

Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana

Identifying risk factors for pregnancy amongst Colombian adolescents from urban and rural school populations

Juan C. González-Quiñones, Jenny P. Salamanca-Preciado, Ruth M. Quiroz-Rivera, Ángela M. Hernández-Pardo, Astrid D. Hernández-Rojas y Beselink Quesada-Núñez

Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Juan N Corpas. Bogotá, Colombia. juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co, jenny-salamanca@juanncorpas.edu.co, ruth.quiroz@juanncorpas.edu.co, angela.hernandez@juanncorpas.edu.co, astrid.hernandez@juanncorpas.edu.co, beselink.quesada@juanncorpas.edu.co

Recibido 13 Septiembre 2011/Enviado para Modificación 26 Mayo 2012/Aceptado 18 Junio 2012

RESUMEN

Objetivo Estimar los factores intervinientes para el embarazo en población adolescente escolarizada.

Metodología Estudio observacional de corte transversal con 7 068 jóvenes escolarizados entre 11 y 20 años de edad de 14 colegios públicos de Bogotá y municipios aledaños. Se aplicó encuesta auto diligenciada que indaga factores socio-demográficos, familiares, sentimentales y conocimientos, actitudes y prácticas de sexualidad.

Resultados: Edad media de encuestados 15,3 años. Haber recibido información sobre planificación 80 %. Reconocer ciclo menstrual: 32 %. Prevalencia de haber tenido relaciones sexuales 40 %. Vida sexual activa 20 %. Prevalencia de embarazo 4 % y de aborto de 1 %. Factores de riesgo: No haber recibido información sobre planificación vs. (Versus) entender con dudas sobre planificación (OR 0,1 con IC 95 % de 0,03-0,4). Haber tenido aborto previo (OR 7,8 IC 95 % 2,3-25,8). No planificó en primera relación (OR de 3,9 IC 95 % de 2,2–7). No se encontraron como factores de riesgo la autoestima, la relación con padres y la percepción de futuro.

Conclusiones El embarazo en adolescentes parece más una situación accidental propiciada por desconocimiento, que propia de adolescentes con problemas.

Palabras Clave: Embarazo en adolescencia, riesgo, familia, instituciones académicas (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Assessing risk factors for pregnancy in an adolescent school population.

Methodology A cross-sectional observational study was carried out on 7,068 adolescents whose ages ranged from 11 to 20 years who were attending 14 public schools in Bogotá and the surrounding municipalities. A self-questionnaire was administered focusing on socio-demographic, family and sentimental factors and the adolescents' knowledge, attitudes and practices regarding sexuality.

Results The average age was 15.3 years. 80 % had received family-planning information; 32 % recognised the menstrual cycle. The prevalence of sexual activity was 40 % and 20 % were leading a sexually-active life. The prevalence of pregnancy was 4 % and the declared abortion rate was 1%. The risk factors involved not having received information about family-planning compared to understanding family-planning but with some doubts (OR 0.1: 0.03 to 0.4 95 % CI), previous abortion (OR 7.8: 2.3 to 25.8 95 % CI), not having planned against pregnancy during the first sexual relationship (OR 3.9: 2.2-7 95 % CI). Self-esteem, relationship with parents and perception of the future were not identified as being risk factors.

Conclusions Teenage pregnancy seemed to be an accidental situation due to lack of knowledge rather than occurring because some teenagers were having trouble.

Key Words: Pregnancy during adolescence, risk, family, school (*source: MeSH, NLM*).

Importantes cambios están ocurriendo en Colombia en la sexualidad juvenil tal como el primer descenso de embarazo en adolescentes en los últimos 20 años. En 1990 se estimó una tasa de embarazos por 1 000 de 70, en 1995 de 89, en el 2005 de 90 y la última encuesta ENDS (1) mostró una tasa de 89. Hallazgo alentador, y de seguro explicable por la toma de conciencia a nivel nacional (2) e internacional (3) del problema, lo que implica el desarrollo de numerosas intervenciones (4), desde distintos ámbitos y con resultados prometedores (5). Aún con el descenso, esta situación representa un problema preocupante de salud pública porque incrementa los riesgos perinatales, contribuye a mantener la pobreza económica e incrementa los riesgos de problemas afectivos (6). El embarazo en adolescentes se presenta más en poblaciones con menores recursos, disparidad que contribuye a perpetuar tal condición. Se presenta por la decisión de los jóvenes de tener relaciones sexuales (7) y ocurre más por “accidente”, aunque existen estudios que cuestionan tal apreciación (8).

