

Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal.*

Ricardo Ortiz Serrano, MD**

Nathalia Isabel Anaya Ortiz[†]

Carolina Sepúlveda Rojas[†]

Silvia Judith Torres Tarazona[†]

Paul Anthony Camacho López, MD^{††}

Resumen

Antecedentes: El embarazo en adolescentes se ve influenciado por factores sociales, culturales y familiares, siendo fundamentales los soportes familiares y antecedentes de embarazo durante la adolescencia. **Objetivo:** Establecer las características demográficas, socioculturales y familiares de las adolescentes embarazadas que consultan a una institución de primer nivel de atención de la ciudad de Bucaramanga. **Métodos:** Estudio transversal. Se utilizó una encuesta autoaplicada. **Resultados:** Se analizaron 336 embarazadas adolescentes. La edad promedio fue de 17 años (rango 13-19 años), la mayoría en su primer embarazo. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue 15 años; 65.6% afirmó haber tenido solo un compañero sexual, 62.2% viven en unión libre; 52.15% cursaba o había terminado la secundaria, y el 51.8% pertenecían al estrato bajo. El 61.6% recibió información sobre planificación, siendo el colegio el mayor sitio de suministro de información (31.44%); 66.2% manifestó no usar ninguno. El 59.0% afirmó haber deseado quedar embarazada; 26.1% refieren violencia intrafamiliar y 33.8% tiene una hermana con historia de gestación durante la adolescencia. **Conclusiones:** Un número importante de adolescentes desea su gestación con el fin de formar un nuevo hogar, tratando de escapar del suyo propio por violencia intrafamiliar. Sus compañeros son algo mayores, quienes en su mayoría aceptan y se preocupan por la evolución del embarazo, llevando una buena relación de pareja. Es necesario ejercer un mayor control en la eficacia de programas de planificación familiar, prevención de infecciones de transmisión sexual y citología cérvico-uterina que incluya a la población de mujeres adolescentes. [Ortiz R, Anaya NI, Sepúlveda C, Torres SJ, Camacho PA. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. MedUNAB 2005; 8:71-77].

Palabras clave: Adolescente, Embarazo en adolescentes, Factores sociales, culturales y familiares de riesgo.

Summary

Pregnant adolescents in the City of Bucaramanga, Colombia. A cross-sectional study to characterize them better. Background: Many social, cultural and family factors, deeply affect all pregnant adolescents. Therefore a strong support from their families, is urgently needed. **Objective:** To establish among pregnant adolescents, their demographic, social and family characteristics. These teenagers attend a primary care clinic at the City of Bucaramanga. **Methods:** Cross-sectional study using a self-applied questionnaire. **Results:** We analyze 336 pregnant adolescents, mean age 17 years (range 13 to 19). Most of them were having their first pregnancy. The mean age for their first sexual relations was at 15 years of age. 65.5% of them said they had only one sexual partner. 62.2% were life partners. 52.15% had or were attending high school. 61.6% had some information about pregnancy planning. 31.44 had information from their school. 66.2% followed no planning at all. 59.0% was hoping to get pregnant. 26.1% of them had experienced interfamily violence and 33.8% said they had a sister with pregnancy during adolescence. **Discussion:** an important number of adolescents want to get pregnant and establish a new home with their partners. Basically they try to get away from their violent original homes. Their partners are usually, older than the adolescent pregnant is. Most of the partners accept, worry, support and have stable relations during the girl's pregnancy. A good and sound control for preventing teenage-pregnancy should be implemented in family programs for pregnancy planning, including prevention of sexually transmitted diseases and cervical cytology.

Key words: Adolescence; Pregnant adolescent; Social, family and cultural risk factors

* Trabajo realizado como parte del proceso de investigación formativa de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

** Profesor Asociado, Coordinador Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

[†] Estudiante, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

^{††} Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga; candidato a Magíster en Epidemiología, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Dr. Ortiz, Calle 157 # 19-55, Cañaveral Parque, Facultad de Medicina, Campus El Bosque, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia. E-mail: rortiz@unab.edu.co.

Artículo recibido: 4 de julio de 2005; aceptado: 25 de julio de 2005.

