

Factores de riesgo para embarazo adolescente.

Risk factors for pregnancy in teenagers.

María de los Ángeles Rodríguez Gázquez¹

Resumen

En este artículo 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.

Palabras clave: Salud del adolescente, política de salud, factores de riesgo, epidemiología.

Abstract

In this article a literature review is performed on the political and normative aspects of sexual and reproductive health both on national and worldwide level, as well as on main risk factors and fecundity rates on teenagers.

Key words: Adolescent health, Health Policy, 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)

INTRODUCCIÓN

Nunca antes en el mundo se había contado con una población tan numerosa de adolescentes en edad de incorporarse al mercado del trabajo y a la vida reproductiva¹.

Muchos de los adolescentes pueden no ser conscientes de los riesgos que implica ser activos

sexualmente. Por tal motivo, este grupo necesita servicios de Salud Sexual Reproductivos (SSR) para que reciban información sobre las formas de evitar embarazo no deseado y cómo disminuir los riesgos de adquirir una ITS, incluida el VIH/SIDA²⁻⁴.

Las adolescentes en embarazo son consideradas como un grupo de alto riesgo

¹ Enfermera, Epidemióloga, Ph.D en Salud Pública. Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Correspondencia: María de los Ángeles Rodríguez Gázquez, marodriguez@une.net.co

Fecha de recibo: abril 14 de 2008 ,

Fecha de aprobado: junio 23 de 2008

reproductivo, no sólo porque físicamente su cuerpo aún está en proceso de formación sino, también, por las implicaciones sociales y psicológicas de la gestación^{5,6}, y que no sólo afecta a la joven madre sino que tiene consecuencias en el padre adolescente, en sus hijos, en los familiares y en la sociedad en general. Actualmente, el embarazo adolescente es considerado un grave problema de salud pública, por causa de su considerable aumento y porque es la población más pobre y vulnerable de la sociedad la que lo está sufriendo con mayor frecuencia⁷⁻⁸.

Otra situación asociada a la Salud Sexual Reproductiva (SSR) de las/los adolescentes es el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), responsables de una gran variedad de problemas de salud. En recientes estudios en adolescentes entre 14 a 19 años de Medellín se encontró una alta⁹ prevalencia anual de síntomas genitourinarios (36%), de los que sólo un caso de cien acudió a consulta¹⁰.

Aspectos políticos y normativos relacionados con el embarazo adolescente

Actualmente, en el mundo hay más de 1.000 millones de adolescentes, un porcentaje amplio ya tiene actividad sexual, y los países están tratando cada vez más de abordar la controvertida cuestión de la educación sobre SSR³. Según el informe dado a conocer por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, casi la mitad de los países han adoptado nuevas medidas para evaluar las necesidades de los adolescentes en esta materia, como se los exhortó en 1994¹¹, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo¹², y posteriormente en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer¹³ y en la Asamblea de las Naciones Unidas en la que se fijaron las Metas del Milenio¹⁴, han enfatizado en la necesidad de realizar estrategias por parte de los organismos de cooperación internacional con el fin de reducir la pobreza y potenciar el desarrollo integral de las mujeres. Uno de los elementos priorizados por todas estas conferencias es la necesidad mundial de reducir el embarazo adolescente, lo que, de lograrse, conduciría a beneficios sociales muy importantes.

Todo ello en el marco de la consideración de que los Derechos Sexuales Reproductivos son parte de los derechos humanos, y desde esta perspectiva deben trabajarse¹⁵.

Muchos países de América Latina y el Caribe han incrementado su preocupación en este campo, y abordan la SSR en sus políticas, planes y programas que apuntan, finalmente, a su promoción en los adolescentes.

La Constitución Política de Colombia de 1991 determinó que la atención de la salud y el saneamiento ambiental eran servicios públicos a cargo del Estado, y que se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. También agrega la Carta Magna en su artículo 49 el deber de todas las personas de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad¹⁶, y se deja clara la trascendencia que tiene el autocuidado en salud. En este país, se han presentado esfuerzos importantes en cuanto a la promoción y prevención en SSR, ejemplo de ello ha sido la *Política Nacional de SSR*¹⁵ (2002 - 2006), que tiene el objetivo de *“Mejorar la SSR y promover el ejercicio de los DSR de toda la población, con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas”*.