Reconociendo la influencia del colegio en los jóvenes (9), esta investigación quiso acercarse a tal entorno y verificar la influencia de variables descritas en diversos trabajos tales como enseñar acerca de la sexualidad (10) y modalidad educativa impartida (11,12). Analizar cómo los factores socioculturales influyen en torno a decisiones de sexualidad (13,14), o los

pares y sus expresiones de afecto (15), así como factores del hogar (16,17). Así mismo, factores individuales, como la percepción hacia el colegio (18) o proyecto de vida (19) y comportamientos sexuales (20) incluido el aborto previo (21) y analizar relación entre embarazo y pensamientos suicidas (22).

El objetivo es verificar tales relaciones para promover acciones que unan al sector educativo y al sector salud (23) en una política conjunta que sea ejemplo de atención primaria en salud en cuanto a atención y servicios de salud para adolescentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Cuantitativo, observacional de tipo corte.

Población: Adolescentes escolarizados de 14 colegios públicos de Bogotá (localidades Suba y Engativá) y municipios de Mosquera, Funza y Madrid (Cundinamarca) cuyos colegios estuvieran vinculados al proyecto PIPSA (Programa Integral de Promoción de Salud del Adolescente) realizado por una Facultad de Medicina.

Criterios de inclusión: Jóvenes pertenecientes a los colegios, en cuyos cursos se hubiera presentado al menos un caso de condición de embarazo (hombres con su pareja en embarazo o mujeres embarazadas) en el último año, presentes el día de la encuesta y que quisieran participar.

Variables: Se utilizó un cuestionario auto diligenciado, elaborado en el 2006 para el proyecto PIPSA, con un sistema de ponderación que permite al encuestado apreciar sus riesgos. Se probó con dos grupos focales; uno en el 2006 y otro en el 2009. Se buscaron variables coincidentes con el objetivo y se modificó el cuestionario; se preguntó por condiciones socio-demográficas (13) diferenciando urbano (Bogotá) de rural (Mosquera, Funza y Madrid), edad, género, estratos (percibidos por ellos). Se indagaron aspectos psicológicos: percepción del ánimo en el momento -feliz, normal y triste (19)- y se aplicó el test de autoestima de Cooper Smith que la clasifica como alta, media y baja. Se indagaron variables de familia (16): percepción de funcionalidad familiar con el test de APGAR familiar que clasifica funcionalidad normal, disfunción moderada y severa. Estructura del hogar: nuclear (hogar compuesto por padre, madre e hijos), incompleto (falta uno de los padres), extenso (padres e hijos más otros miembros) y reconstituido (padrastra o madrastra). Se interrogó por relaciones con los padres: hablar con confianza, padres pendientes de llegada (3,17), castigo

físico y emocional. Percepción de cómo se siente en el colegio (24), cómo percibe su futuro (alcanzará anhelos), qué hará cuando termine. Percepciones sentimentales (15): haber estado enamorada(o), sentimiento hacia su actual pareja, edad comparativa de su pareja, número de parejas en el último año, percepción hacia el embarazo, tener vida sexual con pareja. Se cuestionó por percepción de riesgo (25): pensamiento suicida, comportamientos violentos en el último año y consumo de alcohol la última semana y percepción y prácticas religiosas. De conocimientos se preguntó sobre planificación, ciclo menstrual, dónde recibió la información sobre sexualidad. Sobre actitudes de sexualidad: razón para tener relaciones sexuales, creer que existe edad para iniciar vida sexual y creer que los padres apoyarían planificación. Percepción del embarazo y prácticas sexuales: edad de la primera relación, planificación en la primera y última relación, relaciones con más de una pareja en el último año (16). Se indagó sobre el aborto, preguntando cómo lo perciben (pecado o decisión individual), si abortaría y si ya lo han hecho.