Introducción

La adolescencia es el periodo en el cual los cambios biológicos, sociales, y psicológicos replantean la definición personal y social del ser humano mediante una segunda individualización generando una vulnerabilidad específica hacia una ansiedad transicional que moviliza a los jóvenes en el proceso de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de la vida.^{1, 2} En la adolescencia, la exploración y los comportamientos generadores de riesgo pueden comprometer la salud, el proyecto de vida y la supervivencia propia y de otros pasando a constituir una preocupación creciente de la sociedad. Se destacan entre estos comportamientos la deserción escolar, el embarazo precoz, el suicidio, la violencia, el abuso de drogas, los accidentes y otras conductas destructivas.^{3, 29}

La presencia de un embarazo en una adolescente se constituye en una situación que compromete las posibilidades de escalar metas, colocando mayores barreras para la consecución de las mismas. Esto genera un conflicto familiar en el que los padres sienten frustración por no haber impartido suficientes valores morales a su hija, obligando en muchas ocasiones a formalizar relaciones conyugales entre adolescentes que a futuro serán muy temporales.^{3, 4} Esta problemática involucra no solo a la familia, además, compromete la escuela, la iglesia, los profesionales de la salud y el Estado como prestador o vigilante de la administración de la salud.

Un embarazo en adolescentes es catalogado como de alto riesgo, debido a la posibilidad de parto pretérmino, bajo peso al nacer, pre-eclampsia, eclampsia, retardo en el crecimiento intrauterino, entre otros.⁶ Estos riesgos generalmente van de la mano con circunstancias como mayor tasa de infecciones de transmisión sexual y deficiencias en el cuidado prenatal.^{5, 7, 8, 22, 23}

En Colombia, la tasa de natalidad ha ido disminuyendo en la población general, no así en el grupo de adolescentes; de acuerdo a la última Encuesta Nacional de Demografía en salud realizada por Profamilia y publicada en el año 2000, el 20% de la población gestante tenía menos de 20 años.⁹

En Bucaramanga (Colombia), el Hospital Local del Norte, institución de primer nivel de atención municipal, registró en el año 2004, 1.099 nacimientos, de los cuales, 305 fueron en adolescentes, que corresponde a un 27.75%, lo que significa que de cada tres maternas que acuden al servicio, una es adolescente.¹⁰

El embarazo en adolescentes está influenciado por un gran número de factores, entre los que se encuentran el estrato socioeconómico bajo, menarca temprana, inicio precoz de las relaciones sexuales, hogares conflictivos que llevan a las adolescentes a buscar afecto por medio de las relaciones sexuales o la maternidad.^{11, 12} Adicionalmente, la presencia

de actividad sexual precoz en compañeras y hermanas, las hace más permisivas respecto a las relaciones sexuales, mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, bajo nivel educativo, migraciones recientes (desplazamiento forzado), fantasías de esterilidad, falta o distorsión de la información, controversia entre su sistema de valores y el de sus padres y el desconocimiento sobre el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual;¹³ algunos patrones de comportamiento sexual ya han sido descritos en alguna parte de nuestra población adolescente.¹⁴

El objetivo de este estudio es establecer las principales características demográficas, socioculturales y familiares de las adolescentes embarazadas que consultan a una institución de primer nivel de atención de la ciudad de Bucaramanga.

Materiales y métodos

Se efectuó un estudio observacional de corte transversal tipo descriptivo¹⁵ en pacientes que consultaron al Hospital Local del Norte, institución de primer nivel, perteneciente a la red pública de atención de Bucaramanga. Se realizó entre diciembre de 2004 y junio de 2005. Se establecieron las principales características demográficas, socioculturales y familiares de las adolescentes embarazadas. Este estudio fue aprobado por los comités de ética en investigación de la Universidad Autónoma de Bucaramanga y del Hospital Local del Norte.

