascenso de los espermatozoides. La tasa de fallos en mujeres que toman la "Minipíldora" es 2 a 3 veces mayor que las de aquellas que siguen un régimen con anticonceptivos orales combinados

Anticonceptivos inyectables. Consiste en una inyección intramuscular de hormona progestágena que se aplica cada 3 meses. Actúa a nivel del cuello uterino, espesando el moco cervical y además inhibiendo la ovulación. Tiene una seguridad del 98%. Tiene la ventaja de que no es necesario estar recordando de tomar una pastilla diariamente ni altera el acto sexual, pero generalmente trae alteraciones en el ciclo menstrual, con irregularidades por 6 meses; además la fertilidad se recupera recién después de 8 a 10 meses de suspendida su administración. Es un método anticonceptivo que requiere ser muy bien explicado para poder tenerle confianza, especialmente por la irregularidad menstrual que provoca.

Métodos Quirúrgicos. Es una técnica quirúrgica destinada a impedir la procreación, que puede practicarse en el hombre o en la mujer. Es un método anticonceptivo irreversible, y por ello se indica en personas que definitivamente no desean tener más hijos o en mujeres de más de 35 años de edad, momento a partir del cual resulta cada vez de más riesgo el embarazo. Por otra parte, es el método anticonceptivo más eficaz, ya que: su índice de fallos es casi inexistente.

Esterilización femenina o ligadura de trompas. La esterilización femenina corresponde a la interrupción de la luz de las trompas de Falopio, mediante ligadura con grapas o clips, sección o cauterización, de tal modo que se impida la migración del óvulo hacia el útero. Todos estos métodos se efectúan mediante acceso en la cavidad pélvica por la pared abdominal o por el fondo del saco vaginal posterior

Esterilización masculina o vasectomía. La vasectomía parcial bilateral es un procedimiento quirúrgico sencillo y constituye el método más fácil y seguro de esterilización quirúrgica. La intervención se realiza mediante una incisión en el escroto, en ambos lados, y produce esterilidad al interrumpir la continuidad de los conductos deferentes e impedir que se eliminen espermatozoides en el semen de la eyaculación.

El procedimiento se efectúa con anestesia local y requiere menos de 30 minutos. Es indispensable informar al paciente que no quedará estéril de inmediato, puesto que los conductos deferentes contienen espermatozoides de uno a tres meses y no serán eliminados antes de unas doce eyaculaciones. Durante este período puede producirse un embarazo si no se toman precauciones, por lo que es necesario recurrir a otro método anticonceptivo. Pasado ese lapso, se practica un análisis de semen, y si está libre de espermatozoides, se concluirá que la esterilización es completa. La reversibilidad del procedimiento depende en gran medida de la técnica empleada. Sólo se logra en el 18 al 60% de los intentados.

Anticonceptivo De Emergencia. El anticonceptivo de emergencia, también conocido como Píldora del día después, NO es un método de planificación familiar, es un método anticonceptivo que se usa dentro de las 72 horas siguientes a una relación sexual sin protección, para evitar un embarazo no deseado.

Este método debe ser utilizado solo en casos de emergencia: si olvidó o falló el método, si tuvo relaciones sexuales sin protección anticonceptiva o si fue víctima de abuso sexual. Es importante tener en cuenta que si este método se usa con frecuencia, su efectividad disminuye. Ref. [32]

• **Riesgos ginecoobstétricos del embarazo en adolescentes.** Aunque las circunstancias de los embarazos en adolescentes varían mucho, destacan algunos rasgos comunes: los cuerpos más jóvenes no están plenamente desarrollados para pasar por el proceso del embarazo y el parto sin consecuencias adversas. Las madres adolescentes se enfrentan a un riesgo más alto de parto obstruido que las mujeres de veinte y tantos años. Sin una atención obstétrica de urgencia adecuada, esto puede conducir a la ruptura del útero, que conlleva un alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el bebé. Para aquellas que sobreviven, el trabajo prolongado de parto puede causar una fístula obstétrica, que es un desgarramiento entre la vagina y la vejiga o el recto, que provoca fuga de orina o heces. En Etiopía y Nigeria, más del 25% de las pacientes con fístula habían quedado

embarazadas antes de los 15 años y más del 50% antes de los 18 años. Aunque el problema puede corregirse con cirugía, el tratamiento no está ampliamente disponible en la mayoría de los países donde se produce esta lesión y millones de mujeres deben resignarse a sufrir una afección que provoca incontinencia, malos olores y otros efectos secundarios como problemas psicológicos y aislamiento social.

-

Numerosas investigaciones en adolescentes embarazadas demuestran que una de las complicaciones obstétricas más frecuentes es el desarrollo de síndrome hipertensivo del embarazo, siendo las frecuencias reportadas de 22,4% a cerca de 29%. Sin embargo, una serie de recientes estudios han demostrado que la incidencia de preeclampsia es similar en las pacientes adolescentes que en las adultas.

Bajo el mismo concepto anterior, podríamos inferir que la posibilidad de parto prematuro en las pacientes adolescentes estaría más bien relacionado con factores como el bajo nivel socioeconómico más que la adolescencia por sí misma; sin embargo, una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características, demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las pacientes adolescentes embarazadas. Otras investigaciones han determinado que el riesgo de parto prematuro en las pacientes adolescentes es mayor mientras menor es la edad de la paciente, siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas. En este mismo sentido, la edad gestacional del parto prematuro está en relación a la edad materna, existiendo mayor riesgo de partos prematuros de menor edad gestacional a menor edad materna. En este mismo contexto, algunos estudios destacan que existe una frecuencia mayor de rotura prematura de membranas en la paciente adolescente, encontrándose cifras que van desde aproximadamente el 7% al 17%.

Con respecto al peso de los recién nacidos de madres adolescentes, en la mayoría de los estudios se encuentra una frecuencia mayor de recién nacidos de bajo peso de nacimiento, pareciendo ser el principal riesgo del recién nacido de madre adolescente, con cifras de aproximadamente el 19%.

El bajo peso de nacimiento está dado tanto por la condición de prematuro, como por el nacimiento de recién nacidos pequeños para la edad gestacional. En este sentido es interesante destacar que numerosas publicaciones sobre embarazo adolescente revelan una frecuencia mayor de recién nacidos pequeños para la edad gestacional con respecto al grupo de las madres adultas. Si bien la mayoría de los estudios demuestran una frecuencia aumentada, este aumento no siempre es estadísticamente significativo.

La frecuencia de anemia e infección del tracto urinario reportada en la mayor parte de las publicaciones es alta en las pacientes adolescentes embarazadas, con cifras que llegan a cerca del 22% y 23% respectivamente, y esta diferencia es estadísticamente significativa con respecto a los grupos controles. Cuando la anemia es severa, se ha relacionado con otros factores de riesgo de la madre adolescente, demostrándose que su presencia estaría vinculada con parto prematuro y recién nacidos de bajo peso de nacimiento.

En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalopélvica, constituyendo esto, una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas. Otros estudios, sin embargo, han encontrado una menor incidencia de partos operatorios en las adolescentes con respecto a las mujeres adultas. Además de la desproporción cefalopélvica, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de culminar su parto con laceraciones del cuello uterino, vagina, vulva y periné. Esta complicación está dada principalmente por la condición de inmadurez de estas jóvenes, manifestándose en una estrechez de canal blanco. Como se ha mencionado anteriormente, la existencia de desproporción cefalopélvica en la adolescente embarazada muchas veces determina el desarrollo de un trabajo de parto prolongado y expulsivos laboriosos, lo cual podría influir en la condición inmediata del recién nacido. Sin embargo, algunos estudios revelan altas cifras de recién nacidos con puntaje de Apgar mayor de 7 a los cinco minutos, lo cual implica una baja proporción de depresión respiratoria y asfixia al nacer en hijos de madres adolescentes.

Una patología que frecuentemente es posible encontrar en las embarazadas es la diabetes gestacional. Investigaciones realizadas en adolescentes demuestran que la incidencia de esta patología es baja en este grupo de edad, siendo más frecuente en las embarazadas adultas.

Una vez comparadas las variables biológicas que condicionarían un mayor riesgo en los embarazos adolescentes, al analizar las variables psicosociales, numerosos estudios han concluido que la evolución de este, está influenciado por un problema psicosocial más que un riesgo biológico verdadero. Se ha demostrado que implementando programas de control destinados especialmente para las adolescentes embarazadas, se mejoran los resultados maternos y perinatales de éstas, no presentando mayor riesgo en cuanto a resultados obstétricos respecto a las mujeres adultas embarazadas. En este mismo sentido, la mayoría de los autores concuerdan en que se debe mejorar el ambiente social de los adolescentes si se pretende prevenir el embarazo, lo que debe ser promovido por los sistemas de salud a nivel de la población.

La organización SAVE DE CHILDREN en el año 2004 muestra que mas de un millón de bebés y unas 70.000 madres adolescentes mueren cada año en países en desarrollo debido a la maternidad precoz. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de estos decesos, pues los adolescentes tienen el doble de probabilidad de morir en el embarazo o el parto comparado con las madres gestantes entre 20 y 34 años.

Como se observa, la maternidad y la paternidad adolescente constituyen una problemática de salud pública, que constituye grandes costos para el distrito, por lo que representa toda la atención que debe recibir la menor adolescente como su hijo, los riesgos que se generan, muerte materna y neonatal y suspensión del embarazo y sus posibles secuelas.

Pero mas allá del frío panorama que reflejan las cifras, al observar las posibles causas del embarazo en adolescentes se encuentra un problema que preocupa e impacta a las familias, a la comunidad y a la sociedad, por lo tanto, es un problema de ciudad, que implica para su solución la participación de diversos actores que desde sus diferentes ópticas apoyen y desarrollen una política de población y desarrollo. [10]

3.1.4 Factores de riesgo que predisponen al embarazo. Es multicausal, a continuación se presentan los factores que favorecen el embarazo precoz o se asocia con él:

3.1.4.1 Factores individuales. Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en su adolescencia.

3.1.4.2 Biológicos. Menarquía: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

3.1.4.3 Factores psicosociales. El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares. Psicológicas: durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la

adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

- Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
- Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
- Para castigar a los padres por su incompreensión.
- Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
- Agradar al novio.

3.1.4.4 Factores sociales. Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis.

Entre los factores socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón "preñador", en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas. El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria. Freíd Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Causas sociales:

- Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.
- Permanecer más tiempo solas(os).
- Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
- Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
- Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
- Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).
- Falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

3.1.4.5 Factores familiares. Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente. La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan

las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran: Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz. Los problemas Psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima. Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo.

El embarazo en jóvenes en la actualidad, aumenta asombrosamente debido a las actitudes tomadas por los jóvenes en la actualidad, la poca conciencia que toman y la necesidad de experimentar nuevas sensaciones al igual que los grupos de amigos con los que socializan, son las razones porque los jóvenes son presionados a experimentar del sexo antes de tener una madurez necesaria para razonar las consecuencias que puede traer la decisión de tener sexo con una pareja.

De igual forma las practicas adquiridas por los adolescentes, en ocasiones debido al mismo desconocimiento o desinterés al tema o influenciados por factores sociales que permiten que los adolescentes se desorienten y busquen caminos erróneos y que desencadenan en embarazos no deseados.

También los padres por no tener un conocimiento sobre el tema o por vergüenza de tratar estos temas de sexualidad con sus hijos les niegan la sabiduría que ellos poseen, los padres de la actualidad deben de tener tiempo para hablar con sus hijos de las decisiones que tomen y que deben tener una responsabilidad por cada decisión que tomen como individuos productivos de una sociedad tan abierta a los cambios.

A pesar de encontrarnos en medio de poblaciones urbanas con mejores posibilidades aparentemente de acceso a los servicios de salud, mejor nivel de vida social y económico, se evidencian dentro de las atenciones realizadas y visitas domiciliarias a las familias, la presencia factores culturales que son heredados y/o incluso traídos de las áreas rurales y que influyen directamente en la salud de las/los adolescentes. Expresiones tales como: "con la primera vez no vas a quedar embarazada"; "el hombre no tiene responsabilidad del embarazo" entre otras, se ponen de manifiesto en algunas ocasiones por ellos.

Aunque la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres ha tenido avances en la última década, actualmente todavía no llega a niveles satisfactorios. La población adolescente no queda excluida de esta situación, que se ve reflejada en el limitado ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y el alto índice de embarazos no planificados de adolescentes, con los efectos negativos que tiene

este hecho en sus posibilidades de desarrollo. Determinantes del embarazo en la adolescencia. La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos desfavorecidas, siendo un fenómeno transitorio que, de mejorarse las condiciones, podría descender.

Los padres de familias, los maestros y otros adultos incluyendo el personal de salud que tiene contacto directo con los adolescentes influyen en el desarrollo físico y psicosocial y juegan un papel importante en la discusión de temas de salud sexual y reproductiva, así como en el abordaje de la violencia, abuso, coerción y violación.

Otra determinante importante es la familia disfuncional uniparentales o con conductas promiscuas, la violencia intrafamiliar, falta de diálogo entre padres e hijos, lo cual genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

Culturalmente existe una mayor tolerancia del medio a la maternidad de adolescentes, ya que las poblaciones en el área rural consideran que las mujeres deben tener a sus hijos en su juventud.

Históricamente y culturalmente, el embarazo adolescente se ha considerado como una preocupación femenina, y al hombre se le ha tratado solamente como a un compañero silencioso. Como los varones no se embarazan ni enfrentan las mismas consecuencias que las muchachas que quedan embarazadas, y la mayoría de métodos anticonceptivos están diseñados para uso y cumplimiento por parte de la mujer, su papel en el uso de anticonceptivos es frecuentemente ignorado. Sin embargo, los varones adolescentes pueden influenciar positiva o negativamente a su joven pareja en la decisión de usar anticonceptivos. Muchas veces los adolescentes varones admiten sentirse presionados para ser independientes, asumir riesgos y esconder sus emociones, reforzando así los conceptos de machismo

3.1.4.6 Factor educativo. El bajo nivel educativo está relacionado con la falta de proyectos de vida, metas de superación, preparación para el empleo, lo cual incide principalmente para que las jóvenes vean en las uniones tempranas la forma de independizarse de la familia y económicamente.

3.1.4.7 Factor migratorio. El fenómeno de la migración de los padres en busca de trabajo y de los mismos jóvenes con motivo de estudios, índice en la pérdida del vínculo familiar y el cuidado de la familia, exponiendo principalmente a las adolescentes a mayor riesgo de embarazo temprano.

La desinformación relacionada con la salud sexual y reproductiva en la población adolescente y joven incide en la persistencia de pensamientos mágicos, fantasías

de esterilidad que les hace creer que al no tener relaciones sexuales frecuentes, con penetración incompleta, entre otros mitos, es otro factor determinante para el embarazo temprano.

3.1.4.8 Factor tóxico. El uso de alcohol y drogas hace que la juventud adopte comportamientos de riesgo, como la falta de protección al momento de tener una relación sexo coital.

3.1.4.9 Factor Socioeconómico. Es bien sabido que la pobreza y la inequidad social van asociadas con resultados poco saludables para los adolescentes, incluyendo su salud sexual. Estos resultados incluyen una mala nutrición, atención en salud inadecuada (incluyendo cuidados prenatales y salud reproductiva) y bajo rendimiento escolar. Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser pobres, así como tienen mayor probabilidad de iniciar su vida sexual a una edad más temprana, quedar embarazadas y tener hijos. Los adolescentes con menor educación y menos oportunidades para generar ingresos se convierten en víctimas de un ciclo continuo de pobreza. La falta de independencia económica limita la capacidad de las jóvenes para abandonar relaciones de riesgo y las predispone a intercambiar relaciones sexuales por beneficios económicos. Ref. [29]

3.2 MARCO LEGAL

Constitución Política de 1991

***Artículo 43**

"...La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado y recibirá de éste subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada..."