Prueba piloto: En julio del 2010 se hizo una prueba piloto del cuestionario con un curso (35 jóvenes) de 13 a 15 años de un colegio público de Bogotá. Se apreció interés por las preguntas y entendimiento de las mismas.

Recolección de información: Se presentó la investigación ante las directivas de los colegios, logrando su aprobación y ejecución de agosto a noviembre del 2010 en los diferentes planteles. En abril del 2011 se completó el estudio mediante la inclusión de tres colegios.

Manejo estadístico: Se tabuló la información en Excel y se procesaron las frecuencias con el programa Epi Info. De cada pregunta se sumó el total de respuestas obtenidas y se obtuvieron las proporciones de sus correspondientes ítems. Se determinaron los OR entre embarazadas y no embarazadas con IC del 95 % y prueba p. Se realizó la regresión logística condicional dejando los OR con p menor de 0,05. Con el fin de identificar sesgos de información se utilizaron dos preguntas: en población embarazada se buscó encuestas que dijeran no haber tenido relaciones sexuales. Y en jóvenes que afirmaron tener relaciones sexuales con su pareja se buscó los que hubieran contestado no haber tenido relaciones sexuales.

RESULTADOS

En total participaron 7 068 jóvenes (3 974 mujeres). La edad media fue de 15,3 años (DE \pm 1,4). El grupo de edad de 13 a 16 años representa la ma-

yoría (Tabla 1). Prevalencia de embarazo en el último año: 4 %. El 37 % de las familias está viviendo la etapa de hijo adolescente por primera vez.

Tabla 1. Características socio-demográficas, de ánimo, autoestima y estructura familiar de la población adolescente escolar pública urbana y rural en el año 2010 y 2011

Variables	N°	%
Edades		
De 10 a 12 años	157	2
De 13 a 16 años	5 239	74
De 17 a 20 años	1 548	22
Género		
Femenino	3 974	56
Estratos		
Estratos 1 y 2	4 231	62
Estrato 3 y 4	2 602	38
Estratos 5 y 6	24	0,4
Ubicación		
Urbana	3 965	56
Rural	3 103	44
Percepción de ánimo		
Feliz	2 431	34
Normal	3 861	55
Triste	578	8
Autoestima		
Autoestima alta	4 073	79
Autoestima media	786	15
Autoestima baja	308	6
Estructura Familiar		
Hogar nuclear (vive con papá, mamá y hermanos)	4 034	57
Hogar incompleto (falta uno de los padres)	2 023	29
Hogar extenso (padres, hermanos y otros)	502	7
Hogar reconstituido (padrastra y madrastra)	133	2
Hogar sin padres	276	4

El estrato 2 representa el 54 % de los jóvenes. Por cada joven que se percibe triste, existen tres que se perciben felices.

El 13 % de los jóvenes no puede hablar (casi nunca) con confianza con la mamá y 33 % con el papá. Un 37 % nunca ha hablado de planificación con padres. Un 2 % (168) jóvenes son golpeados y un 23 % lo son de manera ocasional; 1 638 (23 %) perciben ocasionalmente castigo emocional por parte de sus padres y 444 afirman que lo hacen con frecuencia (6 %).

El 83 % de los jóvenes cree que alcanzará sus anhelos. Un 3 % (223) no sabe qué hará cuando termine el colegio, contrastando con el 57 % que afirma que estudiará y luego formará un hogar y con un 10 % que dice que trabajará (no estudiará). Un 2 % (132) formaría un hogar lo antes posible.

Tabla 2. Percepciones de funcionalidad familiar, relación con los padres, colegio, futuro, relaciones sentimentales, riesgos, conocimientos, actitudes y prácticas de sexualidad de población adolescente escolar pública urbana y rural en 2010 y 2011