Entre sus objetivos específicos, se impulsan las medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, la ampliación de la cobertura en el SGSSS de la población con factores de vulnerabilidad en SSR, todo ello apoyado en el fortalecimiento de la red de servicios, en relación con la oportunidad, calidad e integralidad de la atención de los eventos de SSR, mediante el mejoramiento de la infraestructura, la capacidad y el compromiso del recurso humano y la implementación de los sistemas de información. Las metas, por su parte, apuntan a la reducción del embarazo adolescente –en un 26%–, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable –las adolescentes aportan el 14% de las muertes maternas–, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ITS, el VIH y el

SIDA y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual.

La SSR de adolescentes es una prioridad del Plan Estratégico de Salud, por tanto, los planes de promoción y prevención deben incluir este componente y deben ser implementados en todas las Direcciones territoriales de salud. Según la Circular 18 del 2004 del Ministerio de Protección Social, la promoción de la SSR de los adolescentes y suministro de métodos de anticoncepción hormonal, de barrera y emergencia a adolescentes no asegurados en poblaciones en condición de desplazamiento, zonas marginales y de riesgo, es una acción de estricto cumplimiento, que está incluida en el Plan de Atención Básica¹⁷.

Por su parte, el Ministerio de Protección Social, en el año 2006, enfatizó la necesidad de una gran estrategia de movilización social, para posicionar la SSR en la agenda pública desarrollada a través de: (a) Campaña nacional para prevención de la fecundidad en adolescentes bajo el lema "*Tu sexualidad no es un juego, infórmate y protégete*", (b) Proyecto de información educación y comunicación masiva e interpersonal para promoción de la SSR y prevención de la fecundidad en adolescentes bajo el lema "*Derechos convertidos en hechos*" divulgado nacionalmente e implementado en las direcciones territoriales, las aseguradoras y los grupos de jóvenes de cinco departamentos del país (Huila, Atlántico, Antioquia, Bolívar y Valle)¹⁵.

En Antioquia, el *Pacto por la Salud Pública* tiene entre sus metas impactar los mayores problemas de salud que afectan a la población más vulnerable de esta región: las mujeres, las niñas, los niños y los adolescentes. Para este último grupo, el pacto tiene que ver con la reducción del 25% de los embarazos en las adolescentes, lo que corresponde a 1.755 embarazos por año. Esta meta hace parte del objetivo 5 para desarrollo del Milenio –Mejorar la salud materna- que en Colombia tiene un subobjetivo cual es "Detener para el 2015 el crecimiento del porcentaje de adolescentes que han sido madres o están en embarazo, manteniendo una cifra por debajo del 15%"¹⁸. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del año 2005, el porcentaje

de embarazos en adolescentes subió de 19 a 21% entre los años 2000 y 2005. Para el Área Metropolitana del Valle de Aburrá es del 21,2%¹⁹.

Medellín inicia el año 2004 con un cambio en la administración municipal con enfoque de gestión pública, el nuevo Plan de Desarrollo 2004-2007²⁰ y su primer Plan Estratégico Municipal de Juventudes²¹, intentan abarcar de manera integral no sólo las diferentes problemáticas de los jóvenes en la ciudad, pensando en un joven crítico de sí mismo y de su entorno, que comprende las dinámicas sociales, económicas, políticas y culturales de la ciudad que habita, como también, en el desarrollo de políticas públicas que causen efectos en el mejoramiento de la calidad de vida de los más de 500 mil jóvenes que viven en el municipio. El contexto es analizado desde tres elementos básicos: el tema de la violencia y el conflicto urbano en Medellín y su afectación en el derecho a la vida y a las libertades de los jóvenes; el tema de la exclusión social, para mostrar que en esta ciudad es necesario construir modelos de desarrollo e intervención social que contribuyan a que la juventud goce a plenitud de todos sus derechos y, el tema de escenarios de resistencia, organización juvenil, alternativas juveniles y propuestas desde las que la población joven no se resigna a habitar la ciudad sin hacer parte de ella y transformarla a la medida de sus sueños.