***Artículo 44**

"Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social... la familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e intelectual y el ejercicio pleno de sus derechos. ..."Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás."

***Artículo 49**

"...Se garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

***Artículo 50**

"Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección, seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado."

NIVEL NACIONAL

Ley 1112 Modifica SGSSS. Art. 33 Plan Nacional De Salud Publica.

Decreto 2737 de 1998, Código del menor.

Ley de Juventud 375 del 4 de julio de 1997.

PLAN NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE 2002-2006

Resolución 03353 del 2 de julio de 1993

(Establece la obligatoriedad de la educación sexual en todos los planteles educativos sean pre-escolar, básica primaria, secundaria y media.)

Ley 100 de 1993

ART.163 Plan Obligatorio de salud (Cobertura familiar):

Resolución 5261 de 1994

Mediante el cual se establece el manual de procedimientos e investigaciones de obligatorio cumplimiento en el POS, siendo la herramienta jurídica que ampara las acciones realizadas con cargo a la UPC del contributivo, subsidiado y sirve como marco de referencia para no afiliados.

Acuerdo 117/ 1998

Establece el obligatorio cumplimiento de los procedimientos actividades e intervenciones de demanda inducida y la atención de las enfermedades de interés en salud pública.

Resolución 412 /2000

Adopta las normas técnicas, y guías de atención que definen las actividades, procedimientos e intervenciones:

*Protección específica.

*Detención temprana.

*Atención integral.

*Atención del parto/ planificación familiar para hombres y mujeres.

*Alteraciones del desarrollo 10-29 años, alteraciones de la gestación/cáncer Cérvico, uterino y seno. Complicaciones del embarazo, ETS, VIH SIDA/ violencia contra la mujer y la infancia.

Acuerdo 228 de 2002

Medicamentos del POS: Anticonceptivos Hormonales

Acuerdos 229 de 2002

ART.4:

Actividades, procedimientos e intervenciones de promoción y prevención en el régimen subsidiado que se trasladan a distritos y municipios:

*Promoción de la salud.

*Promover la salud integral en los niños, niñas y adolescentes.

*Promover la salud sexual y reproductiva.

*Atención en planificación familiar a hombres y mujeres.

Circular 18 de 2004

(La Salud Sexual y Reproductiva dé el PAB):

Para implementar la Política Nacional de Salud Sexual Y Reproductiva las Entidades Territoriales Deberán formular un Plan de Salud Sexual Y Reproductiva que desarrolle los principios y estrategias de la misma, articule las intervenciones de los diferentes planes de beneficios en sus líneas de intervención:

*Promoción de la SSR de adolescentes mediante estrategias en Coordinación con el de Educación y otros sectores.

* Suministro de Métodos anticonceptivos Hormonales, de barrera y emergencia adolescentes no asegurado en poblaciones en condición de desplazamiento, zonas marginales y de riesgo.

*Promover en las IPS el Desarrollo de servicios de atención integral a los adolescentes.

Conpes 091 de 2005

*Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres adolescentes a 2015.

*Incrementar la prevalencia del uso de métodos modernos de anticoncepción y en la población sexualmente activa de 59 % a 75% y entre la población de 15 a 19 años de 38.3% a 65%.

*Detener el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo manteniendo esta cifra por debajo del 15%.

*Promover la Equidad de Género y la Autonomía de la Mujer.

Decreto 1757 de 1994

Como oportunidades para la participación y concertación entre los diferentes sectores y el Estado se tienen los Comité de Participación Comunitaria COPACO; dentro de otras funciones, está la participación en el proceso de diagnóstico, control y evaluación de los servicios de salud; como también intervenir en la priorización, toma de decisiones y distribución de recursos que hacen parte del Plan de Desarrollo del respectivo ente territorial.

Decreto 812 de 1996

"Por el cual se modifica la estructura y se establecen los objetivos y funciones de las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud". Establece en el "**Artículo 3.:** Literal e): Diseño y ejecución de análisis conducentes a la identificación de las necesidades y problemas de salud de la población, garantizando acciones básicas de salud y definiendo modelos de prestación de servicios que impacten en la salud de la población. Literal g): Garantía de afiliación de la población a los diferentes regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y vigilancia del acceso de ésta a los servicios de salud.

Artículo 5

. Numeral 5.

Dirección de Aseguramiento en Salud:

*Literal a) Crear las condiciones para el acceso universal de la población al Sistema de Seguridad Social, promoviendo su aseguramiento a los regímenes establecidos por la Ley.

*Literal c) Garantizar a la población vinculada los servicios de salud.

*Literal d) Supervisar y evaluar, el proceso de garantía de la calidad del aseguramiento, de la población asegurada en salud, en las condiciones determinadas por la Ley."

Ley 344 de 1996

Dicta normas tendientes a la racionalización del gasto público, con el objeto de disminuir el gasto y reasignar recursos hacia sectores definidos como deficitarios, para garantizar el acceso a los servicios de salud de la población pobre y vulnerable.

Resolución 3997 de 1996

Reglamenta las actividades de promoción en salud y prevención de la enfermedad, de obligatorio cumplimiento por parte de las E.P.S., las Entidades Adaptadas, las Administradoras de Régimen Subsidiado ARS e Instituciones prestadores de servicios de salud y establece los lineamientos para su evaluación y seguimiento.

Decreto 2174 de 1996

A través del cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (de acuerdo a lo planteado en la Ley 100¹), en donde se le atribuyen como características principales a la calidad de la atención en salud: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica; y como características adicionales; idoneidad y competencia profesional, disponibilidad y suficiencia de recursos, eficacia, eficiencia, integralidad, continuidad, atención humanizada y satisfacción del usuario por la atención recibida. El Sistema de Garantía de la Calidad se deberá contener: manual de calidad, manual de procedimientos, planes de mejoramiento, planes de mejoramiento e informes de calidad.

Resolución 3997 de 1996

Que establece el Plan de Atención Básica (PAB), el cual hace referencia al conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública, control de factores dirigidos a la colectividad, cuyo desarrollo corresponde en forma gratuita al Estado, según lo establecido en la Resolución 4298 de 1996.

La Resolución 1531 de 1992 y la Ley 360 de 1997.

Destacan los derechos de las mujeres frente a su salud, especialmente los de aspectos sexuales, reproductivos y la dignidad humana, señalándose el derecho a ser tratada/o con dignidad, privacidad y respeto durante cualquier entrevista o actuación con fines médicos, legales o de asistencia social; tener acceso gratuito a examen y tratamiento para la prevención de enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA; examen y tratamiento para trauma físico y emocional, recopilación de evidencia médica legal.

Decreto 2753 de 1997

Define como prestadores de servicios a las IPS, los grupos de práctica profesional y los profesionales independientes. Conserva la clasificación por grados de complejidad de acuerdo con la tecnología y el personal responsable

Ley 715 de diciembre de 2001

Esta ley deroga la ley 60 de 1993. En la presente ley se "dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias y disposiciones para la organización de los servicios de educación y salud., entre otros". Ref. [33]

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo prevalentes que llevan al embarazo a las adolescentes desplazadas residentes en Pasto en el periodo 2009 – 2011

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características sociodemográficas de las adolescentes desplazadas objeto de estudio.
- Determinar la existencia de conocimientos sobre aspectos relacionados sobre educación sexual que tienen las adolescentes desplazadas.
- Conocer la conducta sexual de las adolescentes objeto de estudio y la influencia ejercida por sus relaciones interpersonales sobre su actividad sexual.
- Conocer si existe antecedente de consumo de sustancias tóxicas por parte de la población objeto de estudio.

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Cuantitativo, ya que el objetivo es identificar y citar los factores más influyentes en las adolescentes para terminar embarazadas.

Observacional, descriptivo de corte transversal

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

5.2.1 Población. Adolescentes desplazadas por cualquier motivo de su lugar de origen, que entre los 10 y 17 años de edad hayan estado o estén en gestación, registradas en la base de datos de la Unidad de Atención y Orientación a la población desplazada (UAO) residentes actualmente en el municipio de Pasto, en el periodo 2009–2011.

La base de datos de la UAO registra 1.169 desplazados residentes en el municipio de Pasto, entre el 1 de febrero de 2009 a 28 de marzo de 2012, a esta base se le aplican los filtros correspondientes para ir delimitando la población objeto, y en el proceso se obtienen datos de importancia, mostrando que de esta población, 638 (54.6%) son mujeres, donde 86 (13.5%) de ellas estuvieron entre los 10 y 17 años entre los años 2009 y 2011, de las cuales 35 (40.7%) adolescentes estuvieron o están actualmente en gestación. Por lo que se decide trabajar con las 35 personas que se ajustan a la población objeto de estudio.

5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.3.1 Criterios de inclusión. Adolescentes desplazadas que entre los 16 y 17 años de edad han estado o estén en gestación, que se encuentren registradas en la UAO residentes en San Juan de Pasto en el periodo 2009 – 2011.

5.3.2 Criterios de exclusión

- Mujeres que salgan del estudio por cualquier motivo
- Padres que no firmaron consentimiento informado
- Adolescentes que no estuvieron dispuestas a participar en el estudio
- Mujeres víctimas de abuso sexual de forma aislada no relacionada con maltrato familiar

5.4 VARIABLES

NOMBRE	DEFINICIÓN	TIPO	ESCALA	VALORES POSIBLES	CÓDIGO
Edad de embarazo	Edad en años en la cual quedo en embarazo	Cualitativa	Ordinal	10 11 12 13 14 15 16 17	Edad embarazo
Procedencia	Lugar de origen	Cualitativa	Nominal		Procedencia
Comuna	Comuna de Pasto en la cual reside	Cualitativa	Nominal	10 11 12	Comuna
Tipo de residencia	Forma en la cual residía en su vivienda	Cualitativa	Nominal	Propietaria Anticresis Arrendo Allegada	Residencia
Nivel socioeconómico	Nivel social y económico	Cualitativa	Ordinal	Bajo Medio Alto	Niv. socioeconómico
Ingresos económicos	Entradas de dinero	Cualitativa	Nominal	Si No	Ingresos
Trabajaba	Se encontraba trabajando en el momento de el embazo	Cualitativa	Nominal	Si No	Trabajo
Estado civil	situación jurídica en la familia y la sociedad en el momento del embrazo	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Unión libre Viuda	Est. civil
Nivel educativo	Nivel educativo en el cual se encontraba en el momento del embarazo	Cualitativa	Ordinal	Parte de primaria. Básica primaria. Parte de	Niv. educativo

				secundaria · Básica secundaria · Técnico. Universitari a.	
Consideración de edad para el embarazo	juzga de manera normal la edad en la cual se embarazo	cualitativa	nominal	Si No	Consideración
Antecedentes de embarazo en la adolescencia	Alguna familiar ya habíapresentado un embarazo en su adolescencia	Cualitativa	Nominal	Si No	Antecedentes
Edad de inicio de relaciones sexuales	Rango de edad en la cual comenzó su vida sexual	Cualitativa	Ordinal	Menor de 12 12 a 15 años 15 a 17 años	Edad inicio relaciones
Educación sexual	Enseñanza sobre la sexualidad humana	Cualitativa	Nominal	Si No	Ed. sexual
Mas de una pareja sexual	Ha tenido mas de una pareja sexual antes del embarazo	Cualitativa	Nominal	Si No	Parejas sexuales.
Planificación familiar	Practicas orientadas al control de la reproducción	Cualitativa	Nominal	Siempre. Algunas veces. Nunca.	Planificación
Estructura familiar	Como esta conformado su núcleo familiar	Cualitativa	Nominal	Nuclear Extensa Compuesta	Est. Fliar
Malas relaciones	Dificultad en las relaciones	Cualitativa	Nominal	Si No	Malas rel.

intrafamilia res	con los integrantes de la familia.				
Maltrato	Maltrato ya sea físico o emocional	Cualitativa	Nominal	Si No	Maltrato
Abuso sexual	acto de coacción hacia una persona con el objeto de que lleve a cabo una determinada conducta sexual	Cualitativa	Nominal	Si No	Abuso sexual
Presión social	Presión para actuar, comportarse o pensar	Cualitativa	Nominal	Si No	Presión
Hábitos tóxicos	Consumo de sustancias dañinas para la salud	Cualitativa	Nominal	Si No	Hab. Tóxicos
Embarazo surgió bajo consumo de sustancias .	Cree que el embarazo se dio mientras consumía alguna sustancia toxica	Cualitativa	Nominal	Si No	Relaciones y consumo de sustancias.

5.5 FUENTES DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

5.5.1 Fuentes primarias. Datos obtenidos mediante encuesta personal.

5.5.2 Fuentes secundarias. Información obtenida en artículos que se presentan en la referencia bibliográfica, datos aportados por docentes especialistas en el tema y recolección de datos de libros y demás evidencia externa a los investigadores.

5.6 SESGOS

- Adolescente que cambian de residencia
- Población no registrada en la UAO
- Bases de datos no actualizadas
- Información falsa en las encuestas

5.7 PROCEDIMIENTO

Recolección de información mediante encuesta personal de la población objeto.

5.8 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Bases de datos tabuladas y análisis univariado mediante gráficos y tablas resultantes de XL-stat.

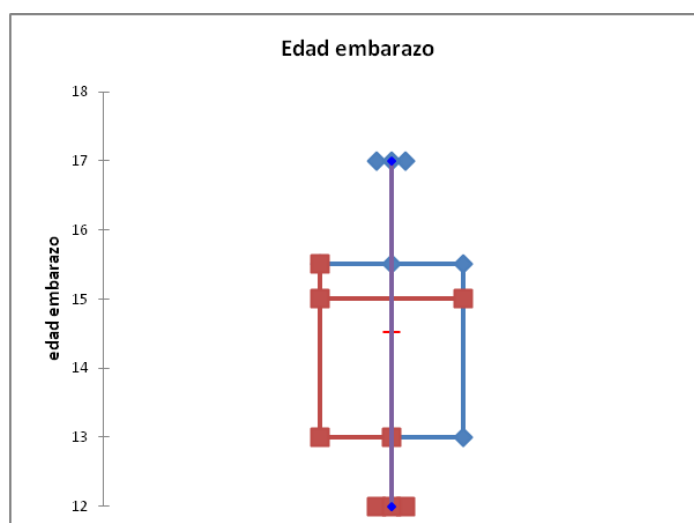
5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Hay que tener en cuenta que es una población vulnerable por el desplazamiento que han sufrido, además son personas menores de edad por lo cual se hace necesario tener el mayor cuidado posible en su trato y el consentimiento informado dado por la persona responsable en cada caso es esencial para continuar con la investigación.

6. RESULTADOS

Gráfica 1. Edad en años a la cual se embarazo

- Las edades en la cuales se embarazaron las mujeres objeto del estudio, fue entre los 12 y 17 años de edad.
- El promedio de edad de embarazo de la población fue de 14 años.
- El 25% de la población se embarazo entre los 12 y los 13 años.
- El 50% de la población se embarazo antes de los 15 años.
- El 75% de la población se embarazo antes de los 16 años.