Variable	N°	%
Funcionalidad familiar		
Disfunción severa	337	5
Disfunción moderada	2 244	33
Funcionalidad normal	4 226	62
Relaciones con padres		
Puede hablar con mamá con confianza	3 281	46
Puede hablar con papá con confianza	1 729	24
Ha hablado abiertamente con padres sobre planificación	2 279	32
Sus padres están pendientes de llegada	5 506	78
Percibe maltrato emocional	444	6
Percepciones hacia el colegio y futuro		
Se siente muy aburrido en el colegio	654	9
No cree que alcanzara sus anhelos	75	1
Relaciones sentimentales		
Está o ha estado enamorado(a)	4 916	70
Actualmente tiene pareja	2 820	40
Riesgos		
Bebió alcohol la última semana	3 510	50
Ha sido o ha golpeado en el último año	2 355	33
Ha pensado e incluso planeado cómo suicidarse	611	9
Conocimientos sobre sexualidad		
Ha recibido información acerca de planificación	5 943	84
La ha recibido y cree que la entendió adecuadamente	3 724	53
Responden correctamente sobre ciclo menstrual	2 236	32
La información sobre planificación la recibió del colegio	4 635	37
La información sobre planificación la recibió de los padres	3 418	27
Ha estado en discusiones abiertas sobre sexualidad	2 924	41
Actitudes sobre sexualidad		
Madre adolescente	1356	19
Cree que padres apoyarían planificación	4590	65
Cree que abortar es un pecado y no se debe hacer	3 410	51
Si quedara embarazada, abortaría	335	5
Prácticas de sexualidad		
Prevalencia de haber tenido relaciones sexuales	2 805	40
Planificó en la primera relación sexual	1 453	52
Planificó en la última relación sexual	2 047	29
Tiene vida sexual activa con su pareja	1 429	20
Prevalencia de aborto previo	100	1
Prevalencia de estar o haber estado en embarazo	292	4

El estrato 2 representa el 54 % de los jóvenes. Por cada joven que se percibe triste, existen tres que se perciben felices.

El 13 % de los jóvenes no puede hablar (casi nunca) con confianza con la mamá y 33 % con el papá. Un 37 % nunca ha hablado de planificación con padres. Un 2 % (168) jóvenes son golpeados y un 23 % lo son de ma-

nera ocasional; 1 638 (23 %) perciben ocasionalmente castigo emocional por parte de sus padres y 444 afirman que lo hacen con frecuencia (6 %).

El 83 % de los jóvenes cree que alcanzará sus anhelos. Un 3 % (223) no sabe qué hará cuando termine el colegio, contrastando con el 57 % que afirma que estudiará y luego formará un hogar y con un 10 % que dice que trabajará (no estudiará). Un 2 % (132) formaría un hogar lo antes posible.

Respecto a las relaciones sentimentales (Tabla 2) 2 099 (30 %) perciben sentir verdadero amor por su pareja, 5 % quisiera dejar a la pareja (pero no sabe cómo) y un porcentaje similar está por costumbre. Un 9 % no sabe qué siente por su pareja. Casi uno de tres (31 %) ha tenido una pareja en el último año y uno de cuatro (24 %) dos parejas; 11 % tres parejas, 4 % cuatro parejas y un 8 % más de cuatro. Cerca de la mitad (47 %) no quieren tener hijos (por ahora), 19 % les gustaría pero aún no y 3 % lo desean en el próximo año. El 55 % de los jóvenes tiene pareja de la misma edad. El 10 % tiene pareja muy mayor y el 4 % muy menor. En riesgos (Tabla 2) un 36 % ha pensado en el suicidio (no lo ha planeado).

Respecto a factores protectores, un 56 % de los jóvenes se considera persona religiosa y el 31 % (2 197) practica su culto religioso semanalmente. En cuanto a información sobre planificación (Tabla 2), el 53 % afirma haber entendido el ciclo menstrual y el 31 % recibió la información, pero tiene dudas. Los servicios de salud son la fuente de información en un 12 %, porcentaje similar al de auto-aprendizaje. En tanto el 44 % cree que el condón los protege de SIDA, un 15 % no lo cree y un 40 % tiene dudas.

Con relación a las actitudes hacia la sexualidad, se indagó por razones para tener relaciones sexuales: el 82 % considera que el sentir amor y 725 jóvenes (10 %) por placer, un 2 % por obligación. Cerca de la mitad de los jóvenes (3 866) cree que los 18 años es una buena edad para iniciar vida sexual. El 39 % cree que tener un hijo ahora es impedimento para lograr los anhelos, uno de cinco (19 %) cree que es una situación incierta para el futuro y 4 % (289) una causa para amarrarse a la pareja. Uno de cuatro cree que abortar depende de “uno” (libre escogencia) y un 16 % que es la forma más triste de resolver un problema.