El universo lo conformaron 67.932 mujeres adolescentes entre 13 a 19 años pertenecientes a Bucaramanga. La prevalencia de embarazo en adolescentes es de 25% de las gestaciones estimadas para el año 2003 en el Hospital Local del Norte. Se calculó el tamaño de la muestra con una prevalencia de embarazo de adolescentes de 21,9% y una diferencia de proporción del 5%, un error tipo I de 5% con un 10% de pérdidas por ausencia de la información, dando una muestra de 336 adolescentes en gestación.¹⁶ Se realizó un muestreo no probabilístico por intención y se aplicó una encuesta a cada una de las pacientes que acudieron a las instituciones mencionadas, para obtener la información pertinente, con la garantía de preservación del anonimato al momento de los reportes. Se solicitó la participación voluntaria de las adolescentes embarazadas posterior a la explicación de los objetivos del estudio y la forma de diligenciamiento de una encuesta anónima de 60 ítems, la cual se dividió en cinco aspectos: identificación, historia obstétrica, aspectos psicosociales, datos del compañero y futuro. No se consignó dato alguno que permita hacer seguimiento a la paciente, con el fin de guardar total privacidad en la información y así darle confianza a la adolescente para contestar la totalidad de los interrogantes con la mayor veracidad posible.

En la primera parte, la identificación incluía aspectos sobre la edad, estado civil, tipo de seguridad social, estrato donde se ubica la vivienda, escolaridad y la ocupación. La

segunda parte de la encuesta abordó aspectos referentes al número de gestaciones, edad gestacional actual, número de controles prenatales, uso de métodos de planificación familiar, obtención de información sobre este punto y toma de citología de cuello uterino. El tercer componente evaluó los aspectos psicosociales, explorando la convivencia, las relaciones interpersonales con los familiares y con su compañero, historia de abuso sexual y violencia intrafamiliar, uso de sustancias psicoactivas y antecedentes de embarazo en adolescentes tanto en la madre como en sus hermanas. El cuarto módulo se refirió al compañero de la adolescente, indagando aspectos educativos, edad, ocupación, uso de sustancias psicoactivas, deseo de la gestación e historia de líos judiciales. Por último se hace una pequeña evaluación sobre la percepción que la adolescente tiene sobre su embarazo, el parto y su relación de pareja con el nacimiento de su hijo.

Se establecieron como criterios de inclusión gestante con edad menor o igual a 19 años cumplidos, sin importar la edad gestacional en la que se encontrara, ni su fórmula obstétrica; que consultaran a los centros asignados y que aceptaran participar en el estudio. Como criterios de exclusión, historia de incapacidad de tipo mental para responder a la entrevista, no deseo de participar en el estudio y complicaciones obstétricas tales como aborto u óbito fetal al momento de la entrevista.

Previo a la aplicación de los formatos, se realizó una prueba piloto en los sitios de estudio, con 35 pacientes, tratando de evaluar la claridad de los puntos a explorar, el entendimiento y la pertinencia de las preguntas, con lo cual se hicieron algunos ajustes que permitieron depurar el formato.

A partir de la información almacenada en las bases de datos en el programa EPI-INFO 6.0¹⁷ y analizadas posteriormente en STATA 8.0,¹⁸ se realizó un análisis descriptivo con el cálculo de medidas de tendencia central y de dispersión, incluyendo rango intercuartil (RIC). La normalidad de las variables se evaluó mediante la prueba de Shapiro-Wilk con una hipótesis nula de asimetría para la distribución de frecuencia. Las variables cualitativas se describen con el porcentaje de distribución de cada una de las categorías. Las variables cuantitativas se describen con la media y la desviación estándar cuando siguen una distribución normal y con la mediana, valor mínimo y máximo en caso contrario. Se calcularon las frecuencias de los factores de riesgo en términos de proporción para los eventos dicotómicos y para las variables continuas se estableció el punto de corte teniendo en cuenta la significancia biológica y su definición conceptual. Se realizó una determinación de diferencia entre los grupos en función de la variable de interés con las pruebas de chi cuadrado, t de Student o de Mann-Whitney de acuerdo a la distribución de frecuencia de la variable y se calculó una correlación de Spearman para determinar la relación entre la edad de la madre y la hija gestante como factor de riesgo.¹⁹

Resultados

Se estudiaron 332 pacientes, de las cuales 83,3% respondieron la totalidad del cuestionario. La mediana de edad fue de 17 años (rango 13-19 años). El 51,7% pertenecía al estrato socioeconómico bajo y 98,2% posee algún tipo de seguridad social, de los cuales el 56,4% estaba afiliado al régimen subsidiado. El 62,1% vivía en unión libre y 66,1% se ocupaba de las actividades del hogar. Un 52,28% cursó o estaba cursando la secundaria.