El nuevo *Plan de Desarrollo para Medellín 2004-2007 -"Medellín, compromiso de toda la ciudadanía"*²⁰ genera algunas expectativas de cambio, toda vez que varía el enfoque de desarrollo, hacia un modelo más integral y parte de aceptar que Medellín tiene una deuda social con los sectores más desprotegidos que la habitan y que históricamente han sido empobrecidos. Se enfatiza en los derechos sociales de los jóvenes: a la educación, al empleo, a la salud -desde la prevención, promoción y atención integral-, para el diseño de políticas, planes, programas y proyectos poblacionales. La salud sexual y reproductiva, pero también la salud mental, son claves a la hora de contribuir al crecimiento y formación de hombres y mujeres.

En la ciudad de Medellín, una iniciativa muy importante de la Administración Municipal, tiene

que ver con *Red de Prevención del Embarazo Adolescente en Medellín*²², coordinado por el Despacho de la Primera Mujer. La Red propende por los *principios* como: el derecho a vivir una sexualidad sana, libre, responsable, placentera, segura y mínima de riesgos, el reconocimiento de la dimensión de la sexualidad humana como parte inherente del desarrollo integral de las personas, la ética fundamentada en los derechos sexuales y reproductivos, el reconocimiento de las múltiples identidades femeninas y masculinas, el respeto por las diferencias u orientaciones sexuales, la equidad de género, la inclusión, la participación activa del Estado asumiendo su posición sobre el tema, el derecho al servicio de acuerdo con las necesidades y demandas y el fomento de la transformación de la participación y corresponsabilidad de hombres y mujeres en la vivencia de su sexualidad.

Por parte de la Secretaría de Salud de Medellín, la maternidad y la paternidad adolescente son problemáticas que preocupan e impactan a las familias, a la comunidad y a la sociedad en su conjunto y, por tanto, constituye una preocupación de salud pública, un tema de ciudad y el escenario propicio para la implementación de una política de población y desarrollo. Todo esto pasa, además, por la consideración de que el embarazo adolescente tiende a ser una consecuencia derivada de las dificultades que hay en el acceso a la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la información sobre sexualidad y los métodos anticonceptivos²².

Se está haciendo especial énfasis en la sensibilización de los administradores de los Planes de beneficios en salud, destacando el hecho de que la anticoncepción previene embarazo, el parto y el aborto con sus consecuencias, por ende, genera alto costo-beneficio a favor de la institución. Por cada peso invertido en anticoncepción se ahorran muchos pesos gastados en atención obstétrica e infantil²².

La salud sexual y reproductiva en los adolescentes

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto

en el ámbito de lo individual como de lo social. La SSR se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos¹⁵.

La salud sexual. La sexualidad hace parte normal del desarrollo del adolescente²³. Ella es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: la genital o biológica —que se expresa en los aspectos fisiológicos—, el área erótica -relacionada con la búsqueda de placer-, y la moral -expresada en la estructura social fijados en los valores aceptados-²⁴.

La esfera de la sexualidad introduce a los adolescentes en un conjunto de escenarios de riesgo, frente a los cuales toman decisiones de acuerdo con determinadas concepciones sobre la salud y la enfermedad, sobre el cuerpo y sobre los valores que le inculcó la sociedad. En la experiencia diaria puede observarse que hay adolescentes que pueden ser perfectamente conscientes de los riesgos y conocen las consecuencias de ser activos sexualmente, así como otros que desconocen por completo.⁽⁴⁾ Es así como este grupo necesita servicios de consejería en SSR para que puedan aclarar las preguntas sobre las formas de evitar embarazo no deseado, y de cómo disminuir los riesgos de adquirir una ITS, incluida el VIH/SIDA^{2,3}.