Fuente: presente investigación

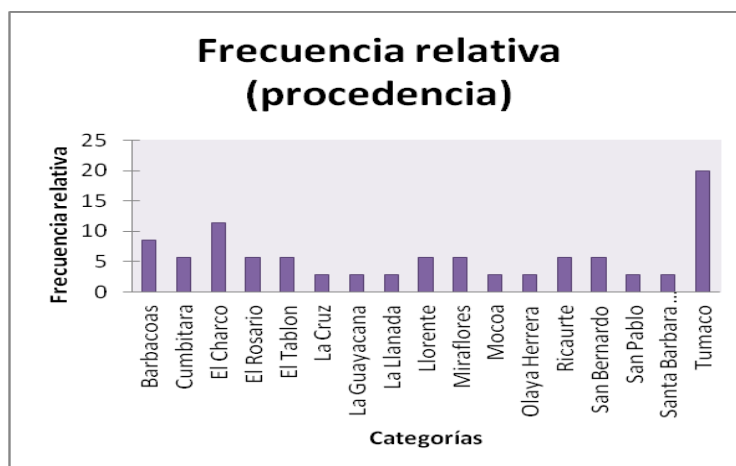
Tabla 1. Edad en años a la cual se embarazo

Estadística	edad embarazo
No. de observaciones	35
Mínimo	12,000
Máximo	17,000
1° Cuartil	13,000
Mediana	15,000
3° Cuartil	15,500
Media	14,514

Fuente: presente investigación

Gráfica 2. Lugar de procedencia

La población objeto de nuestro estudio muestra gran diversidad en cuanto a su procedencia; pero se evidencia, que la mayor parte de personas desplazadas proviene de Tumaco, El Charco y Barbacoas.



Fuente: presente investigación

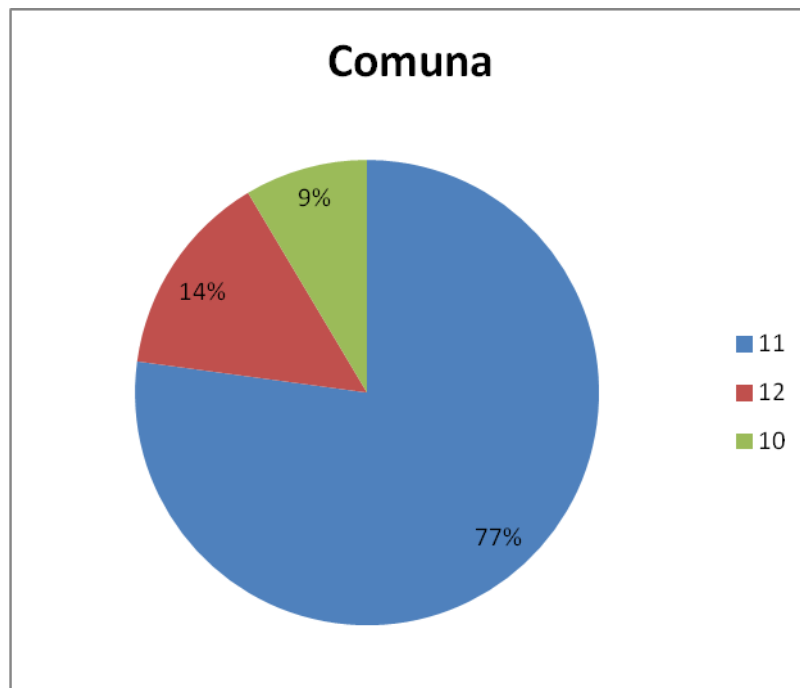
Tabla 2. Lugar de procedencia

Categoría	Frecuencia categoría	Frecuencia (%)
Barbacoas	3,000	8,571
Cumbitara	2,000	5,714
El Charco	4,000	11,429
El Rosario	2,000	5,714
El Tablon	2,000	5,714
La Cruz	1,000	2,857
La Guayacana	1,000	2,857
La Llanada	1,000	2,857
Llorente	2,000	5,714
Miraflores	2,000	5,714
Mocoa	1,000	2,857
Olaya Herrera	1,000	2,857
Ricaurte	2,000	5,714
San Bernardo	2,000	5,714
San Pablo	1,000	2,857
Santa Barbara de Iscuande	1,000	2,857
Tumaco	7,000	20,000

Fuente: presente investigación

Gráfica 3. Comuna donde vive

- El 77,1% de la población objeto de estudio reside actualmente en la comuna 11 del municipio de Pasto.
- El 14,2% de la población objeto de estudio reside actualmente en la comuna 12 del municipio de Pasto.
- El 8,5% de la población objeto de estudio reside actualmente en la comuna 10 del municipio de Pasto.
- El 100% de la población estudio vive en las comunas 10, 11 y 12 del municipio de Pasto.



Fuente: presente investigación

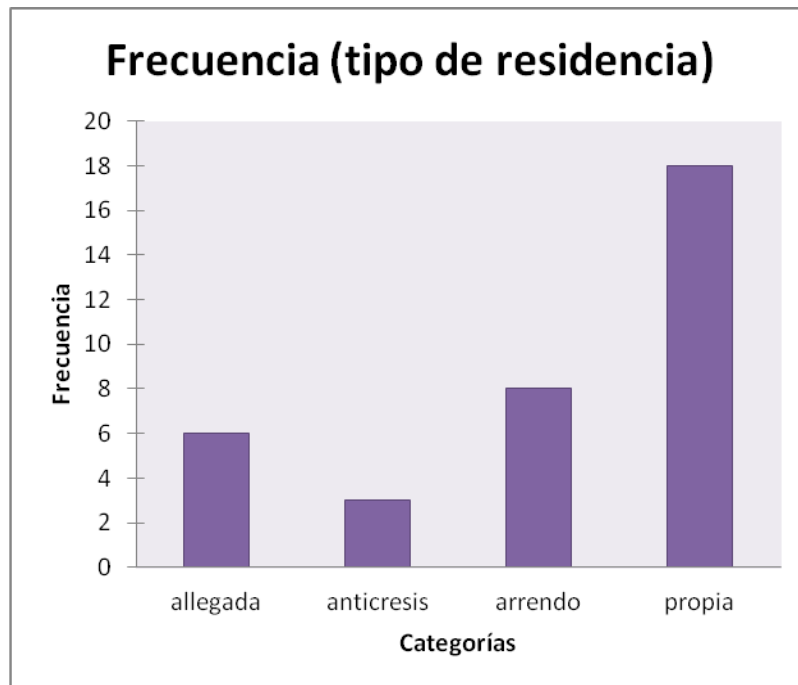
Tabla 3. Comuna donde vive

Categoría	Frecuencia	
	Frecuencia	(%)
11	27,000	77,143
12	5,000	14,286
10	3,000	8,571

Fuente: presente investigación

Gráfica 4. Tipo de residencia

- El 51% de la población tenían una residencia propia en sus respectivos municipios.
- El 23% de la población arrendaban una residencia en sus respectivos municipios.
- El 17% de la población residía en la casa de un allegado o familiar en sus respectivos municipios.
- El 9% de la población residía mediante anticresis en sus respectivos municipios.



Fuente: presente investigación

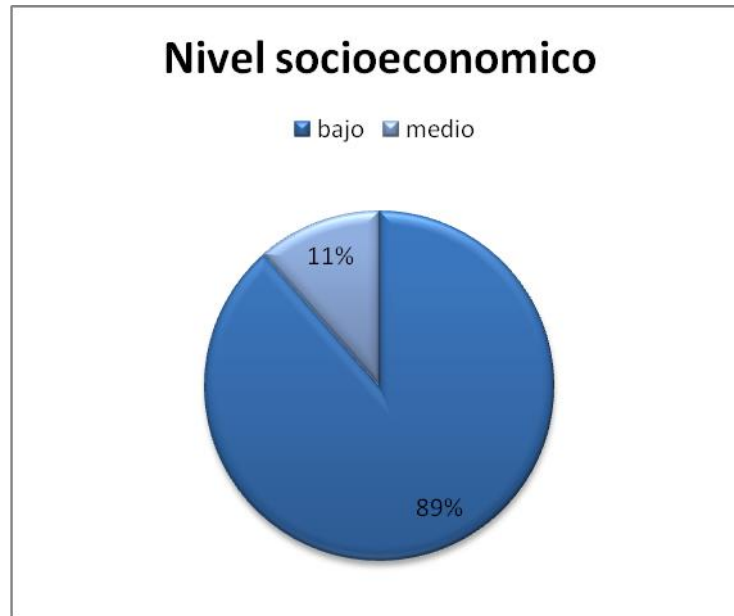
Tabla 4. Tipo de residencia

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
allegada	6,000	17,143
anticresis	3,000	8,571
arrendo	8,000	22,857
propia	18,000	51,429

Fuente: presente investigación

Gráfica 5. Nivel socioeconómico

- El 89% de la población objeto tiene un nivel socioeconómico bajo.
- El 11% pertenecía a un nivel socioeconómico medio.
- 0% pertenecía a un nivel socioeconómico alto



Fuente: presente investigación

Tabla 5. Nivel socioeconómico

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
bajo	31,000	88,571
medio	4,000	11,429

Fuente: presente investigación

Gráfica 6. Ingresos económicos

- El 85,7% de la población objeto del estudio no tenía ningún ingreso económico.
- El 14,2% de la población objeto del estudio tenía algún ingreso económico.



Fuente: presente investigación

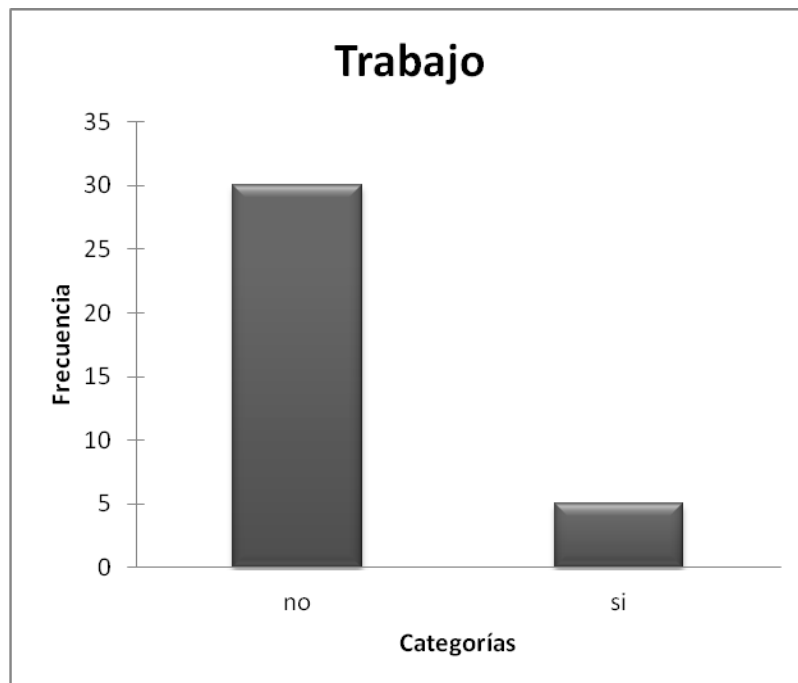
Tabla 6. Ingresos económicos

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
no	30,000	85,714
si	5,000	14,286

Fuente: presente investigación

Gráfica 7. ¿Trabajaba en ese momento?

- El 85% de la población objeto del estudio no tenía ningún trabajo en el momento del embarazo.
- El 14% de la población objeto del estudio trabajaba en el momento del embarazo.



Fuente: presente investigación

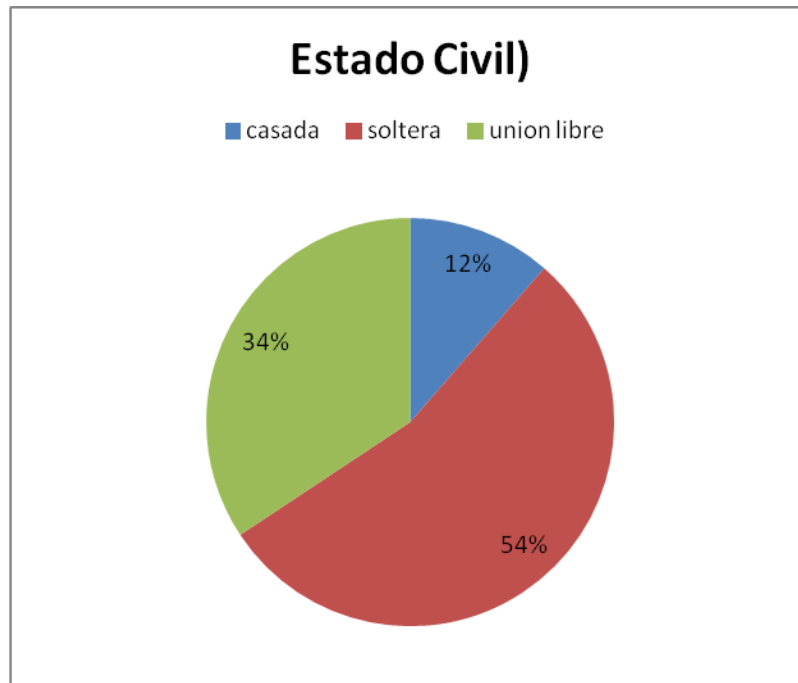
Tabla 7. ¿Trabajaba en ese momento?

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
no	30,000	85,714
si	5,000	14,286

Fuente: presente investigación

Gráfica 8. Estado civil

- El 54% de la población objeto del estudio eran solteras en el momento del embarazo.
- El 34% de la población mantenía una relación de unión libre en el momento del embarazo.
- 12% de la población se encontraba casada en el momento del embarazo.



Fuente: presente investigación

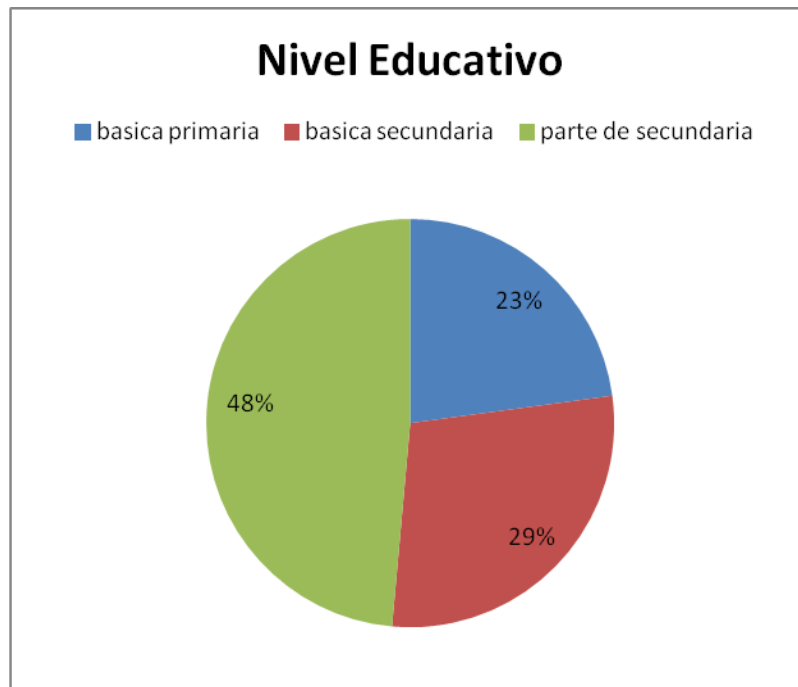
Tabla 8. Estado civil

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
casada	4,000	11,429
soltera	19,000	54,286
unión libre	12,000	34,286

Fuente: presente investigación

Gráfica 9. Nivel educativo

- EL 48% de la población objeto del estudio estaba cursando o había cursado parte de la secundaria en el momento del embarazo,
- El 29% de la población había cursado básica secundaria en el momento del embarazo.
- El 23% de la población solo había cursado básica primaria.
- 0% de la población tiene un título técnico, universitario o esta cursando por uno de ellos.