Un 18,02% de las mujeres presentaban más de una gestación, la mediana de las semanas de gestación de las encuestadas fue de 34 (RIC 24-38); la mediana de controles prenatales realizadas por las gestantes fue 4 (RIC 2-5) y la mediana de semanas de gestación que tenía al momento del primer control prenatal fue de 12 (RIC 8-20).

La mediana de la edad para el inicio de las relaciones sexuales fue 15 años (rango 11-16) y 34,2% afirmó haber tenido más de un compañero sexual en su vida. De las pacientes que tuvieron más de una gestación, el 5,7% refiere paternidad diferente en cada embarazo. El 61,8% recibió información sobre planificación. Esta información fue proporcionada así: instituciones educativas 46,3%, personal de salud 20,7%, padres 20,2%, amigos 11,9% y medios de comunicación 0,6%. No recibieron información sobre planificación el 33,0% de las entrevistadas. Un 66,2% de las pacientes encuestadas no ha utilizado ningún método de planificación.

Del total de pacientes, 196 (58,9%) afirman haber deseado quedar embarazadas; se encontró intento de aborto en 4,5% de las encuestadas. 83 pacientes respondieron haberse realizado citología vaginal alguna vez (25,0%), de las cuales el 54,9% manifiestan haberla hecho hace menos de un año con resultados normales en un 87,7%. 12 (3,6%) pacientes participantes, dijeron haber tenido alguna vez enfermedades de transmisión sexual.

En referencia al aspecto psicosocial, el 39,9% no viven con otros miembros de su familia; un 3,3% viven solas, un 37,2% convive con su pareja y un 36,0% con sus padres. 179 pacientes (53,8%) provienen de familias con padres separados y la reacción de los padres de la adolescente frente al embarazo de su hija fue de aceptación por parte de la madre en un 57,9% y de un 36,9% por parte del padre. 87 pacientes (26,1%) manifestaron vivir situaciones de violencia en la familia, siendo la más frecuente entre padres e hijos en un 41,4% de los casos. El 75,4% dice tener buenas relaciones interpersonales con su pareja y el 48,1% las acompañan a los controles prenatales. En el 16,3% de las encuestadas, sus compañeros ejercen algún tipo de violencia: verbal (59,3%), física (7,4%) o ambas (33,3%), y el 5,41% de ellas han sido obligadas a tener relaciones sexuales por parte de su pareja. Del total de encuestadas, 22 (6,6%) han sido violadas, con una mediana de la edad de 13 años (RIC 9-14), cuyo culpable en la mayoría de los casos fue un desconocido.

El 74,1% de las madres de las encuestadas fueron gestantes adolescentes, siendo la mediana de la edad del parto de estas madres 18 años (RIC 16-19); además, se observó que existe una relación entre la edad de la madre y la hija gestante con una correlación de Spearman baja de 0,1218, pero estadísticamente significativa ($p=0,031$); el 33,9% tenían el antecedente de hermana con gestaciones durante la adolescencia. Frente a las actitudes de riesgo, el consumo de sustancias se presentó en un 8,4% de las encuestadas; 24,3% tienen algún tatuaje en su cuerpo y 10,8% tiene algún *piercing*.

La información del compañero muestra una mediana de edad de 21 años (RIC 15-49); el 88,3% trabaja y 51,4% cursó el bachillerato completo. Un 47,5% manifiesta que su compañero consume algún tipo de sustancia, refiriéndose al consumo cigarrillo (73,8%), alcohol (14,8%), marihuana (10,1%) y a otras sustancias (1,3%). De los comportamientos de riesgo, el 30,3% presenta algún tatuaje en el cuerpo y un 4,2% posee un *pearcing*; el 15,0% tiene antecedentes de arresto. Un 63,4% manifiestan que sus compañeros deseaban que ellas quedaran embarazadas, mientras que

el 14,7% fueron abandonadas por ellos luego de enterarse de su estado de embarazo. 24 pacientes (7,2%) refirieron que su compañero había sugerido terminar con la gestación, pero no existe concordancia en el deseo de aborto de la adolescente y su compañero ($kappa: -0,2508$, DE: 0,0494).