Planificaron más en la primera relación (Tabla 2) que en la última. Uno de cinco jóvenes tiene vida sexual activa con su pareja. De los métodos de planificación que usaron en la última relación, tres de cuatro usaron condón (1 557), 10 veces más que píldoras (137), coito interrumpido (153), inyectables (138) y un 3 % óvulos espermicidas.

De 292 jóvenes (4 %) que afirman estar o haber estado en condición de embarazo, 108 son hombres (37,5 %) y 180 (62,5 %) son mujeres, tres no contestaron su género.

Con respecto al análisis de variables, la Tabla 3 muestra las significativas luego de la regresión logística.

Tabla 3. Regresión logística de factores relacionados con el embarazo en adolescentes escolarizados de colegios públicos de zonas urbana y rural de Colombia

Variable	Embarazos				OR	LI	LS	Valor p
	SI		NO					
	Nº	%	Nº	%				
Comportamientos								
Aborto Previo	31	37	52	63	7,8	2,4	25,9	0,0007
No aborto previo	236	4	5 392	96				
Si tiene vida sexual con pareja	199	15	1 132	85	5,2	2,4	11,4	0,0000
No la tiene	56	2	2 883	98				
No planificó en primera relación sexual	160	12	1 140	88	4,0	2,2	7,1	0,0000
Si lo hizo	76	6	1 238	94				
Estructura Familiar								
Hogar nuclear incompleto	64	4	1 695	96	0,4	0,2	0,7	0,0023
Hogar nuclear completo	180	5	3 363	95				
Funcionalidad familiar								
Disfunción familiar moderada	117	6	1 848	94	2,1	1,3	3,8	0,0054
Funcionalidad normal	145	4	3 548	96				
Conocimientos								
No ha recibido información sobre planificación	20	3	707	97	0,5	0,3	0,9	0,0160
Si y la entendió	182	6	3 060	94				
No ha recibido información sobre planificación	138	6	2 208	94	0,1	0,0	0,5	0,0025
Si, pero tiene dudas	85	4	1 945	96				
Riesgos								
Si bebió alcohol última semana	129	4	2 986	96	0,3	0,2	0,6	0,0000
No lo hizo	160	5	2 812	95				
Socio demográficos								
Urbano	135	4	3 366	96	0,5	0,3	0,8	0,0030
Rural	157	6	2 518	94				

DISCUSIÓN

La presente investigación tiene el sesgo de información al que se exponen las encuestas auto diligenciadas en poblaciones juveniles (no ser contestadas verídicamente). Se enfrentó añadiendo escalas de resultados al instrumento que les permitieran obtener puntajes para conocerse y, de esa forma, motivarlos. Los sesgos detectados fueron dos: se identificaron 32 jóvenes que respondieron estar en condición de embarazo (n=292) y, sin embargo, contestaron que no habían tenido relaciones sexuales. De los 1 429 jóvenes que afirmaron tener vida sexual activa, un 9 % niega haber tenido relaciones sexuales.

La estructura familiar nuclear encontrada (57 %) es similar al del ENDS (1) con un 56 % y al estudiado en el 2006 (16) con 59 %, mostrando disminución del hogar incompleto 29 % vs. 41 % en el 2006 y del extenso (ahora 7 % vs. 21 % en el 2006), diferencias que pueden indicar mejoría económica de los hogares ya que en la actualidad la familia extensa se establece más por necesidad que por cultura (26). En estudios efectuados en el 2006 (27) con poblaciones similares, se encontraron respuestas concordantes; por ejemplo, en el estado de ánimo: en 2006 feliz 33 %, en el 2011 34 %; triste en el 2006 8 % e igual en el 2011. Lo anterior, sustentado en el trabajo de González (28) donde la percepción del ánimo de las personas tiende a ser similar en las diferentes etapas de la vida, excepto por un evento extraordinario, ofrece concordancia que contribuye a validar esta investigación.