La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social, enriqueciendo la vida individual y social. El término salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo, como su autoestima y su bienestar emocional y mental²⁵, además de la cultura y el ambiente donde vive.

El desarrollo completo de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social, e incluye temas como sexo, género, identidad sexual y de género, orientación sexual, erotismo, apego emocional, amor y reproducción. Se experimenta o se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, funciones y relaciones.

La salud sexual se apoya en el autocontrol para decidir cuándo se comienza la actividad sexual, control sobre la elección que haga la pareja sexual, y control sobre la frecuencia de la actividad sexual. La salud sexual incluye el derecho a postergar y/o rechazar relaciones sexuales, particularmente si éstas pueden conducir a consecuencias negativas como un embarazo no deseado o una infección²⁶.

El reconocimiento de los derechos sexuales es inherente a la salud sexual, lo que implica que los individuos tienen derecho a libertad sexual, privacidad, equidad, placer y a elegir de forma libre y responsable. Los seres racionales necesitan saber cuáles son las consecuencias potenciales de sus acciones, y las decisiones autónomas de un individuo no pueden denominarse saludables si son coercitivas para otra persona²⁷.

La salud reproductiva. La salud reproductiva se refiere al bienestar físico, mental y social de mujeres y hombres en asuntos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones. La mayoría de programas adolescentes aúnan esfuerzos con el propósito de prevenir ciertas consecuencias de la salud reproductiva como el embarazo y las ITS, incluyendo el VIH/SIDA²⁶. Los estudios indican que el desarrollo sexual sano lleva a mejores decisiones que tienen resultados positivos, tales como el retraso en el inicio de la actividad sexual, períodos más prolongados de abstinencia y un mayor uso de MAC, lo que implica una disminución en la incidencia de embarazos no deseados²⁸.

Las ITS constituyen una consecuencia adversa de la conducta sexual, que afecta particularmente a los jóvenes. El inicio de la actividad sexual a una edad temprana se asocia con una mayor posibilidad de contraer ciertas ITS. Otras razones son de tipo conductual como: en la adolescencia se es menos constante en el uso de MAC que los adultos, además de que se benefician menos de los efectos protectores. Con una actividad sexual precoz se tendrá la probabilidad de conocer un mayor número de parejas y, por lo tanto, una mayor exposición a ITS²⁸.

Una situación agravante, altamente reconocida, es el factor biológico de que actualmente la pubertad se produce a edades más tempranas.

Científicamente se ha comprobado que hay un adelanto de casi un año en la menarquia, ésta se sitúa como promedio a los 12 años, lo que lleva a una parcial madurez fisiológica. Esta condición se asocia con relaciones sexuales más tempranas, con casi un adelanto de tres años con respecto a las generaciones anteriores. Los adolescentes adquieren su madurez sexual aproximadamente cuatro o cinco años antes de alcanzar su madurez emocional^{18,23,29}. Además de los factores biológicos, las personas jóvenes son más vulnerables a ITS/VIH/SIDA debido a su desarrollo cognitivo y emocional, en el que se hace más difícil tanto el análisis como la toma de decisiones. Como consecuencia, los jóvenes tienden a ser más susceptibles a las opiniones de los pares, lo que puede afectar su capacidad de negociar las relaciones sexuales y el uso de medidas de protección. Según el Centro para Programas de Comunicación de la Universidad de Johns Hopkins²⁶, existe una relación entre la madurez cognitiva y la actividad sexual, de forma que aquellos que poseen un mayor nivel de madurez cognitiva tienden a ser sexualmente menos activos.

EL EMBARAZO ADOLESCENTE

El embarazo adolescente -aquel que ocurre en mujeres de diecinueve años o menos⁸ es uno de los hechos más frecuentes en nuestra sociedad; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí; actualmente es considerado un problema de salud pública debido al creciente aumento. Además, porque, como ya se expresó, están más expuestos los sectores más vulnerables de la sociedad⁷.