En cuanto a la percepción que las adolescentes hacen de su futuro, el 76,4% manifiesta que van a luchar por su hijo; el 32,5% teme perder a su hijo durante el embarazo; 29,8% teme que el bebé nazca enfermo; 66,6% aconseja a sus pares que evite quedar embarazada; y 1,9% cree que empeorará su relación de pareja cuando nazca el bebé.

La tabla 1 muestra una comparación de las mujeres que se encuentran en la adolescencia media (14 a 16 años) versus la adolescencia tardía (17 a 19 años) según la clasificación de la OMS. Se observan diferencias importantes con respecto al número de controles prenatales, el número de embarazos, en lo relacionado con la información de la planificación familiar y los antecedentes de detección de alteraciones del cáncer de cuello uterino. En la tabla 2 se

Tabla 1. Características de la historia ginecológica en las adolescentes gestantes por etapa de la adolescencia. Bucaramanga (Colombia), 2004 – 2005

Variable	13 a 17 años (n=213)		18 a 19 años (n=120)		p [*]
	Mediana	Rango	Mediana	Rango	
Tiempo de gestación	32	4 – 43	36	4 - 41	0.016
Número de controles	4	0 – 11	5	0 – 9	0.007
Tiempo de inicio control prenatal	12	0 – 38	12	4 – 38	0.596
Edad inicio relaciones sexuales	15	12 – 17	15	11 – 19	<0.001
Número de compañeros sexuales	1	1 – 4	1	1 – 4	0.162
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i> [†]
Número de embarazos					
Más de uno	23	38%	37	62%	<0.001
Gestación mismo padre	207	66%	108	34%	0.002
Ha tenido información sobre PF	124	61%	80	39%	0.129
Dónde recibió la información PF					0.516
Colegio	69	66%	36	34%	<0.001
Padres	30	65%	16	35%	<0.001
Amigos	18	67%	9	33%	<0.001
Personal de Salud	24	51%	23	49%	0.784
Medios de comunicación	1	50%	1	50%	1.000
Usó métodos de planificación	56	50%	57	50%	<0.001
Embarazo actual no deseado	127	64%	70	36%	0.705
Intento de aborto	8	53%	7	47%	0.391
No toma de CCV	169	68%	80	32%	0.008
Última toma de CCV					0.188
< 1 año	26	58%	19	42%	0.023
1 año	11	52%	10	48%	0.714
> 1 año	5	29%	12	71%	<0.001
Historia de ITS	7	58%	5	42%	0.697

PF: planificación familiar; CCV: citología cérvicovaginal; ITS: infección de transmisión sexual. *Prueba de la mediana; †prueba de X².

Tabla 2. Características socioculturales y familiares de las adolescentes gestantes por etapa de la adolescencia. Bucaramanga (Colombia), 2004 – 2005

Variable	13 - 17 años (n=213)		18 a 19 años (n=120)		p [¶]
	n	%	n	%	
No vive con otros miembros de la familia	82	62%	50	38%	0.616
Padres separados	112	62%	68	38%	0.568
Reacción de la madre					0.079
Ninguna	35	69%	16	31%	<0.001
Enojo	63	72%	25	28%	<0.001
Acepté	112	59%	78	41%	<0.001
Reacción del padre					0.002
Ninguna	66	62%	40	38%	<0.001
Enojo	70	78%	20	22%	<0.001
Acepto	62	54%	52	46%	0.086
Violencia en la familia	52	60%	35	40%	0.343
Buena relación con la pareja	161	65%	85	35%	0.500
Pareja acompaña a controles	113	65%	61	35%	0.593
Pareja con violencia con la gestante	34	63%	20	37%	0.557
Pareja obliga relaciones sexuales	10	56%	8	44%	0.445
Historia de violación	15	68%	7	32%	0.670
Hermanas con gestación antes de 19 años	79	70%	34	30%	0.678
Consumo de sustancias	18	69%	8	31%	0.582
Tatuaje	53	65%	28	35%	0.752
Piercing	25	69%	11	31%	0.468
	<i>Mediana</i>	<i>Rango</i>	<i>Mediana</i>	<i>Rango</i>	<i>p[¶]</i>
Edad de madre primer gestación	17	13 – 34	18	13 – 30	0.016
Edad violación	12	2 - 16	13.5	5 – 14	0.007

* Prueba de la mediana; [¶]prueba de X².

hace un paralelo de las características socioculturales y familiares por la etapa de la adolescencia, resaltándose que existen diferencias significativas en la reacción de los padres al momento de conocer sobre la gestación de su hija adolescente.