Fuente: presente investigación

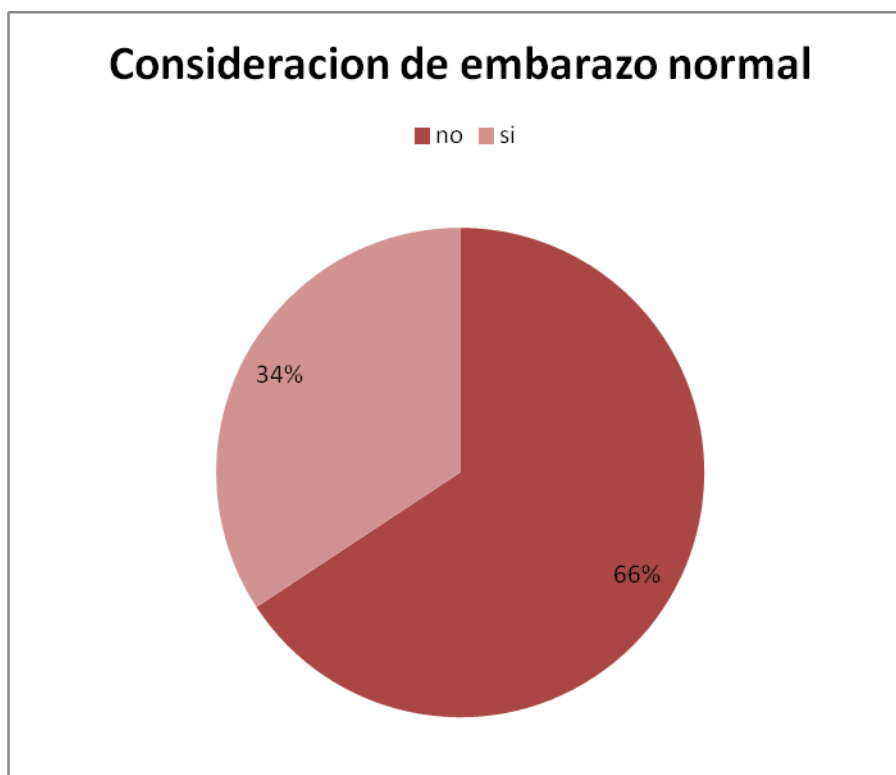
Tabla 9. Nivel educativo

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
básica primaria	8,000	22,857
básica secundaria	10,000	28,571
parte de secundaria	17,000	48,571

Fuente: presente investigación

Gráfica 10. ¿Considera el embarazo a edad temprana normal?

- El 66% de la población objeto del estudio considero que la edad en la cual se embarazaron no era normal.
- El 34% de la población considero que la edad en la cual se embarazaron era normal.



Fuente: presente investigación

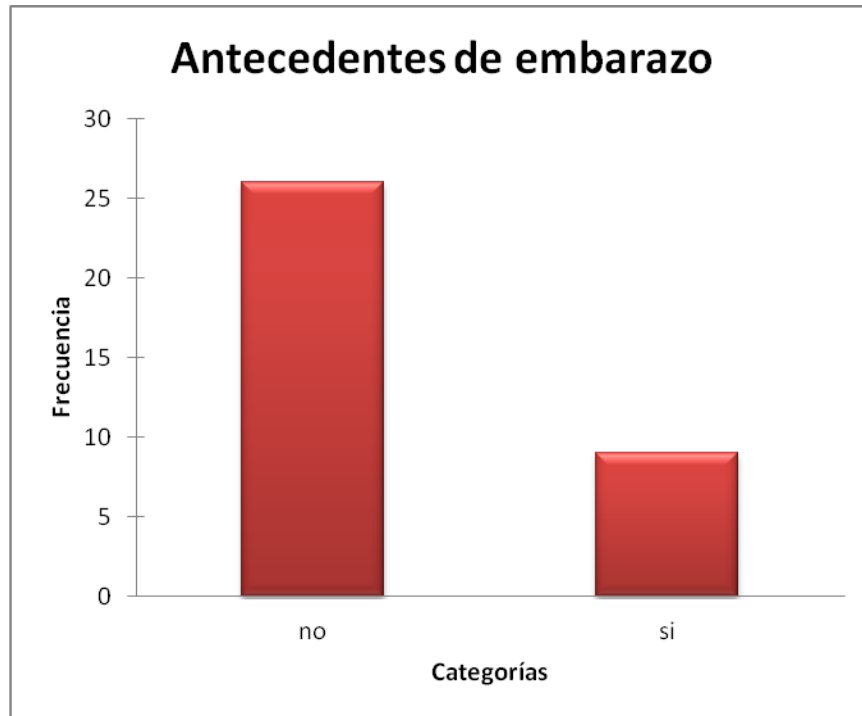
Tabla 10. ¿Considera el embarazo a edad temprana normal?

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
no	23,000	65,714
si	12,000	34,286

Fuente: presente investigación

Gráfica 11. ¿Hay antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia?

- El 74% de la población objeto del estudio no tenían ningún antecedente de embarazo en la adolescencia en ningún familiar.
- El 25% de la población tenía antecedente de un embarazo en la adolescencia, principalmente de sus madres o alguna tía.



Fuente: presente investigación

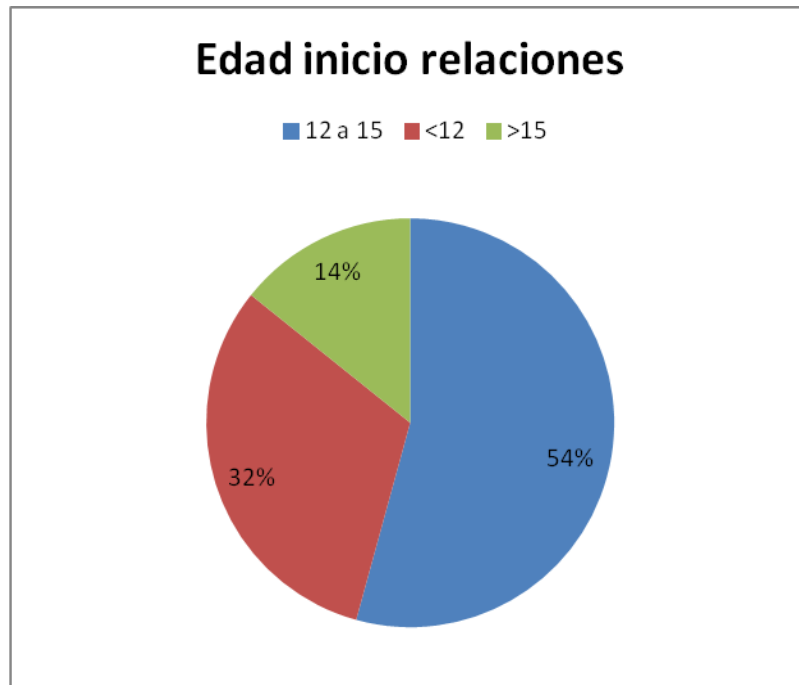
Tabla 11. ¿Hay antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia?

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
no	26,000	74,286
si	9,000	25,714

Fuente: presente investigación

Gráfica 12. Edad de inicio de relaciones sexuales

- El 100% de la población inició actividad sexual antes de los 18 años.
- El 54% de la población objeto de estudio inicio relaciones sexuales en una edad comprendida entre 12 y 15 años.
- El 32% de la población inicio sus relaciones sexuales antes de los 12 años.
- El 14% de la población inicio sus relaciones sexuales a una edad mayor de los 15 años.



Fuente: presente investigación

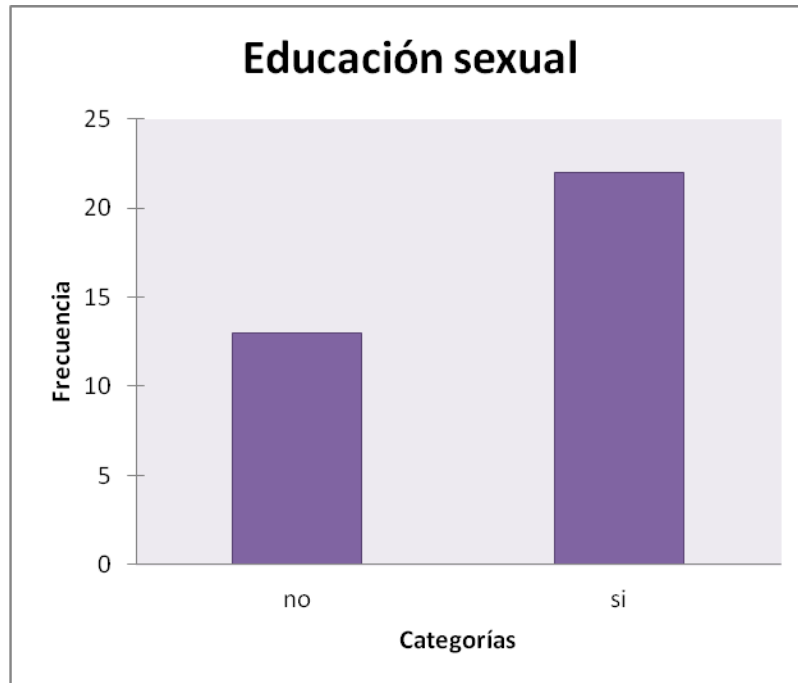
Tabla 12. Edad de inicio de relaciones sexuales

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
12 a 15	19,000	54,286
<12	11,000	31,429
>15	5,000	14,286

Fuente: presente investigación

Gráfica 13. Educación sexual

- El 62,8% de la población refiere haber recibido educación sexual, en su mayoría en sus instituciones educativas.
- El 37,1% de la población refiere no haber recibido ningún tipo de educación sexual.



Fuente: presente investigación

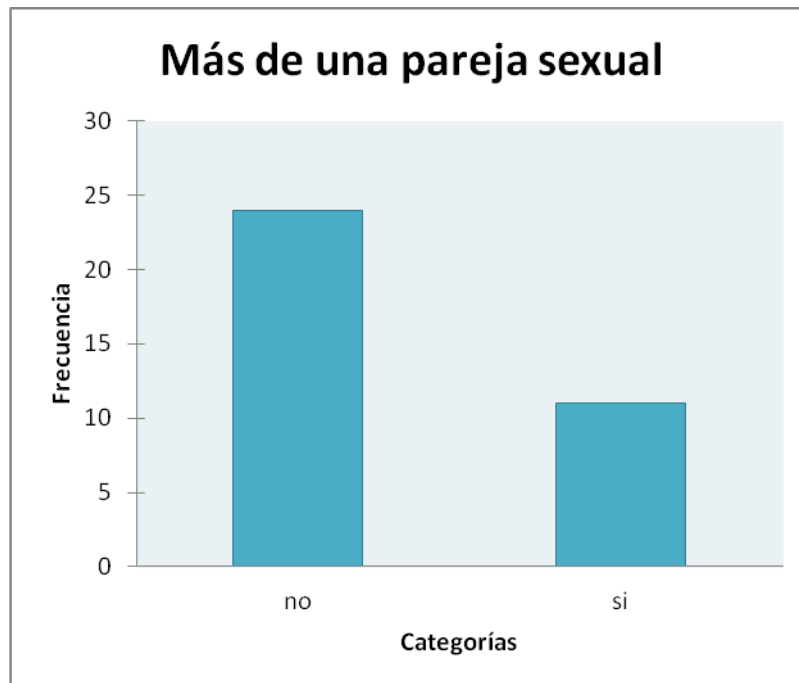
Tabla 13. Educación sexual

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
no	13,000	37,143
si	22,000	62,857

Fuente: presente investigación

Gráfica 14. ¿Más de una pareja sexual antes del embarazo?

- El 68,5% de la población refiere haber tenido solo una pareja sexual hasta su embarazo.
- El 31,4% de la población refiere haber tenido más de una pareja sexual antes de su embarazo.



Fuente: presente investigación

Tabla 14. ¿Más de una pareja sexual antes del embarazo?

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
no	24,000	68,571
si	11,000	31,429

Fuente: presente investigación

Gráfica 15. Métodos de planificación familiar

- El 91% de la población no planifica sexualmente de forma adecuada.
- El 68% de la población refiere que no utilizaba ningún método anticonceptivo.
- El 23% de la población refiere que algunas veces utilizaba algún método anticonceptivo.
- El 9% de la población refiere que siempre utilizaba algún método anticonceptivo.



Fuente: presente investigación

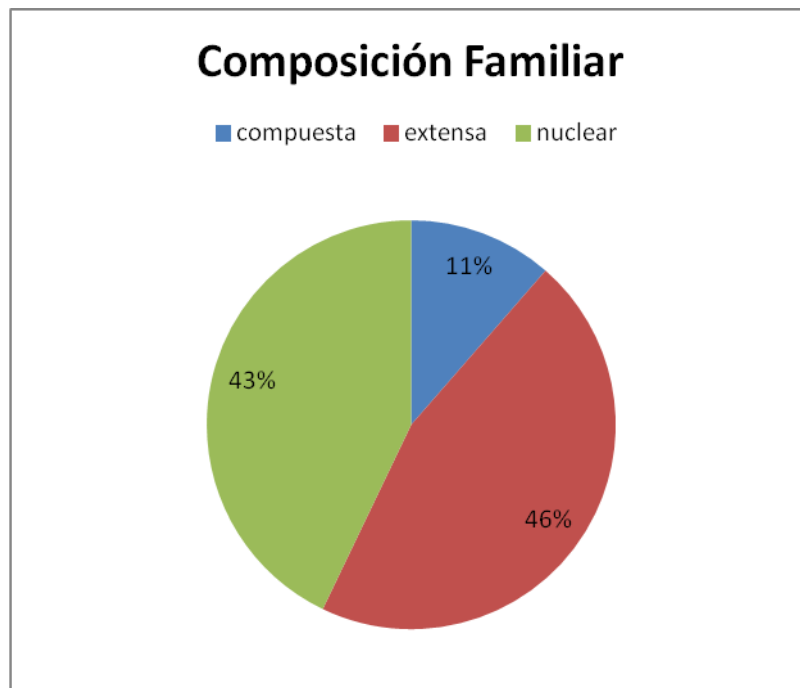
Tabla 15. Métodos de planificación familiar

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
algunas veces	8,000	22,857
nunca	24,000	68,571
siempre	3,000	8,571

Fuente: presente investigación

Gráfica 16. Estructura familiar

- El 46% de población tenía una composición familiar de tipo extensa.
- El 43% de la población tenía una composición familiar de tipo nuclear.
- El 11% de la población tenía una familia compuesta.



Fuente: presente investigación

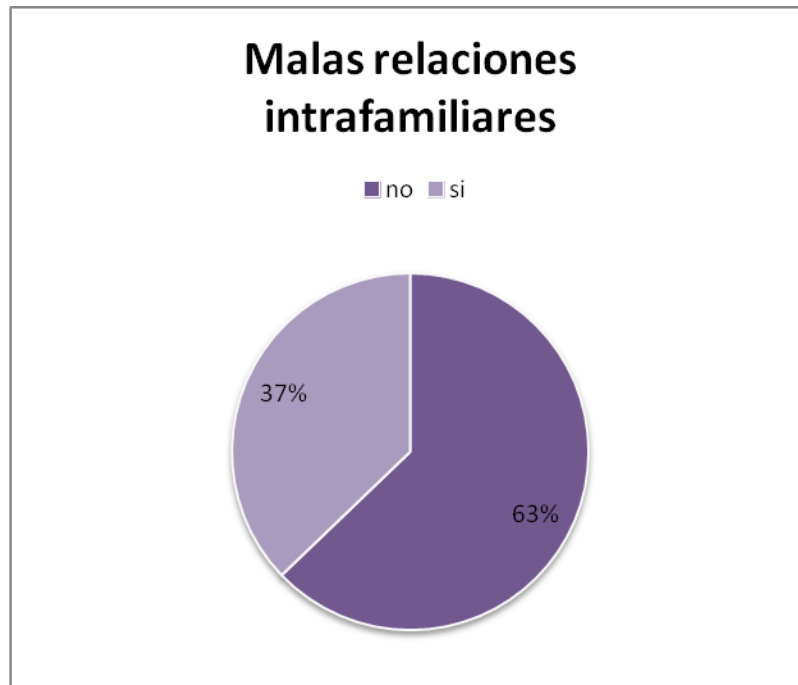
Tabla 16. Estructura familiar

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
compuesta	4,000	11,429
extensa	16,000	45,714
nuclear	15,000	42,857

Fuente: presente investigación

Gráfica 17. Malas relaciones intrafamiliares

- El 63% de población considera que no tenía malas relaciones intrafamiliares.
- El 37% de la población considera que si tenía malas relaciones intrafamiliares.