En el 2006, en población similar (16), se hicieron preguntas iguales, pero con un promedio de 13,5 años vs. 15,3 años en este trabajo. Ello, dada la influencia de la edad, explica las prevalencias mayores de este trabajo en comportamientos sexuales. En el estudio del 2006 (16 y 25) se encontró que un 17 % de los jóvenes ya había tenido relaciones sexuales, en éste 40 % (Tabla 2). En el 2006 tan sólo un 33 % de jóvenes se “protegeron” en la primera relación, y en este trabajo el porcentaje se incrementó a un 52 %, donde, además de la edad como diferencia, planteamos (para demostrar) que se estén incrementando los comportamientos protectores y, por tanto, la efectividad de las intervenciones, de los colegios.

El desconocimiento es el principal factor de riesgo (Tabla 3). La no información sobre planificación resultó ser un factor clave, aunque no se encontró graduabilidad (al comparar no ha recibido información con sí recibió y la entendió, se obtuvo un OR de 0,4 en tanto que al compararlo con los que sí recibieron pero tiene dudas, resultó 0,1) proponiendo como explicación que saber con dudas es más riesgoso que no saber. Con esta salvedad, el resultado es coherente con la realidad. Entender bien cómo planificar resulta importante para llevar una vida sexual responsable. La falta de conocimiento en sexualidad según Baeza (17) se refiere a que existe información pero que es escasa (o mal enseñada) frente a sus necesidades respecto de cómo prevenir un embarazo. Entonces, y siendo obligatorio implementar cátedras de sexualidad en los colegios, ¿qué sucede? Creemos que los profesores y padres no están bien capacitados, situación alarmante ya que son los principales responsables de la enseñanza en planificación. Este trabajo no evidenció que la confianza con padres establezca diferencia lo que contrasta con las conclusiones de Allen (29) quien sostiene que, más que el conocimiento, se necesitan padres cuidadores y que

generen confianza. Es interesante que Leyva (30) encontrara que más de la mitad de la población embarazada estudiada recibió educación sexual inadecuada por parte de la familia.

El segundo factor encontrado fue haber tenido un aborto. Alarmante resultó el estudio de Alvarado (31) quien indica que, de la población adolescente participante en condición de embarazo, el 57 % decide abortar, y de éstos el 29 % con complicaciones post aborto. Se ha estimado que en Colombia ocurren cerca de 450 000 abortos ilegales por año (32). El 10 % de los jóvenes en condición de embarazo en este estudio ha presentado un embarazo previo no planeado. ¿Qué pasó? ¿Por qué se repite la situación? Es fácil suponer que con el primer embarazo abortar es una situación frecuente; enfrentar a los padres y ver su futuro condicionado por la paternidad, permite entender que vean al aborto como una salida (particularmente la primera vez), ello a pesar de que tan solo uno de cuatro consideran que tal opción depende de ellos y la mitad lo ven como pecado (Tabla 2). Se plantea que un segundo embarazo es un conflicto religioso (lo ven como pecado y muy grande para volverlo hacer) y aceptan llevar a término el embarazo. Lo lamentable es que repitan la situación, sin haber recibido asesoría luego del primer embarazo. Cvejic (33) demostró en su estudio que 18 % de adolescentes con antecedente de aborto, en un término de dos años aproximadamente volvieron a quedar en embarazo.

Los jóvenes en condición de embarazo ya tienen vida sexual con sus parejas (cinco veces más, Tabla 3). Se propone como explicación que lo hacen para asegurar su pareja. El asunto es que, si como se observa, desconocen la planificación en un importante porcentaje (Tabla 3), a pesar de asistir a controles prenatales a través del Sistema de Seguridad Social, se crea un factor de riesgo para volver a quedar en embarazo.

El cómo vivan la primera relación parece ser un factor determinante de lo que será la vida sexual subsiguiente (Tabla 3). Fétis (34) encontró que el 37 % de los jóvenes estudiados usaron anticonceptivos en su primera relación sexual, observándose mayor uso de condón y anticonceptivos orales. Este trabajo plantea que el joven, al tener la primera relación sexual y ver que no le “pasa nada”, repetirá la experiencia más o menos en las mismas condiciones.