Discusión

Estos resultados permiten definir algunas características propias de las adolescentes gestantes en nuestro medio. Es pertinente advertir que el grupo de pacientes objeto de la investigación está circunscrito a mujeres con importantes limitaciones sociales y culturales, perteneciendo la gran mayoría de las encuestadas al estrato socioeconómico bajo, lo cual les confiere toda una gama de dificultades propias de esta condición y por tanto no es válido intentar extrapolar estos resultados a toda la población de gestantes adolescentes.

La mediana de edad al momento de realizar la encuesta fue de 17 años, edad en la cual la mujer no ha alcanzado

suficiente madurez para enfrentar la vida de pareja, sobrellevar los cambios que generan un embarazo y en poco tiempo ser madres, con las consiguientes privaciones de su rol de adolescente a consecuencia de esto.⁷

Si analizamos que más de la mitad de las niñas cursaban o habían terminado la secundaria al momento de su embarazo podríamos plantear que su nueva condición de madre probablemente les generará dificultades para escalar mayores niveles de educación, esto agravado por el hecho de pertenecer a un estrato socioeconómico bajo. Maynard,²¹ en su estudio con 3.400 pacientes adolescentes encontró que el tener un nivel educativo bajo constituye un factor de riesgo importante para que se presente un segundo embarazo durante los primeros dos años post-parto. Coard y colaboradores encontraron resultados similares en este aspecto.²⁶

La gran mayoría de pacientes participantes se encontraba hacia el final de la gestación (semana 38), quizás porque el grueso de pacientes que fueron involucradas en el estudio eran usuarias de un servicio canalizado del Hospital

Local del Norte, sitio al cual confluyen las pacientes para la atención de su parto o son remitidas desde los puestos de salud satélites para valoración por especialista en Ginecología y Obstetricia.

Es importante resaltar que la gran mayoría de pacientes tuvo acceso precoz a la atención prenatal (media de 12 semanas en la primera consulta) y que en promedio el número de controles prenatales fue aceptable (cuatro controles), lo cual permite verificar la presencia de compromiso y responsabilidad de las adolescentes hacia su embarazo. Esto estaría facilitado por el hecho de que la mayoría de pacientes (98.2%) poseían algún tipo de seguridad social.

Hay que destacar que la primera relación sexual en estas pacientes se dio en promedio a los 15 años, lo cual es muy similar a lo observado en los reportes de Salaverry e Issler.^{24, 25} El 45% de las encuestadas habían tenido más de un compañero sexual, situación que se constituye en un importante factor de riesgo para infecciones de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino²⁶ y embarazos tempranos.

Conjuntamente, más del 60% de las encuestadas manifestó haber recibido algún tipo de información sobre planificación familiar, siendo el lugar más frecuente de adquisición el colegio. Considerando esto, sería deseable evaluar los mecanismos de transmisión de esta información en los estamentos educativos, si queremos obtener un impacto real sobre las estadísticas que se presentan en este estudio. Más preocupante aún es el hecho de no observarse en la evaluación realizada, la influencia que se esperaría de las entidades prestadoras de salud como auténticos generadores de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (en este caso prevención del embarazo en adolescentes).

Se encontraron factores de riesgo para inicio temprano de la actividad sexual como la pobreza, nivel cultural bajo, relaciones intrafamiliares pobres y baja autoestima, al igual como se han reportado en otras fuentes.^{3, 24}

Es muy notoria la situación de que un número importante de pacientes (59.0%) deseaba su embarazo y que aún las que no lo deseaban lo aceptan posterior a conocer su estado y solo un número pequeño de pacientes (4.5%) intentó terminar la gestación. Una de las posibles explicaciones a estos resultados es el deseo de evadir situaciones de desapego y violencia intrafamiliar a los que se ven expuestas estas niñas, mediante la conformación de un hogar propio, lo cual no les resuelve el conflicto, considerando que hasta en un 16.2% de las ocasiones se cambia de actor violento ya que su pareja se convierte en la generadora de esta situación. El 36.1% de las adolescentes sigue viviendo con su familia, resaltando que el 53.9% de las encuestadas presentan como antecedente que sus padres no conviven juntos. Otro desencadenante de violencia infantil que se encuentra es el abuso sexual de la adolescente, el cual

fue reportado en 22 encuestadas, situación esta que tiene repercusiones emocionales de importancia.^{28, 29}