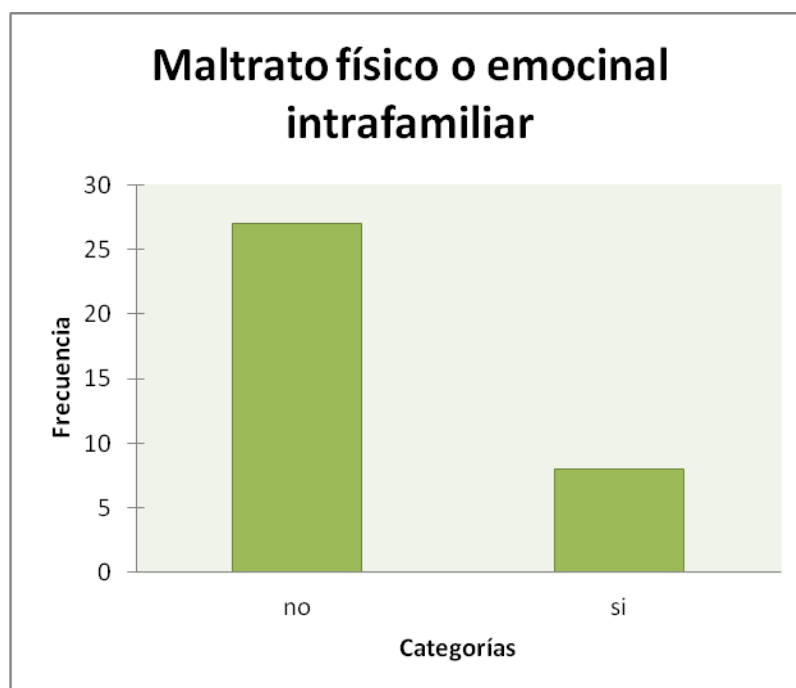
Fuente: presente investigación

Tabla 17. Malas relaciones intrafamiliares

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
no	22,000	62,857
si	13,000	37,143

Gráfica 18. Maltrato físico o emocional intrafamiliar

- El 77,1% de la población refiere que no tuvo ningún tipo de maltrato intrafamiliar.
- El 22,8% de la población refiere que tuvo algún tipo de maltrato intrafamiliar, ya sea físico o emocional.



Fuente: presente investigación

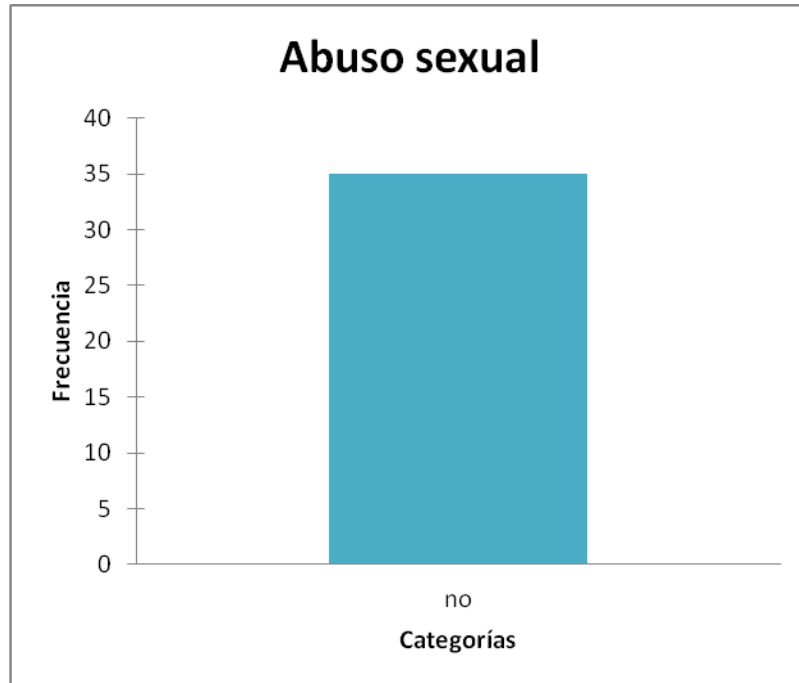
Tabla 18. Maltrato físico o emocional intrafamiliar

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
no	27,000	77,143
si	8,000	22,857

Fuente: presente investigación

Gráfica 19. Usted fue víctima de abuso sexual (evento no aislado), asociado a maltrato intrafamiliar de la cual resulto el embarazo

Ninguna mujer objeto de nuestro estudio fue víctima de abuso sexual.



Fuente: presente investigación

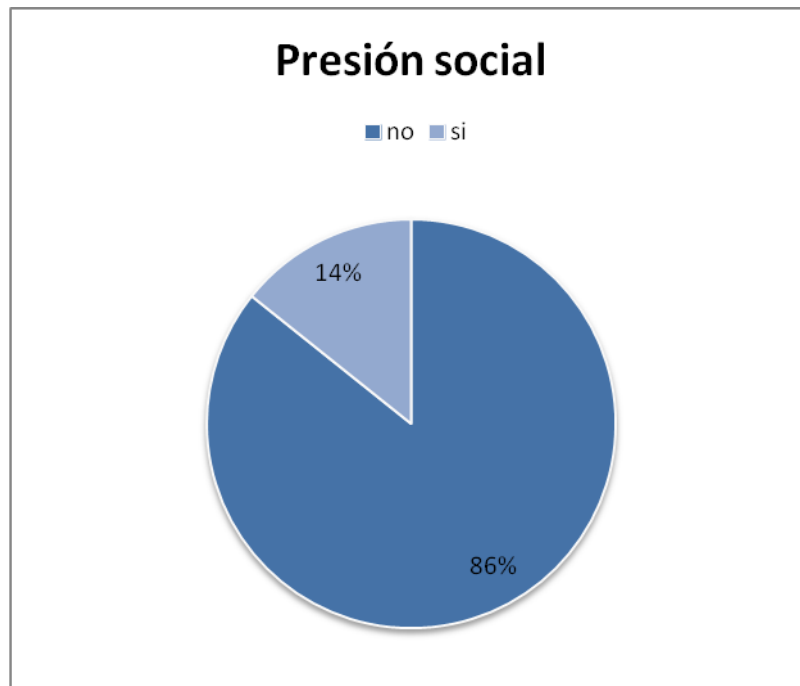
Tabla 19. Usted fue víctima de abuso sexual (evento no aislado), asociado a maltrato intrafamiliar de la cual resulto el embarazo

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
no	35,000	100,000

Fuente: presente investigación

Gráfica 20. ¿Fue presionada socialmente, ya sea familiares, amistades, publicidad, para el inicio de relaciones sexuales?

- El 86% de la población nunca sintió ninguna presión para iniciar sus relaciones sexuales.
- El 14% de la población refiere haberse sentido presionada para iniciar sus relaciones sexuales, en su mayoría por amistades.



Fuente: presente investigación

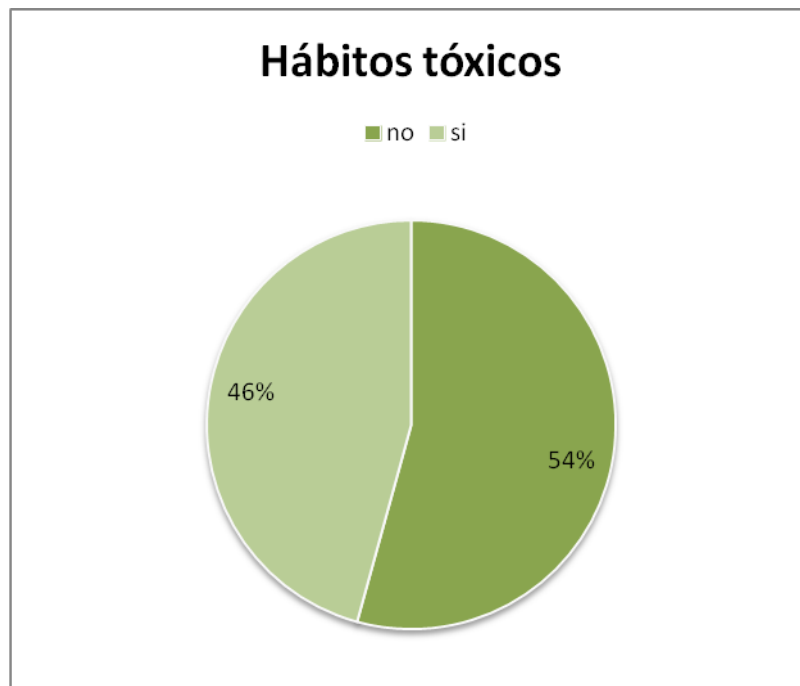
Tabla 20. ¿Fue presionada socialmente, ya sea familiares, amistades, publicidad, para el inicio de relaciones sexuales?

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
no	30,000	85,714
si	5,000	14,286

Fuente: presente investigación

Gráfica 21. Hábitos tóxicos

- El 56% de la población refiere que no tenía ningún hábito tóxico.
- El 46% de la población refiere haber tenido hábitos tóxicos, como ingerir bebidas alcohólicas y fumar cigarrillo.



Fuente: presente investigación

Tabla 21. Hábitos tóxicos

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
no	19,000	54,286
si	16,000	45,714

Fuente: presente investigación

Gráfica 22. ¿El embarazo surgió bajo el consumo de alguna sustancia tóxica?

- El 88,5% de la población refiere que el embarazo no surgió bajo ningún tipo de sustancia tóxica.
- El 11,4% de la población refiere que el embarazo surgió bajo el consumo de una sustancia tóxica; todas refirieron bebidas alcohólicas.



Fuente: presente investigación

Tabla 22. ¿El embarazo surgió bajo el consumo de alguna sustancia tóxica?

Categoría	Frecuencia	Frecuencia (%)
no	31,000	88,571
si	4,000	11,429

Fuente: presente investigación

7. DISCUSIÓN

En este estudio se buscan identificar las variables más significativas que aumentan el riesgo de embarazo a edad temprana, para este estudio, se toman varios trabajos publicados recientemente en revistas indexadas que presentan diferentes variables, algunas de ellas anexadas a nuestro instrumento, las cuales son evaluadas y reportan resultados que son comparados con los datos resultantes de este trabajo. Vale la pena resaltar que se toma como base un artículo de revisión que aunque no es reciente, se ajusta a las necesidades de este proyecto, la revisión mencionada presenta aspectos similares dentro de la investigación, en este, se hace una revisión sobre los aspectos políticos y normativos en salud sexual y reproductiva en los contextos nacional y mundial, así como de los principales factores de riesgo y las tasas de fecundidad en adolescentes, ref. [1]. Por lo que es tomado para comparación con los datos obtenidos en este estudio, no solo por la similitud de las variables, sino porque también se realiza en Colombia y se acerca más a la realidad del conflicto interno que se vive en el país.

Al comparar el grupo etareo para tasas específicas de fecundidad, en el estudio realizado en la ciudad de Medellín, enfocándose a población adolescente en general, indica un número mayor de gestaciones en la adolescencia tardía representada con un 80% aproximadamente que en la temprana que muestra un valor cercano al 4%, contrario a los datos resultantes en este trabajo ya que el 50% de gestaciones ocurren en edades entre los 12 y 15 años de edad con un promedio a los 14 años.

El estudio en el cual nos basamos es realizado por María de los Ángeles. R. ref. [1], el cual indica que uno de cada dos adolescentes no utiliza método de planificación familiar, también muestra que el 23% de los adolescentes hace uso de sustancias tóxicas antes de una relación sexual y 16% de adolescentes siente que no recibió adecuada educación sexual, mientras que en el actual estudio, más del 91% de adolescentes no utiliza método de planificación familiar adecuadamente, 45% aproximadamente consumió sustancias tóxicas antes de la relación sexual y cerca del 37% de las adolescentes siente que no recibió educación sexual o esta no fue adecuada.

Otro aspecto en que también difiere, es, que en la revisión realizada en Medellín, las mujeres inician actividad sexual a los 14 años, mientras que este estudio muestra que el inicio de actividad sexual en su gran mayoría se da entre los 12 y los 15 años.

Otro estudio realizado por María Heilborn y Chistiane Cabral, ref. [2], el cual sintetiza datos sobre el comportamiento sexual y reproductivo de jóvenes brasileños entre los 18 y 24 años, el cual sugiere que el embarazo adolescente no

se relaciona de manera importante a la promiscuidad sexual sino al pensamiento en niveles económicos bajos de que la paternidad es sinónimo de estatus social, lo cual en este estudio se asocia a un 68.6% de adolescentes las cuales solo tuvieron una pareja sexual antes de su embarazo, apoyando la sugerencia antes mencionada.

En una publicación realizada por Patricia Cavazos y col. Ref. [4], la cual estudia la asociación del consumo de sustancias tóxicas y el riesgo de embarazo, muestra que hay una relación directa entre consumo de diferentes sustancias tóxicas y riesgo de embarazo de forma temprana, al igual que en otro estudio realizado por Helen Sweeting y col. Ref. [24], el cual muestra la misma tendencia; dato que no es tan evidente en este estudio según los datos obtenidos ya que estos indican que el 46% de las adolescentes tenían hábitos tóxicos antes del embarazo y una minoría representada con el 11.4% aseguro embarazarse bajo efectos de algún tipo de sustancia tóxica.

Analizando esta información resultante y al compararla con otros estudios, llaman la atención varios aspectos:

- La divergencia de resultados entre el estudio realizado en la ciudad de Medellín y el realizado en la población desplazada residente en San Juan de Pasto, la cual estudiando las posibles causas se explicaría por la diferencias de características que presenta una persona desplazada a una que no lo es, ya que una persona que fue obligada a salir de su lugar de origen es mucho mas vulnerable a variables que a simple vista no podrían ser significativas, pero que en una persona con este antecedente puede ser fundamental para varios aspectos de su vida, incluyendo el mayor riesgo de embarazo a edad temprana, evidenciado por los resultados de las variables evaluadas que indican un valor mucho mayor a la población no desplazada. Además de la fecha y periodo en los cuales se estudiaron son diferentes.

- Otro aspecto que llama la atención es que la población en general tiene un pensamiento erróneo sobre el embarazo precoz, ya que lo asocian a una vida promiscua, lo cual es falso según los datos obtenidos por este trabajo, el cual es similar a los datos obtenidos por el estudio realizado por María Heilborn indicando que el embarazo esta asociado a escasas posibilidades de realización personal y estabilidad económica, además de un pensamiento equivoco sobre la paternidad el cual es indicador de estatus social como ya se menciona en el estudio de comparación.

De acuerdo a la variabilidad entre este estudio y las revisiones bibliográficas mencionadas, se recomienda llevar a cabo más estudios anexando y evaluando otro tipo de variables que se consideren necesarias e importantes de revisar, para verificar y/o reproducir los datos aquí encontrados para tener un conocimiento

claro y mejor sustentado que oriente mejor campañas futuras destinadas a la promoción y prevención del embarazo precoz que tengan un mayor impacto en cuanto a esta problemática de salud pública.