El embarazo en una pareja de jóvenes es un evento inesperado, sorpresivo. Generalmente se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que están asociados a la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo³⁰. Las adolescentes en embarazo son consideradas un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo por las implicaciones sociales y psicológicas propias de la gestación, sino porque su cuerpo

aún está en proceso de formación. La mortalidad infantil en madres adolescentes es una de las más altas (25 por mil nacidos vivos), sólo la supera la mortalidad infantil en hijos de madres mayores de 40 años. Cerca del 40% de las adolescentes embarazadas presenta bajo peso durante la gestación, lo que conlleva a que sus hijos también puedan tener bajo peso al nacer^{5,6}. El embarazo en adolescentes está asociado con un riesgo adicional de 20-200% de mortalidad materna, además de mayores probabilidades de prematuridad, bajo peso al nacer y otras complicaciones. En términos de las consecuencias fisiológicas, el embarazo temprano presenta un riesgo intrínseco para la salud de la mujer, pero sólo cuando éste se produce antes de los 16 años. A partir de esta edad, tanto en lo que respecta a la mortalidad infantil como materna los riesgos no son particularmente más elevados en ese grupo que en las demás edades⁶.

Factores de riesgo para el embarazo adolescente

Los estudios realizados a nivel mundial, en Colombia y en la ciudad asocian el embarazo adolescente con estas causas:

Factores estructurales

- Situación de conflicto armado, violencia urbana y desplazamiento: contribuye a la mayor vulnerabilidad en SSR de las poblaciones afectadas y presiona formas de relación de los adolescentes con los diferentes actores armados que comprometen su sexualidad y reproducción^{15,22}.
- Situación de exclusión social de los adolescentes en relación con los servicios de educación, salud y el empleo: las ofertas institucionales no discriminan de manera positiva a la población adolescente y muchos de ellos y ellas son expulsados de la escuela y presionados a ingresar al mundo laboral por la situación de pobreza^{15,22,23,26,31}.
- Situaciones y grupos de riesgo: mujeres y hombres en prostitución, prostitución infantil y otras formas de explotación sexual³². También se ha reportado que los adolescentes de sexo masculino con historia de abuso físico

y/o sexual durante su infancia, tuvieron con más frecuencia, que los que no sufrieron de estos abusos, compañeras a quienes embarazaron siendo adolescentes³³.

- El acceso a la educación se ha considerado una variable significativa en la predicción de ciertos resultados de salud reproductiva, tales como embarazo, tamaño reducido de la familia, matrimonio a edad madura, actividad sexual tardía, abstinencia y uso del condón³⁴. Los estudios sugieren que existe una fuerte relación entre el descenso de la fertilidad en las mujeres y el incremento de su escolaridad³⁵. Cuando las mujeres reciben más de cuatro años de formación escolar se crea una de las relaciones negativas más sólidas y constantes respecto a la fertilidad³⁶.
- Es importante la influencia que tienen los medios de comunicación de masas sobre la población adolescente. Éstos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una sobrevaloración del sexo, sin compromiso afectivo^{7,8,36}.
- Inadecuada educación sobre SSR, que en algunos estudios mundiales se ha visto que fomenta la experimentación sexual y se pierde la oportunidad de reducir la probabilidad de un embarazo no deseado o de la transmisión de una ITS, por lo tanto, se perjudica a los jóvenes^{8,37-39}.
- Historia de abuso sexual por un adulto. Este factor se asocia también a tener más de un compañero sexual simultáneamente⁴⁰⁻⁴⁴.
- La familia se cita continuamente como un factor determinante para el desarrollo del adolescente y que está cambiando en varios países hacia los hogares encabezados por mujeres. La CEPAL estima que desde 1994, uno de cada cinco núcleos familiares en América Latina ha estado encabezado por mujeres²⁶. Muchos de esos hogares son encabezados por menores de 18 años. En Colombia uno de cada tres hogares es una familia nuclear completa, es decir está integrada por ambos padres con sus hijos e hijas solteros menores de 18 años. Para el año 2005, en el 30% de los hogares el cabeza de hogar es una mujer¹⁹.