En cuanto a la realización de la citología cérvico-uterina solo el 25% refiere haberse realizado al menos un examen, lo que se constituye en un importante factor de riesgo para desarrollar lesiones premalignas y cáncer de cuello uterino, teniendo en cuenta el inicio precoz de la actividad sexual y el número de compañeros sexuales.²⁶ Si comparamos esta cifra de adherencia a programas de control citológico con lo encontrado por Uribe y colaboradores en mujeres adultas de Bucaramanga (34.9%),³² vemos que no existe mucha diferencia entre adultas y adolescentes, lo que denota una carencia importante de programas de promoción y prevención en este aspecto hacia todos los grupos de mujeres.

Con respecto a las características del compañero, es una constante el que este sea mayor que la mujer, por lo general mayor de edad (mediana de 21 años) y la gran mayoría se encuentra laborando (88.3%), un alto porcentaje de ellos deseaban que su compañera quedara embarazada (63.5%), preguntan sobre la evolución de la gestación y aún, muchos las acompañan a las consultas prenatales (47.9%). Todos estos aspectos hacen ver un interés adecuado por parte de los varones, tanto por su futuro hijo como por su compañera, reafirmado además por el alto número de niñas que reportan tener buenas relaciones con su compañero. Fueron pocos los que abandonaron a sus parejas al saber sobre su embarazo (14.7%) y en contados casos el compañero sugirió la terminación de la gestación (7.2%). Es alto el número de varones que consumen algún tipo de sustancia, siendo la principal de estas el cigarrillo. Casi el 15% de ellos han tenido situaciones de conflicto con la justicia. Estos hallazgos tienen alguna similitud con lo publicado por Elfenbein y Felice,¹³ en referencia a algunas de las características de los compañeros de las adolescentes, enfatizando en su artículo que la mayoría de jóvenes tienen una relación de pareja muy temporal y que la tendencia es a que con el tiempo evadan sus responsabilidades como padres.

Por último, la percepción que la adolescente tiene de su futuro, es temor a que su hijo tenga alguna enfermedad al nacer o que muera durante la gestación, inquietudes que deberían ser aclaradas durante el control prenatal y al parecer no se sucede. Aunque casi todas las encuestadas afirman que van a luchar por su hijo, recomendarían a una adolescente de su misma edad no gestante, que evite quedar embarazada.

En conclusión, podemos definir un perfil de la adolescente embarazada en nuestro medio, caracterizado por pacientes de bajo estrato económico y cultural, con precarias relaciones intrafamiliares que por lo general tienen antecedentes de que sus madres fueron gestantes adolescentes y actualmente son madres cabeza de familia. Las adolescentes buscan su relación de pareja y su embarazo como escape a su entorno familiar caótico, dificultando la posibilidad

de desarrollarse en su ámbito escolar y asumiendo roles para los que su edad no les da las mejores herramientas de abordar una maternidad con madurez emocional.

La ascendente tasa de embarazo en adolescentes en nuestro medio, debe alertar a las autoridades en salud para ejercer un mayor control sobre la verdadera eficacia de programas de planificación familiar, prevención de infecciones de transmisión sexual y citología cérvico-uterina. Igualmente, hay que sensibilizar a otros estamentos que directamente se encuentran implicados en esta problemática como son padres de familia, colegios, iglesia y en general todos los actores involucrados en la participación activa con los adolescentes.

Se necesita continuar la investigación en esta área para fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva en el adolescente.