CONCLUSIONES

En general, mediante el análisis de graficas, las variables que cobraron mayor importancia en orden de frecuencia son:

- Inicio precoz de relaciones sexuales
- Pertener a un estrato socioeconómico bajo (89%)
- No tener ingresos económicos o que estos sean escasos (86%)
- Falta de empleo, llevando a no uso adecuado de tiempo libre (85%)
- Residir en lugares donde no exista posibilidad de educación (77%)
- Planificación familiar de manera inadecuada o ausente (77%)
- Malas relaciones intrafamiliares (63%)

Al comparar la información obtenida en la búsqueda bibliográfica y los datos obtenidos en este estudio, se puede evidenciar que la población objeto estudiada, sigue la tendencia general a las variables encontradas, como la falta de educación sexual, las malas relaciones intrafamiliares y el no uso de métodos de planificación, pero existen variables como la edad de presentación del embarazo, la promiscuidad y el uso de sustancias toxicas que divergen de los datos generales presentados en otras revisiones.

Se puede concluir que el inicio precoz de relaciones sexuales se asocia de forma importante al embarazo a temprana edad, este inicio de actividad sexual, se presenta a menor edad en la población estudiada frente a la edad de inicio general de otros estudios revisados.

El pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, así como la falta de ingresos que sustenten sus necesidades básicas, la falta de empleo asociada a la inadecuado uso de su tiempo libre, va de la mano con otros estudios que muestran una tendencia general en la importancia de estas variables asociadas al embarazo adolescente.

La dificultad de ingresar a una institución educativa va de la mano a la inadecuada educación sexual, sobretodo enfocado a la planificación familiar es una característica que se presenta con mayor frecuencia en la población desplazada en comparación con otro tipo de poblaciones estudiadas en otros estudios.

Las inadecuadas relaciones intrafamiliares también cobran importancia al relacionarse con embarazo precoz, sugiriendo la falta de asesoría por parte de su familia.

Al observar la gran diferencia de características de la población adolescente desplazada a otro tipo de poblaciones, se entiende como no se puede generalizar

las variables relacionadas con el embarazo a edad temprana, ya que existen características que hacen de esta población mucho mas vulnerable a detalles que en otras poblaciones no son significativos.

Se hace evidente que existen variables que son contrarias a un pensamiento general de la sociedad, como la promiscuidad o el uso de sustancias toxicas que pudiera estigmatizar a las embarazadas; el cual es generado por falta de conocimiento real sobre los aspectos que están verdaderamente relacionados; ya que el embarazo en la adolescencia no solo es un problema de los jóvenes también existen fallas en la forma de educación y prevención de esta problemática por parte de toda la sociedad.

Como se puede observar el embarazo en la adolescencia está condicionado por múltiples factores psicosociales; la función familiar tiene también un papel importante, pues generalmente el embarazo en adolescentes ocurre en hijos cuyo padre esta ausente y la mujer tiene una relación intensa y ambivalente con la madre; también se puede mirar que hay vínculos afectivos primordiales distantes; y partiendo de esto podría decirse que el mecanismo dominante de la población femenina adolescente, pudiera ser el de una mujer emocionalmente dependiente, que necesitada de afecto, tiende a desear un embarazo consiente o inconsciente, pues el niño por nacer realizara todas sus fantasías maternas y la proveería del afecto que la joven deseaba; y como se puede ver los resultados de este estudio hasta un 45% de la población tiene una composición familiar extensa y un 37% refiere malas relaciones intrafamiliares por lo cual podría corresponder al pensamiento de una mujer emocionalmente dependiente.

La familia tiene una función decisiva en la educación de los hijos, incluyendo la sexual, por lo cual las malas relaciones intrafamiliares llevara a que se descuiden estos aspectos y también se llegue a abandonarla, lo cual supone una relación entre estos factores que contribuiría al desarrollo de un embarazo en la adolescencia; de esta manera la educación sexual es un factor muy importante no solo en los adolescentes sino en toda la familia para orientar a padres e hijos y así evitar las causas y consecuencias de un embarazo a destiempo. Ref. [34]

De realizarse futuras campañas, estas deberán ser integrales, no solo destinadas a prevenir el embarazo a temprana edad, las cuales deberían enfocarse a brindar un acceso total a una educación sexual, impartida por personas idóneas en el tema, que vaya dirigida a la adolescencia temprana, que enfatice en la importancia de iniciar vida sexual en edades mas avanzadas, en las cuales tanto su edad fisiológica y mental sean mas adecuadas, y concienciar a la adolescencia de la planificación familiar para prevenir también enfermedades de transmisión sexual. Sino también una educación familiar, que sea un medio para mejorar las relaciones intrafamiliares, aumentando la confianza en sus familiares con el fin de disminuir el riesgo de embarazo precoz; y mas aun tener en cuenta poblaciones que se encuentran algo abandonadas como lo es la desplazada y que es de gran

problemática para Colombia, se debe hacer una mejor búsqueda de toda la población adolescente. Como ya se menciono, el manejo debe ser integral, y seria fundamental incentivar a la adolescencia para que busquen oportunidades de salir adelante económicamente, brindar las vías necesarias para que sea útil en la sociedad, además de brindar los espacios adecuados para el buen uso de su tiempo libre. Que lleven como fin ultimo a minimizar los riesgos más importantes encontrados en este estudio para disminuir el embarazo a edad temprana con todo lo que esto implica.

Mediante otros datos resultantes, se puede afirmar, que en nuestro estudio, las características de los factores de riesgo evaluados indican generalmente:

- Una gran diversidad en la procedencia de las desplazadas objeto del estudio, a pesar de esta diversidad, se puede determinar que áreas geográficas que son epicentro de conflicto armado son las que mayor numero de desplazamientos presentan los principales son: Tumaco, El Charco y Barbacoas.
- Las edades en la que se dio el embarazo de la población tuvo una mínima de 12 años y una máxima de 17 años, con un promedio de 14 años, indicando un predominio de embarazo en la adolescencia temprana ya que el 50% de los embarazos se dieron en menores de 15 años y el 75% de estos son en adolescentes menores de 16 años.
- Hasta el 25,7% de la población tenia un antecedente familiar de embarazo en la adolescencia, indicando que aunque no es una variable de gran importancia, si existe una relación entre este antecedente y un embarazo precoz.
- Casi la mitad de la población, 48% se embarazo cuando cursaba parte de su secundaria, sugiriendo un déficit de educación sexual por parte de las instituciones educativas donde realizaron sus estudios.
- En cuanto al estado civil, más de la mitad eran solteras al momento del embarazo, donde la mayoría de ellas refieren haber estado con una relación tipo noviazgo lo cual hace pensar que el embarazo no se relaciona a una vida sexual promiscua.
- El 85% de la población no trabajaba, así mismo se observa que el 86% no tenia ningún ingreso económico, y el 89% de la población pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, dato que hace caer en cuenta que a las adolescentes objeto de estudio se les debe evaluar otras variables relacionadas con intereses económicos.
- Se evidencia que mas de 50% de la población si tuvo algún tipo de educación sexual, pero así mismo refieren no que esta no fue adecuada.

- Hasta el 54% de la población había tenido hábitos tóxicos como alcohol o cigarrillo y 11,4% refiere que su embarazo se dio bajo el consumo de alcohol, indicando que aunque existe relación, esta no es significativa.
- El 37% de la población consideraba que tenía malas relaciones intrafamiliares; solo el 22% recibió algún tipo de maltrato y ninguna refiere abuso sexual.
- Lo que se refiere a planificación es un factor muy importante ya que hasta el 68% de la población nunca utilizó ningún método anticonceptivo, y el 91% no planifica adecuadamente, una minoría representada con un 9% hace buen uso de métodos de planificación familiar; y hasta el 31,4% refirió que había tenido más de una pareja sexual a pesar de la educación sexual recibida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maria de los Angeles, R.G., Factores de Riesgo para embarazo adolescente. Medicina Universidad Pontificia Bolivariana, 2008. **27**(1): p. 47-58.
2. Maria Luiza, H. and S.C. Cristiane, A New Look at Teenage Pregnancy in Brazil. ISRN Obstetrics and Gynecology, 2011.
3. Ghazaleh, S. and S.S. Llenc, Adolescent Sexual Behavior and Reproductive Outcomes In Central America: Trends over the Past Two Decades. INSTITUTES NATIONAL OF HEALTH Int Perspect Sex Reproduct Health, 2010. **36**(1).
4. Patricia, A.C.R., et al., Substance Use and the Risk for Sexual Intercourse With and Without a History of Teenage Pregnancy Among Adolescent Females. National Institutes of Health, 2010.
5. Christine, D., et al., Sociocultural Determinants of Teenage Childbearing Among Latinas in California. Matern Child Health J, 2010. **14**: p. 194-201.
6. Amir, M.S. and T.M.N. Abu, Factors associated with teenage marital pregnancy among Bangladeshi women. Reproductive Health, 2011. **8**(16).
7. Lale, S. and M. Mbizvo, Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y practicas e indicadores relacionados. Organizacion Mundial de la Salud, 2009: p. 20.
8. Rosa Maria, N.O. and M.T. Angela Maria. Concepto General Unificado Niñez y Adolescencia. 2010; Available from: www.icbf.gov.co/transparencia/derechobienestar/concepto/concepto_icbf_0027891_2010.html.
9. Paul, M., et al., Código de la Infancia y la Adolescencia. Ley 1098, 2007: p. 10.
10. Jorge, P.M., Adolescente embarazada: características y riesgos. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 1997. **23**(1).
11. Maria, C.R.M., et al., Childbearing during adolescence and offspring mortality: findings from three population-based cohorts in southern Brazil. BMC Public Health, 2011. **11**(781).
12. Melanie, Z., et al., Changes to the law on consent in South Africa: implications for school-based adolescent sexual and reproductive health research. BioMed Central International Health and Human Rights, 2012. **12**(3): p. 3-5.
13. Judith, S., et al., The Long-Term Effects of a Peer-Led Sex Education Programme (RIPLE): A Cluster Randomised Trial in Schools in England. PLoS Medicine, 2008. **5**(11).
14. Frida, M., H. Shigeko, and L. Mariko, Evaluation of a reproductive health awareness program for adolescence in urban Tanzania - A quasi-experimental pre-test post-test research. Reproductive Health, 2011. **8**(21).
15. Kathrin, F.S.-H. and W.H. David, Abstinence-Only Education and Teen Pregnancy Rates: Why We Need Comprehensive Sex Education in the U.S. Plos One, 2011. **6**(10): p. 4-6.
16. Anna Katherina, R.G. Programa de prevención y educación con el fin de disminuir la incidencia de embarazos a temprana edad en niñas y adolescentes. 2012; Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4248/1/Programa-de-prevencion-y-educacion-con-el-fin-de-disminuir-la-incidencia-de-embarazos-a-temprana-edad-en-ninas-y-adolescentes.html>.
17. Dany de Jesus, R.H., et al., Caracterización del embarazo en la adolescencia. Barrio La Victoria, Barquisimeto, Estado Lara. Venezuela. 2008-2009. Gaceta Medica Espirituana 2010, 2010. **12**(3): p. 1-3.

18. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, U. Hechos sobre Adolescencia y Jovenes en America Latina y el Caribe. 2011; Available from: [www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf).
19. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, D. Censo General 2005. 2005; Available from: www.dane.gov.co.
20. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, D. Información Estadística. Colombia, Estimaciones de la Fecundidad. 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020. Nacionales y Departamentales. 2005; Available from: www.dane.gov.co.
21. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, P., Desplazamiento Forzado Tierras y Territorios. 2011.
22. PROFAMILIA. Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginales: Situación de las Mujeres Desplazadas. 2005; Available from: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/desplazados_2000/Resumen_periodistico/resumen_desplazados_2000.pdf.
23. Carlos Ivan, P.S. and E. Carolina, Derechos de salud sexual y reproductiva de los desplazados internos colombianos. *Revista Migraciones Forzadas*, 2004. **19**: p. 25-6.
24. Helen, S., Y. Caroline, and H. Sally, Changes in the socio-demographic patterning of late adolescent health risk behaviours during 1990s: analysis of two West of Scotland cohort studies. *BMC Public Health*, 2011. **11**(829).
25. Juan, R.I. Embarazo en la Adolescencia. 2001; Available from: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.
26. Beatris, P.G. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. 1998; Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/31/61>.
27. UNICEF. DEPARTAMENTO DE NARIÑO. Available from: <http://www.unicef.org.co/Gobernadores/DEPARTAMENTOS/NARINO/2.pdf>.
28. Juan, M.N. Educación de Calidad El Camino para la Prosperidad. 2011; Available from: <http://www.mineducacion.gov.co/observatorio/1722/article-274655.html>.
29. Alma Virginia, C.H., Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes y Jovenes de America Latina y El Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1988. Organización Panamericana de la Salud, 2000. **1**: p. 12-63.
30. OMS, O. PLANIFICACIÓN FAMILIAR. 2007; Available from: <http://es.scribd.com/doc/2197459/Manual-OMS-Planificacion-Familiar>.
31. Ricardo, S., et al., Guía para el uso de métodos anticonceptivos. MINISTERIO DE SALUD, 2009.
32. PROFAMILIA. MÉTODOS PLANIFICACIÓN. 2011; Available from: <http://www.profamilia.org.co/index.php?...10%3Ametodos-anticonceptivos>.
33. MINSALUD, G. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. 2012; Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx>.
34. Angela, V.M., et al., MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL EMBARAZO PRECOZ. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1998. **24**(3): p. 137-44.

ANEXOS

Anexo A. Instrumento para la recolección de la información

1. ¿Edad en años en la cual se embarazo?

- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17

2. ¿Lugar de procedencia?

- _____

3. ¿En que comuna vive?

- _____

4. ¿Cual era su tipo de residencia?

- Propietaria
- Anticresis
- Arrendo
- Allegada

5. ¿Cuál era su nivel socioeconómico?

- Alto
- Medio
- Bajo

6. ¿Tenia ingresos económicos?

- No
- Si

7. ¿Trabajaba en ese momento?

- No
- Si
- En que:

8. ¿Cual era su estado civil?

- Soltera
- Casada

- Unión libre
 - Viuda
- 9.** ¿Cual era su nivel de educación en el momento del embarazo?
- Parte de primaria
 - Básica primaria
 - Parte de secundaria
 - Básica secundaria
 - Técnico
 - Universitaria
- 10.** ¿Considera el embarazo a edad temprana normal?
- No
 - Si
- 11.** ¿Hay antecedentes familiares de embarazo en adolescencia?
- Si
 - No
 - Quien:
- 12.** Edad de inicio de relaciones sexuales
- Menor de 12
 - Entre 12 y 15
 - Entre 15 y 17
- 13.** ¿Ha recibido educación sexual?
- No
 - Si
 - Por personal capacitado:
- 14.** ¿Más de una pareja sexual antes del embarazo?
- No
 - Si
- 15.** ¿Hacia uso de métodos de planificación familiar de acuerdo con su educación sexual (métodos de barrera, hormonales, naturales)?
- Siempre
 - Algunas veces
 - Nunca
- 16.** Composición de estructura familiar
- Nuclear
 - Extensa

- Compuesta
- 17.** ¿Tiene malas relaciones intrafamiliares?
- Si
 - No
 - Con quien:
- 18.** ¿Existió maltrato físico o emocional intrafamiliar?
- No
 - Si
- 19.** ¿Fue víctima de abuso sexual (evento no aislado), asociado a maltrato intrafamiliar de la cual resulto el embarazo?
- No
 - Si
 - Por parte de quien:
- 20.** ¿Fue presionada socialmente, ya sea familiares, amistades, publicidad, para el inicio de relaciones sexuales?
- No
 - Si
 - Por parte de quien:
- 21.** ¿Tiene hábitos tóxicos?
- No
 - Si
 - Cuales:
- 22.** ¿El embarazo surgió bajo el consumo de alguna sustancia toxica?
- No
 - Si
 - Cual:



ESTUDIO DE PREVALENCIA

FACTORES QUE LLEVAN AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DESPLAZADAS RESIDENTES EN PASTO EN EL PERIODO 2009-2011

Factors That Lead To Pregnancy In
Adolescent Displaced Residents In Pasto
In The Period 2009 – 2011

*Ricardo J. Charfuelan, Johnny A. Cisneros, Daniel J.
Fainbaum, Bayron D. Garcia*

RESUMEN

En esta investigación, se hace un estudio de prevalencia en adolescentes desplazadas sobre los aspectos sociodemográficos, conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, conducta sexual, influencia ejercida por terceros, relaciones interpersonales y consumo de sustancias tóxicas. Enfocándolas así integralmente, para determinar los factores prevalentes que llevan a su embarazo, teniendo en cuenta los factores generales, particulares y singulares que se relacionan a gestación temprana en población desplazada durante el periodo mencionado.