Los jóvenes en situación de embarazo beben menos que los que no (Tabla 3). Se concluye que esto es cierto principalmente por las mujeres, por el mensaje generalizado sobre los serios problemas derivados de fumar y beber.

Los hogares donde falta alguno de los padres presentan más riesgo (Tabla 3). Bonell (35) así lo describe. Una explicación es que el miembro que se queda deberá asumir más responsabilidades económicas, disminuyendo así la supervisión de los hijos. Si bien la disfunción familiar moderada percibida por el joven, resultó ser un riesgo (Tabla 3), no fue graduable al no hallar la disfunción severa como riesgo.

De manera consistente este estudio muestra que los jóvenes de áreas rurales tienen más riesgo de embarazo que los de área urbana (Tabla 3), explicado según Flórez (6), por inicio de sus roles reproductivos mucho más temprano que los de estratos altos o residentes en zonas urbanas.

En este trabajo muchos factores identificados como riesgo no se evidenciaron, como ser hijo de madre adolescente (6), presencia de ideas suicidas (25), disfunción severa y otras relaciones con la familia (padres), a diferencia de lo expuesto por Leyva (30), quien enfatiza tal relación. Tampoco percepciones acerca del futuro (proyecto de vida - escape) como asegura Alarcón (36), aspectos sentimentales como el “amor romántico” designado por Baeza (17) o percepciones morales o religiosas. Harden (3) sostiene que el embarazo en adolescentes les provoca infelicidad. Este trabajo abordó tal percepción a través de sentirse triste para ser comparado con sentirse feliz (28) entre embarazados(as) y no embarazados(as) y no se encontraron diferencias. Sin embargo, la revisión de Harden se refiere a adolescentes que han estado en embarazo y, por ende, han asumido no sólo la condición sino el rol de madres, en tanto que este trabajo es de cómo llevan la condición de embarazo. Se interpreta esa ausencia de diferencias (feliz vs. triste) como una aceptación de la condición. Lo anterior también lo avala Salvatierra (37) quien encontró que las adolescentes presentan una favorable aceptación a su condición de maternidad. Lo anterior lo sustentan ya sea por la inmadurez propia de su edad, por el menor desarrollo de a su medio •

REFERENCIAS

1. Ojeda G, Ordoñez M, Ochoa LH. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Profamilia; Febrero del 2011.
2. Planandino.org. [Internet]. Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela: Plan Andino para la Prevención de Embarazo en Adolescentes. Disponible en: <http://www.planandino.org/portal/>. Consultado May 15, 2011.
3. Harden A, Brunton G, Fletcher A, Oakley A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. *BMJ* [Internet] 2009 Jul 339(b4254). Disponible en: <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b4254.full> Consultado: May 20, 2011.