Referencias

- González Núñez JJ. Adolescencia. En: Psicopatología de la adolescencia. México: Editorial El Manual Moderno, 2001. Pág. 1 – 15.
- Radzik M, Sèller S, Neinstein LS. Psychosocial development in normal adolescents. In: Neinstein LS. Adolescent Health Care: A practical guide. Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
- Monterosa A. El drama de las niñas madres. Revista Profamilia, 1993; Vol10 (22).
- Ministerio de Salud y acción social. Boletín del programa de estadísticas en salud. Dirección de Estadísticas de Salud, Serie 8, Número 11. Argentina, 1991.
- Botero Jaime: Obstetricia y Ginecología. Séptima edición. Medellín, 2004.
- Eure Ch, Lindsay M, Graves W. Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital. Am J Obstet Gynecol, 2002; 186(5): 918
- Stobino DM, Ensminger ME, Kim YJ, et al: Mechanism for maternal age differences in birth weight. Am J Epidemiol 1992; 142: 504.
- Yoder BA, Young MK: Neonatal outcomes of teenage pregnancy in a military population. Obstet Gynecol 1997; 90: 500.
- Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia. En: Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2000.
- Departamento de Estadística. Libro de estadística de Sala de Partos. ESE – ISABU, Hospital Local del Norte. Bucaramanga, Colombia, 2004.
- López Germán. Embarazo en adolescentes. Revista Profamilia, 1991; Vol8 (19).
- Hillis S. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. Pediatrics, 2004; 113 (2): 320-327.
- Elfenbein D, Felice M. Adolescent pregnancy. Ped Clin N Am, 2003; 50(4):781 – 800.
- Castillo M, Meneses M, Silva JL, Navarrete PA, Campo A. Prevalencia de relaciones sexuales en adolescentes estudiantiles de un colegio de Bucaramanga, Colombia. MedUnab, 2003; 6: 137 – 43.
- Mann CJ. Observational research methods. Research design II: cohort, cross sectional, and case-control studies. Emerg Med J 2003; 20: 54–60.
- Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. Johan Wiley & Sons, 1981. 2ª Edition. Pag. 44 – 45.
- Dean J, Coloumbier A, Dean M., et al. Epi info 6.04c. A word processing, database and statistic program for public health. Center for Disease Control and prevention (Atlanta, USA) and world health organization (Geneva, Switzerland).
- Stata Corporation, 2002, Stata 8.0
- Martínez JR, Santos M, Ayuso F B. Conceptos estadísticos utilizados en el diseño e interpretación de trabajos de investigación. Emerg 1999; 11: 223 – 234.
- Uriza G.G: Embarazo en adolescentes: Rev Colombiana Obstetricia Ginecología vol.50 no.2 Bogotá julio/Sept. 1999
- Maynard R, Rangarajan A. Contraceptive use and repeat pregnancies among welfare dependent teenage mothers. Fam Plann Perspect 26:198 – 205, 1994.
- Martínez JC, Andina E, Pomata J, et al. Maternidad y paternidad en adolescentes. Programa asistencial para la madre adolescente (PROAMA). Revista Hospital Materno Infantil. Ramón Sardá 1992; 2: 7-23.
- http://correo.puj.edu.co/proyectosintesis/hipervinculos/problematica_social/po99207a.htm
- Salaverry Olga M. Embarazo y bajo nivel socioeconomico. Perú. Publicaciones angelfire. Actualidad Psicologica 2005.
- Issler Juan R. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107 - Agosto/2001 Página: 11-23
- Ortiz R, Uribe C, Díaz L, Dangond Y. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia, 55(2): 146 – 160, 2004.
- Coard S.I. Repeat Pregnancy Among Urban Adolescents: Sociodemographic, Family, And Health Factors - Statistical Data Included; Adolescence; spring 2000; 35, 137; Research Library Core.
- Pediatrics. 1998 Apr;101(4 Pt 1):620-4.. Does child abuse predict adolescent pregnancy? Fiscella K, Kitzman HJ, Cole RE, Sidora KJ, Olds D. Department of Family Medicine, University of Rochester School of Medicine, Rochester, New York, USA.
- Bellinzona G., Decuadro M, Charczewski G, Rubio I. Maltrato infantil y abuso sexual. Rev Med Uruguay 2005; 21:59-67.
- Uribe CJ, Díaz LA, Ortiz R, Meza EE, Dangond YR. Estudio de prevalencia de cáncer de cuello uterino en el área de intervención de la iniciativa CARMEN en el municipio de Bucaramanga. Informe preliminar. Bol Epidemiol Bucaramanga 2004; 4:4-7.
- Gottlieb D, Reeves J. Adolescent behavior in urban areas. London: The Free Press of Glencoe; 1985.