Palabras clave: Embarazo temprano, factores de riesgo, epidemiología.

SUMMARY

In this research, a study of prevalence in adolescents displaced on sociodemographic, knowledge about sexual and reproductive health, sexual behavior, influence of others, interpersonal relationships and toxic substance. Focusing them fully and to determine the prevalent factors leading to her pregnancy, taking into account factors, specific and unique that relate to early gestation displaced during the mentioned period.

Keywords: *Early pregnancy, risk factors, epidemiology.*

CAPULETO: *Repetiré solo lo que antes dije. Mi hija es aún extranjera en el mundo, todavía no ha pasado los catorce años, dejemos palidecer el orgullo de otros dos veranos antes de juzgarla a propósito para el matrimonio.*

PARIS: *Algunas más jóvenes que ella son ya madres felices.*

CAPULETO: *Y esas madres prematuras se marchitan demasiado pronto.*

Romeo y Julieta. (Acto I escena II, William Shakespeare, 1594)

INTRODUCCION

¿Cuales son los factores prevalentes que llevan a una adolescente desplazada residente en San Juan de Pasto a embarazarse en el periodo 2009 – 2011?

Esta investigación se realizó con el fin esclarecer los factores prevalentes que pueden incidir para que una adolescente se embaracé, analizándolo dentro de una población vulnerable como lo es la desplazada ya que existe una relación fuerte con el embarazo a edad temprana. Ref. [1]. Se abarcó a la adolescente, su perfil sociodemográfico, su nivel de conocimientos sobre educación sexual, así como su conducta sexual, su influencia por parte de relaciones interpersonales y si consume o no algún tipo de sustancia toxica; ya que el enfoque integral de esta problemática implica tener en cuenta los factores generales, particulares y

singulares que inciden en esta y sus posibles interrelaciones. Ref. [2-6].

Embarazo adolescente, se define como aquel que se produce en una mujer que se encuentra entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la adolescencia a la edad comprendida entre los 10 y los 19 años, considerándose tres fases, la temprana de 10 a 12 años, la media de 13 a 16 años y la tardía de 17 a 20 años. Ref. [7]; Este rango de edad es de importancia porque es en el cual se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad.

En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas

que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica, establecida por los distintos países del mundo, así como la de las mujeres adolescentes que están en situación de dependencia de la familia de origen. Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) un adolescente es aquel que se encuentra entre los 12 y 18 años de edad, siendo este límite el que divide jurídicamente a una persona adulta de la adolescencia en Colombia según el código de Infancia y Adolescencia. Ref. [8, 9].

El embarazo en la adolescencia, o en edades tempranas es un fenómeno desencadenante de diferentes problemas asociados. En lo que corresponde a la salud, las tasas más altas de mortalidad infantil pertenecen a embarazos en edades tempranas, lo cual a su vez pone en riesgo la vida de la madre adolescente debido al surgimiento de enfermedades y complicaciones, entre otros problemas relacionados. Entre los más importantes se encuentran: Ref.[10, 11].

- Del embarazo: anemia, escasa ganancia de peso materna asociada, infección urinaria (incluida la bacteriuria asintomática), infecciones vaginales, estados hipertensivos gestacionales, aborto, amenaza de parto y parto pretérmino, hemorragias asociadas con afecciones placentarias, desprendimiento prematuro de membrana normoinsera (DPMNI), rotura prematura de membranas, retardo del crecimiento intrauterino,

embarazo cronológicamente prolongado y la diabetes gestacional.

- Del parto: trabajo de parto prolongado, partos operatorios (instrumentados o cesárea), desgarros del canal blando del parto y hemorragias.
- Del puerperio: endometritis, abscesos de pared, anemia, sepsis de la herida quirúrgica, sepsis de la rafia, mastitis, entre otras.
- Perinatales: se destacan el bajo peso y la depresión al nacer.

Esta información, hace caer en cuenta sobre la importancia de la educación de la sexualidad en la adolescencia y los métodos de prevención, estos deben ser motivo de preocupación de los medios de comunicación, de los adolescentes, padres y de todos los integrantes de la sociedad. Ref.[3, 12-14]. Así como de las entidades de salud, para contribuir a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo precoz, que genera un sinnúmero de problemas, algunos de ellos antes mencionados. Ref. [15, 16].

En Colombia, según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), en un libro llamado "Desplazamiento forzado, tierras y territorios" publicado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Bogotá Colombia en abril de 2011, existen mas de 3.6 millones de desplazados internos a 31 de diciembre de 2010. Ref. [21]. Esta población, dadas sus condiciones, es víctima de la exclusión social

relacionada con la salud, educación y empleo, que se asocian a embarazo temprano. Ref. [1].

En un estudio realizado por la Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (PROFAMILIA) en el año 2005, se encontró que el 30% de las mujeres desplazadas en edades entre los 13 y 19 años han estado embarazadas al menos una vez, comparado con menos del 20% para todas las colombianas en este grupo de edad; tienen el porcentaje más bajo de acceso a atención prenatal en centros de salud; 81% de las desplazadas internas jóvenes, sexualmente activas, no usan ningún método anticonceptivo; la violencia basada en género es una situación común en las zonas de conflicto; el 52% de las mujeres reportan maltrato físico de sus compañeros. Ref. [22-24].

METODOLOGIA

Estudio cuantitativo, ya que se identifica y cita los factores prevalentes que llevan a un embarazo en edad temprana en población desplazada. El diseño del estudio es observacional, donde los investigadores no intervienen en la población estudiada, se describen las frecuencias pero no se establece factor causal, es un estudio de prevalencia.

Población: Adolescentes desplazadas por cualquier motivo de su lugar de origen, que entre los 10 y 17 años de edad hayan estado o estén en gestación, registradas en la base de datos de la Unidad de Atención y Orientación a la población desplazada (UAO)

residentes actualmente en el municipio de Pasto, en el periodo 2009–2011.

La base de datos de la UAO registra 1.169 desplazados residentes en el municipio de Pasto, entre el 1 de febrero de 2009 a 28 de marzo de 2012, a esta base se le aplican los filtros correspondientes para ir delimitando la población objeto, y en el proceso se obtienen datos de importancia, mostrando que de esta población, 638 (54.6%) son mujeres, donde 86 (13.5%) de ellas estuvieron entre los 10 y 17 años entre los años 2009 y 2011, de las cuales 35 (40.7%) adolescentes estuvieron o están actualmente en gestación. Por lo que se decide trabajar con las 35 personas que se ajustan a la población objeto de estudio.

Se excluyen a las adolescentes que por cualquier motivo salgan del estudio, a quienes no firmen el consentimiento informado, adolescentes que no estén dispuestas a entrar en el estudio y adolescentes víctimas de violencia sexual no relacionada con maltrato familiar.

VARIABLES: Entre las variables que cobraron mayor importancia en el estudio y de las cuales se presentan resultados, discusión y conclusiones están:

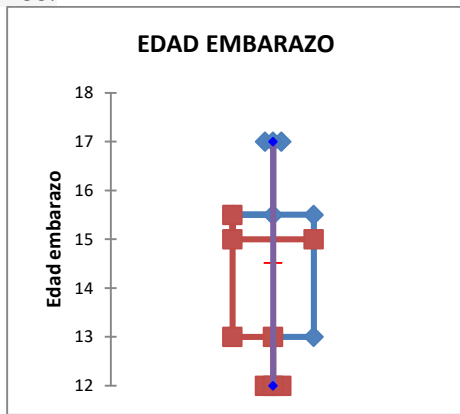
Edad a la cual se dio la gestación, lugar de procedencia, inicio de la actividad sexual, estrato socioeconómico, ingresos económicos, actividad laboral, y planificación familiar.

Recolección de información y análisis estadístico: Información recolectada mediante encuesta

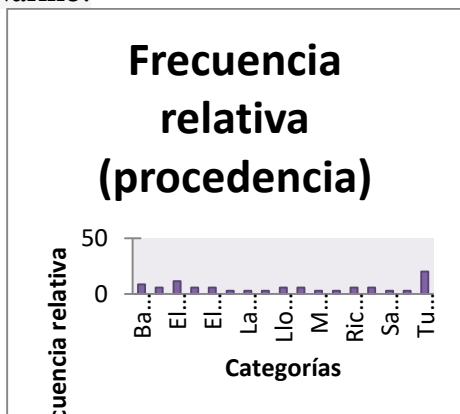
personal, los datos obtenidos son tabulados en Excel y el análisis univariado se lo realiza mediante graficas resultantes de XL-stat.

RESULTADOS

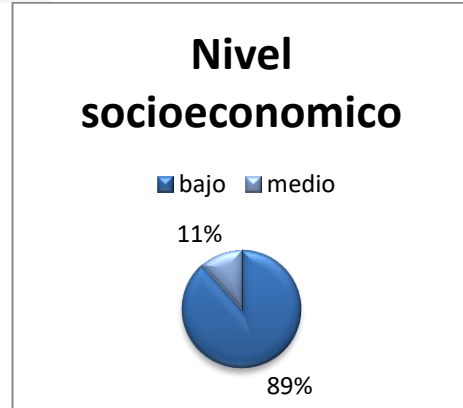
Las adolescentes estudiadas estuvieron en gestación desde los 12 hasta los 17 años, con una media de 14 años, donde el 75% de ellas estuvo en embarazo antes de los 16 años.



Aunque la mayoría de población estudiada presenta gran diversidad en cuanto a su procedencia, es evidente que la mayoría de desplazamientos ocurren en lugares epicentro de conflicto armado de Nariño.



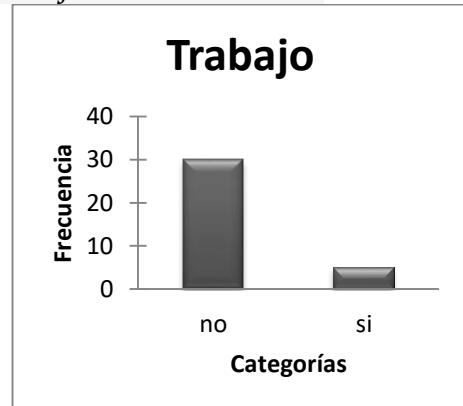
La población objeto de estudio vive en su mayoría en nivel socioeconómico bajo que comprende estratos 1 y 2 representados con un 89%



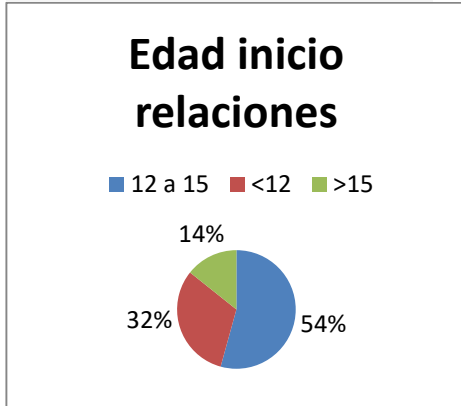
El 86% de la población estudiada no tenía ingresos económicos propios.



El 85% de la población no tenía trabajo en ese momento.



Impresiona la edad a la cual un 32% de la población ya ha iniciado actividad sexual antes de los 12 años y que el 87% ya ha tenido relaciones sexuales a los 15 años o menos.



La población estudiada refiere que solo algunas veces representada con un 23% utiliza métodos de planificación y un 68% nunca utiliza, dando un total de 91% de personas que no utiliza adecuadamente métodos de planificación familiar.



DISCUSIÓN

En este estudio se buscan identificar las variables más significativas que aumentan el riesgo de embarazo a edad temprana, para este estudio, se toman varias trabajos publicados recientemente en revistas indexadas que presentan diferentes variables,

algunas de ellas anexadas a nuestro instrumento, las cuales son evaluadas y reportan resultados que son comparados con los datos resultantes de este trabajo. Vale la pena resaltar que se toma como base un artículo de revisión que aunque no es reciente, se ajusta a las necesidades de este proyecto, la revisión mencionada presenta aspectos similares dentro de la investigación, en este, se hace una revisión sobre los aspectos políticos y normativos en salud sexual y reproductiva en los contextos nacional y mundial, así como de los principales factores de riesgo y las tasas de fecundidad en adolescentes, ref. [1]. Por lo que es tomado para comparación con los datos obtenidos en este estudio, no solo por la similitud de las variables, sino porque también se realiza en Colombia y se acerca más a la realidad del conflicto interno que se vive en el país.

Al comparar el grupo etareo para tasas específicas de fecundidad, en el estudio realizado en la ciudad de Medellín, enfocándose a población adolescente en general, indica un número mayor de gestaciones en la adolescencia tardía representada con un 80% aproximadamente que en la temprana que muestra un valor cercano al 4%, contrario a los datos resultantes en este trabajo ya que el 50% de gestaciones ocurren en edades entre los 12 y 15 años de edad con un promedio a los 14 años. El estudio en el cual nos basamos es realizado por María de los Ángeles. R. ref. [1], el cual indica que uno de cada dos adolescentes no utiliza método de planificación familiar,

también muestra que el 23% de los adolescentes hace uso de sustancias tóxicas antes de una relación sexual y 16% de adolescentes siente que no recibió adecuada educación sexual, mientras que en el actual estudio, más del 91% de adolescentes no utiliza método de planificación familiar adecuadamente, 45% aproximadamente consumió sustancias tóxicas antes de la relación sexual y cerca del 37% de las adolescentes siente que no recibió educación sexual o esta no fue adecuada.

Otro aspecto en que también difiere, es, que en la revisión realizada en Medellín, las mujeres inician actividad sexual a los 14 años, mientras que este estudio muestra que el inicio de actividad sexual en su gran mayoría se da entre los 12 y los 15 años.

Otro estudio realizado por María Heilborn y Chistiane Cabral, ref. [2], el cual sintetiza datos sobre el comportamiento sexual y reproductivo de jóvenes brasileños entre los 18 y 24 años, el cual sugiere que el embarazo adolescente no se relaciona de manera importante a la promiscuidad sexual sino al pensamiento en niveles económicos bajos de que la paternidad es sinónimo de estatus social, lo cual en este estudio se asocia a un 68.6% de adolescentes las cuales solo tuvieron una pareja sexual antes de su embarazo, apoyando la sugerencia antes mencionada.

En una publicación realizada por Patricia Cavazos y col. Ref. [4], la cual estudia la asociación del consumo de sustancias tóxicas y el

riesgo de embarazo, muestra que hay una relación directa entre consumo de diferentes sustancias tóxicas y riesgo de embarazo de forma temprana, al igual que en otro estudio realizado por Helen Sweeting y col. Ref. [24], el cual muestra la misma tendencia; dato que no es tan evidente en este estudio según los datos obtenidos ya que estos indican que el 46% de las adolescentes tenían hábitos tóxicos antes del embarazo y una minoría representada con el 11.4% asegura embarazarse bajo efectos de algún tipo de sustancia tóxica.