4. Gallegos E, Villarruel A, Loveland-Cherry C, Ronis D, Zhou Y. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud pública de Méx.* 2008 ene-feb; 50(1): 59-66.
5. Santelli JS, Duberstein LL, Finer LB, Singh S. Explaining recent declines in adolescent pregnancy in The United States: the contribution of abstinence and improved contraceptive use. *Am J Public Health.* 2007; 97(1):150-156.
6. Flórez CE, Soto VE. Fecundidad Adolescente y Desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe. [Internet] 2006 Nov. Disponible en: http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/5/27255/Florez_Soto.pdf. Consultado 2010 May 15.
7. Becher JC, García JG, Kaplan DW, Gil AR, Li J, Main D, Herrera JA, Arias L, Bromet A. Reproductive health risk behavior survey of Colombian high school students. *J Adolesc Health.* 1999 Mar; 24(3):220-5.
8. Seamark C. Design or accident? The natural history of teenage pregnancy. *J Royal Soc Med.* 2001; 94(6):282-285.
9. Campo A, Ceballo GA, Herazo E. Prevalence of Pattern of Risky Behaviors for Reproductive and Sexual Health Among Middle-and-High School Students. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010; 18(2): 170-174.
10. OPS. [Internet]. Colombia: Protocolo de Educación Sexual. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/03EducacionSexual.htm>. Consultado May 15, 2011.
11. Forehand R, Armistead L, Long N, Wyckoff SC, Kotchick BA, Whitaker D, et al. Efficacy of a parent-based sexual-risk prevention program for African American preadolescents: a randomized controlled trial. *Archives of pediatrics & adolescent medicine.* 2007; 161(12):1123-9.
12. Graham A, Moore L, Sharp D, Diamond I. Improving teenagers' knowledge of emergency contraception: cluster randomised controlled trial of a teacher led intervention. *BMJ.* 2002; 324:1179.
13. Flórez CE. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Rev Panam Salud pública.* 2005; 18(6):388–402.
14. Vargas-Trujillo E, Barrera F, Burgos MC, Daza BC. La intención de los jóvenes de tener relaciones sexuales en la adolescencia: el papel de la televisión, la relación con los padres y las cogniciones. *Univ Psychol.* 2006; 5(1): 69-84.
15. Penagos A, Rodríguez M, Carrillo S, Castro J. Apego relaciones románticas y auto concepto en adolescentes bogotanos. *Univ. Psychol Ene-Abr 2006;* 5(1): 21-36.
16. González JC. Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población Adolescente Escolar. *Rev. Salud pública (Bogotá).* 2009; 11(1): 14-26.
17. Baeza B, Póo AM, Vásquez O, Muñoz S, Vallejos C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena región. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol.* 2007; 72(2): 76-81.
18. Madkour AS, Farhat T, Halpern C, Godeau E, Gabhainn S. Early Adolescent Sexual Initiation as a Problem Behavior: A Comparative Study of Five Nations. *J Adolesc Health.* 2010 Oct; 47(4): 389-398.
19. Zuleta JJ. Caracterización de la población adolescente atendida en la consulta de planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual del proyecto Sol y luna. *Rev Salud pública de Medellín.* 2008; 3(1): 63-74.
20. Villarruel A, Zhou Y, Gallegos EC, Ronis DL. Examining long-term effects of *Cuídate*—a sexual risk reduction program in Mexican youth. *Rev Panam Salud pública.* 2010; 27(5):345–51.

21. Kuroki L, Allsworth J, Redding C, Blume J, Peipert J. Is a Previous Unplanned Pregnancy a Risk Factor for a Subsequent Unplanned Pregnancy? *Am J Obstet Gynecol*. 2008 Nov; 199(5):
22. García SM, Andujar MF, Low CM, Feliz LE, Mercedes YM. Comportamiento de la idea e intento de suicidio en una muestra de adolescentes embarazadas. *Rev Med Dom*. Mayo-Agos 2007; 68(2): 153-155.
23. UNFPA. [Internet]. Colombia: Servicios amigables en salud para jóvenes. Disponible en: <http://www.unfpa.org.co/menuSuplzqui.php?id=16>. Consultado: Ago 20, 2012.
24. Henderson M, Butcher I, Wight D, Williamson L, Raab G. What explains between-school differences in rates of sexual experience? *BMC Public Health*. 2008, 8:53.
25. González JC, De la Hoz F. Relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia en adolescentes de Suba, Bogotá. *Rev. Salud pública (Bogotá)*. 2011 Feb; 13(1): 67-78.
26. Arriagada I. Transformaciones sociales y demográficas de las familias latinoamericanas. *Papeles de Población*. 2004; 040: 71 -95.
27. González JC. Riesgos y familia en la adolescencia. Colombia: Fundación Universitaria Juan N Corpas; 2007. Disponible en: <http://www.juanncorpas.edu.co/oferta-academica/pregrado/medicina/medicina-comunitaria/informes-y-estudios/Consultado> May 10, 2011.
28. González JC. Restrepo G. Prevalencia de felicidad en ciclos vitales y relación con redes de apoyo en población colombiana. *Rev. Salud pública (Bogotá)*. 2010; 12(2):228-238.
29. Allen E, Bonell C, Strange V, Copas A, Stephenson J, Johnson AM, et al. *Kiinecol*. 2008; 73(6): 362-369.35. Bonell C, Allen E, Strange V, Oakley A, Copas A, Johnson A, et al. Influence