Analizando esta información resultante y al compararla con otros estudios, llaman la atención varios aspectos:

- La divergencia de resultados entre el estudio realizado en la ciudad de Medellín y el realizado en la población desplazada residente en San Juan de Pasto, la cual estudiando las posibles causas se explicaría por las diferencias de características que presenta una persona desplazada a una que no lo es, ya que una persona que fue obligada a salir de su lugar de origen es mucho más vulnerable a variables que a simple vista no podrían ser significativas, pero que en una persona con este antecedente puede ser fundamental para varios aspectos de su vida, incluyendo el mayor riesgo de embarazo a edad temprana, evidenciado por los resultados de las variables evaluadas que indican un valor mucho mayor a

la población no desplazada. Además de la fecha y periodo en los cuales se estudiaron son diferentes.

- Otro aspecto que llama la atención es que la población en general tiene un pensamiento erróneo sobre el embarazo precoz, ya que lo asocian a una vida promiscua, lo cual es falso según los datos obtenidos por este trabajo, el cual es similar a los datos obtenidos por el estudio realizado por María Heilborn indicando que el embarazo esta asociado a escasas posibilidades de realización personal y estabilidad económica, además de un pensamiento equivoco sobre la paternidad el cual es indicador de estatus social como ya se menciona en el estudio de comparación.

De acuerdo a la variabilidad entre este estudio y las revisiones bibliográficas mencionadas, se recomienda llevar a cabo más estudios anexando y evaluando otro tipo de variables que se consideren necesarias e importantes de revisar, para verificar y/o reproducir los datos aquí encontrados para tener un conocimiento claro y mejor sustentado que oriente mejor campañas futuras destinadas a la promoción y prevención del embarazo precoz que tengan un mayor impacto en cuanto a esta problemática de salud publica.

CONCLUSIONES

En general, mediante el análisis de graficas, las variables que cobraron mayor importancia en orden de frecuencia son:

- Inicio precoz de relaciones sexuales (75%)
- Pertenecer a un estrato socioeconómico bajo (89%)
- No tener ingresos económicos o que estos sean escasos (86%)
- Falta de empleo, llevando a no uso adecuado de tiempo libre (85%)
- Residir en lugares donde no exista posibilidad de educación (77%)
- Planificación familiar de manera inadecuada o ausente (77%)
- Malas relaciones intrafamiliares (63%)

Al comparar la información obtenida en la búsqueda bibliográfica y los datos obtenidos en este estudio, se puede evidenciar que la población objeto estudiada, sigue la tendencia general a las variables encontradas, como la falta de educación sexual, las malas relaciones intrafamiliares y el no uso de métodos de planificación, pero existen variables como la edad de presentación del embarazo, la promiscuidad y el uso de sustancias toxicas que divergen de los datos generales presentados en otras revisiones.

Se puede concluir que el inicio precoz de relaciones sexuales se asocia de forma importante al embarazo a temprana edad, este inicio de actividad sexual, se presenta a menor edad en la población estudiada frente a la edad

de inicio general de otros estudios revisados.

El pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, así como la falta de ingresos que sustenten sus necesidades básicas, la falta de empleo asociada a la inadecuado uso de su tiempo libre, va de la mano con otros estudios que muestran una tendencia general en la importancia de estas variables asociadas al embarazo adolescente.

La dificultad de ingresar a una institución educativa va de la mano a la inadecuada educación sexual, sobretodo enfocado a la planificación familiar es una característica que se presenta con mayor frecuencia en la población desplazada en comparación con otro tipo de poblaciones estudiadas en otros estudios.

Las inadecuadas relaciones intrafamiliares también cobran importancia al relacionarse con embarazo precoz, sugiriendo la falta de asesoría por parte de su familia.

Al observar la gran diferencia de características de la población adolescente desplazada a otro tipo de poblaciones, se entiende como no se puede generalizar las variables relacionadas con el embarazo a edad temprana, ya que existen características que hacen de esta población mucho mas vulnerable a detalles que en otras poblaciones no son significativos.

Se hace evidente que existen variables que son contrarias a un pensamiento general de la sociedad, como la promiscuidad o el uso de sustancias toxicas que pudiera

estigmatizar a las embarazadas; el cual es generado por falta de conocimiento real sobre los aspectos que están verdaderamente relacionados; ya que el embarazo en la adolescencia no solo es un problema de los jóvenes también existen fallas en la forma de educación y prevención de esta problemática por parte de toda la sociedad.

Como se puede observar el embarazo en la adolescencia está condicionado por múltiples factores psicosociales; la función familiar tiene también un papel importante, pues generalmente el embarazo en adolescentes ocurre en hijos cuyo padre esta ausente y la mujer tiene una relación intensa y ambivalente con la madre; también se puede mirar que hay vínculos afectivos primordiales distantes; y partiendo de esto podría decirse que el mecanismo dominante de la población femenina adolescente, pudiera ser el de una mujer emocionalmente dependiente, que necesitada de afecto, tiende a desear un embarazo consiente o inconsciente, pues el niño por nacer realizara todas sus fantasías maternas y la proveería del afecto que la joven deseaba; y como se puede ver los resultados de este estudio hasta un 45% de la población tiene una composición familiar extensa y un 37% refiere malas relaciones intrafamiliares por lo cual podría corresponder al pensamiento de una mujer emocionalmente dependiente.

La familia tiene una función decisiva en la educación de los hijos,

incluyendo la sexual, por lo cual las malas relaciones intrafamiliares llevara a que se descuiden estos aspectos y también se llegue a abandonarla, lo cual supone una relación entre estos factores que contribuiría al desarrollo de un embarazo en la adolescencia; de esta manera la educación sexual es un factor muy importante no solo en los adolescentes sino en toda la familia para orientar a padres e hijos y así evitar las causas y consecuencias de un embarazo a destiempo. Ref. [34]

De realizarse futuras campañas, estas deberán ser integrales, no solo destinadas a prevenir el embarazo a temprana edad, las cuales deberían enfocarse a brindar un acceso total a una educación sexual, impartida por personas idóneas en el tema, que vaya dirigida a la adolescencia temprana, que enfatice en la importancia de iniciar vida sexual en edades mas avanzadas, en las cuales tanto su edad fisiológica y mental sean mas adecuadas, y concienciar a la adolescencia de la planificación familiar para prevenir también enfermedades de transmisión sexual. Sino también una educación familiar, que sea un medio para mejorar las relaciones intrafamiliares, aumentando la confianza en sus familiares con el fin de disminuir el riesgo de embarazo precoz; y mas aun tener en cuenta poblaciones que se encuentran algo abandonadas como lo es la desplazada y que es de gran problemática para Colombia, se debe hacer una mejor búsqueda de toda la población adolescente. Como ya se menciono, el manejo debe ser integral, y seria fundamental

incentivar a la adolescencia para que busquen oportunidades de salir adelante económicamente, brindar las vías necesarias para que sea útil en la sociedad, además de brindar los espacios adecuados para el buen uso de su tiempo libre. Que lleven como fin ultimo a minimizar los riesgos más importantes encontrados en este estudio para disminuir el embarazo a edad temprana con todo lo que esto implica.

Mediante otros datos resultantes, se puede afirmar, que en nuestro estudio, las características de los factores de riesgo evaluados indican generalmente:

- Una gran diversidad en la procedencia de las desplazadas objeto del estudio, a pesar de esta diversidad, se puede determinar que áreas geográficas que son epicentro de conflicto armado son las que mayor numero de desplazamientos presentan los principales son: Tumaco, El Charco y Barbacoas.
- Las edades en la que se dio el embarazo de la población tuvo una mínima de 12 años y una máxima de 17 años, con un promedio de 14 años, indicando un predominio de embarazo en la adolescencia temprana ya que el 50% de los embarazos se dieron en menores de 15 años y el 75% de estos son en adolescentes menores de 16 años.

- Hasta el 25,7% de la población tenía un antecedente familiar de embarazo en la adolescencia, indicando que aunque no es una variable de gran importancia, si existe una relación entre este antecedente y un embarazo precoz.
- Casi la mitad de la población, 48% se embarazó cuando cursaba parte de su secundaria, sugiriendo un déficit de educación sexual por parte de las instituciones educativas donde realizaron sus estudios.
- En cuanto al estado civil, más de la mitad eran solteras al momento del embarazo, donde la mayoría de ellas refieren haber estado con una relación tipo noviazgo lo cual hace pensar que el embarazo no se relaciona a una vida sexual promiscua.
- El 85% de la población no trabajaba, así mismo se observa que el 86% no tenía ningún ingreso económico, y el 89% de la población pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, dato que hace caer en cuenta que a las adolescentes objeto de estudio se les debe evaluar otras variables relacionadas con intereses económicos.
- Se evidencia que más de 50% de la población si tuvo algún tipo de educación sexual, pero así mismo refieren no que esta no fue adecuada.
- Hasta el 54% de la población había tenido hábitos tóxicos como alcohol o cigarrillo y 11,4% refiere que su embarazo se dio bajo el consumo de alcohol, indicando que aunque existe relación, esta no es significativa.
- El 37% de la población consideraba que tenía malas relaciones intrafamiliares; solo el 22% recibió algún tipo de maltrato y ninguna refiere abuso sexual.
- Lo que se refiere a planificación en un factor muy importante ya que hasta el 68% de la población nunca utilizó ningún método anticonceptivo, y el 91% no planifica adecuadamente, una minoría representada con un 9% hace buen uso de métodos de planificación familiar; y hasta el 31,4% refirió que había tenido más de una pareja sexual a pesar de la educación sexual recibida.

BIBLIOGRAFIA

1. Maria de los Angeles, R.G., Factores de Riesgo para embarazo adolescente. Medicina Universidad Pontificia Bolivariana, 2008. **27**(1): p. 47-58.
2. Maria Luiza, H. and S.C. Cristiane, A New Look at Teenage Pregnancy in Brazil. ISRN Obstetrics and Gynecology, 2011.
3. Ghazaleh, S. and S.S. Llenc, Adolescent Sexual Behavior and Reproductive Outcomes In Central America: Trends over the Past Two Decades. INSTITUTES NATIONAL OF HEALTH Int

- Perspect Sex Reproduct Health, 2010. **36**(1).
4. Patricia, A.C.R., et al., Substance Use and the Risk for Sexual Intercourse With and Without a History of Teenage Pregnancy Among Adolescent Females. National Institutes of Health, 2010.
 5. Christine, D., et al., Sociocultural Determinants of Teenage Childbearing Among Latinas in California. *Matern Child Health J*, 2010. **14**: p. 194-201.
 6. Amir, M.S. and T.M.N. Abu, Factors associated with teenage marital pregnancy among Bangladeshi women. *Reproductive Health*, 2011. **8**(16).
 7. Lale, S. and M. Mbizvo, Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva: consideraciones conceptuales y practicas e indicadores relacionados. *Organizacion Mundial de la Salud*, 2009: p. 20.
 8. Rosa Maria, N.O. and M.T. Angela Maria. *Concepto General Unificado Niñez y Adolescencia*. 2010; Available from: www.icbf.gov.co/transparencia/derecho-bienestar/concepto/concepto_icbf_0027891_2010.html.
 9. Paul, M., et al., Código de la Infancia y la Adolescencia. *Ley 1098*, 2007: p. 10.
 10. Jorge, P.M., Adolescente embarazada: características y riesgos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1997. **23**(1).
 11. Maria, C.R.M., et al., Childbearing during adolescence and offspring mortality: findings from three population-based cohorts in southern Brazil. *BMC Public Health*, 2011. **11**(781).
 12. Melanie, Z., et al., Changes to the law on consent in South Africa: implications for school-based adolescent sexual and reproductive health research. *BioMed Central International Health and Human Rights*, 2012. **12**(3): p. 3-5.
 13. Judith, S., et al., The Long-Term Effects of a Peer-Led Sex Education Programme (RIPLÉ): A Cluster Randomised Trial in Schools in England. *PLoS Medicine*, 2008. **5**(11).
 14. Frida, M., H. Shigeko, and L. Mariko, Evaluation of a reproductive health awareness program for adolescence in urban Tanzania - A quasi-experimental pre-test post-test research. *Reproductive Health*, 2011. **8**(21).
 15. Kathrin, F.S.-H. and W.H. David, Abstinence-Only Education and Teen Pregnancy Rates: Why We Need Comprehensive Sex Education in the U.S. *Plos One*, 2011. **6**(10): p. 4-6.
 16. Anna Katherina, R.G. Programa de prevención y educación con el fin de disminuir la incidencia de embarazos a temprana edad en niñas y adolescentes. 2012; Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/4248/1/Programa-de-prevencion-y-educacion-con-el-fin-de-disminuir-la-incidencia-de-embarazos-a-temprana-edad-en-ninas-y-adolescentes.html>.
 17. Dany de Jesus, R.H., et al., Caracterización del embarazo en la adolescencia. Barrio La Victoria, Barquisimeto, Estado Lara. Venezuela. 2008-2009. *Gaceta Medica Espirituana* 2010, 2010. **12**(3): p. 1-3.
 18. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, U. *Hechos sobre Adolescencia y Jóvenes en América Latina y el Caribe*. 2011; Available from: [www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Fast_facts_SP(1).pdf).
 19. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, D. *Censo General 2005*. 2005; Available from: www.dane.gov.co.

20. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, D. Información Estadística. Colombia, Estimaciones de la Fecundidad. 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020. Nacionales y Departamentales. 2005; Available from: www.dane.gov.co.
21. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, P., Desplazamiento Forzado Tierras y Territorios. 2011.
22. PROFAMILIA. Salud Sexual y Reproductiva en Zonas Marginales: Situación de las Mujeres Desplazadas. 2005; Available from: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/desplazados_2000/Resumen_periodico/resumen_desplazados_2000.pdf.
23. Carlos Ivan, P.S. and E. Carolina, Derechos de salud sexual y reproductiva de los desplazados internos colombianos. *Revista Migraciones Forzadas*, 2004. **19**: p. 25-6.
24. Helen, S., Y. Caroline, and H. Sally, Changes in the socio-demographic patterning of late adolescent health risk behaviours during 1990s: analysis of two West of Scotland cohort studies. *BMC Public Health*, 2011. **11**(829).
25. Juan, R.I. Embarazo en la Adolescencia. 2001; Available from: http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html.
26. Beatris, P.G. Caracterización de las familias con adolescentes gestantes Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. 1998; Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/31/61>.
27. UNICEF. DEPARTAMENTO DE NARIÑO. Available from: <http://www.unicef.org.co/Gobernadores/DEPARTAMENTOS/NARINO/2.pdf>.
28. Juan, M.N. Educación de Calidad El Camino para la Prosperidad. 2011; Available from: <http://www.mineducacion.gov.co/observatorio/1722/article-274655.html>.
29. Alma Virginia, C.H., Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes y Jóvenes de América Latina y El Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1988. Organización Panamericana de la Salud, 2000. **1**: p. 12-63.
30. OMS, O. PLANIFICACIÓN FAMILIAR. 2007; Available from: <http://es.scribd.com/doc/2197459/Ma-nual-OMS-Planificacion-Familiar>.
31. Ricardo, S., et al., Guía para el uso de métodos anticonceptivos. MINISTERIO DE SALUD, 2009.
32. PROFAMILIA. MÉTODOS PLANIFICACIÓN. 2011; Available from: <http://www.profamilia.org.co/index.php?...10%3Ametodos-anticonceptivos>.
33. MINSALUD, G. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. 2012; Available from: <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Default.aspx>.
34. Ángela, V.M., et al., MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN EL EMBARAZO PRECOZ. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1998. **24**(3): p. 137-44.