Estas condiciones de vida pueden tener una implicación negativa en la situación de los jóvenes, particularmente porque la incidencia de la pobreza es mayor en los hogares encabezados por mujeres²⁵. Por ejemplo, se estima que el 80% de las madres adolescentes en áreas urbanas y el 70% en áreas rurales pertenecen al 50% de hogares más pobres^{7,22,37,45-47}.

Factores individuales

- Correr riesgos voluntariamente forma parte del crecimiento y desarrollo de la población de menor edad. Los ayuda a probar fuerzas y capacidades para enfrentarse al mundo. Desafortunadamente, en ocasiones, los jóvenes homologan los comportamientos de riesgo con muestras de madurez. Nuestras sociedades, en vertiginoso y a veces caótico cambio, ofrecen cada vez más oportunidades de aventura y vértigo a los jóvenes, que pueden conducir a efectos colaterales negativos para la salud^{1,48}.
- Creencias y prácticas asociadas a la maternidad y a la paternidad, a la feminidad y masculinidad como asuntos centrales de los proyectos de vida de los adolescentes y únicos destinos de realización personal^{15,22,32,37}.
- Búsqueda de reconocimiento, afirmación social y de afectividad por la vía de la maternidad, personalidades dependientes de la aprobación masculina que presiona ejercicios de la sexualidad temprana, el embarazo y la maternidad^{15,22,38}.
- La autoestima se considera un factor protector que ayuda a las personas jóvenes a superar situaciones difíciles. Por el contrario, la baja autoestima está asociada a problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas de ajuste^{15,22,26,38}.
- Afán de compartir y de experimentar la sexualidad y el cuerpo, vinculados al reconocimiento por parte del otro y de los grupos de amigos^{7,22,38,46}.
- Ausencia y marginalidad masculina de los servicios y tareas de salud sexual y reproductiva, incluida la información sobre sexualidad, consejerías en salud sexual y servicios de anticoncepción²².
- Falta de habilidades para la vida con las que puedan hacerle frente a los cambios hasta la adultez, entre ellas son muy significativas las habilidades comunicativas, las necesarias para negociación, y las de resistencia ante presión de compañeros²³.
- Menarca temprana: otorga madurez reproductiva a la joven, cuando aún no maneja las situaciones de riesgo³⁷.
- Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención³⁷⁻⁴⁷. En grupos focales hechos con adolescentes de Medellín, manifestaban con preocupación cómo el inicio de la sexualidad se relacionaba con la maternidad y paternidad temprana en los jóvenes¹⁰.
- Familia disfuncional: uniparentales, o con conductas promiscuas y con consumo de drogas, en la que no hay un adecuado diálogo padres-hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que el joven no sabe resolver, impulsándolo a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que un genuino vínculo de amor³⁷. Ante una familia disfuncional el joven intenta escapar de situaciones conflictivas en el hogar. Otro aspecto de la calidad de vida familiar que afecta las conductas reproductivas es la comunicación con los padres, cuando ésta es pobre o incompleta los adolescentes la buscan en los amigos y compañeros de colegio^{10,32,49}.
- Sobre-exigencia en el crecimiento; iniciación temprana para asumir responsabilidades adultas, económicas y de crianza; ausencia de los adultos y pobreza^{22,37}.
- Mayor tolerancia del medio al embarazo adolescente³⁷.
- Bajo nivel educativo: cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que los jóvenes, aun teniendo relaciones sexuales, adopten una prevención efectiva del embarazo^{19,37,50}. Los adolescentes con historia de frustraciones educativas, años

perdidos y bajo rendimiento escolar, pueden encontrar en el embarazo una salida a una insatisfecha historia dentro del sistema escolar^{19,51-54}.

- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas³⁷.
- Menor temor a enfermedades venéreas, ante conocimiento de medios de tratamiento eficaces de la gran mayoría de ellas, unida a comportamientos temerarios³⁷.
- No uso de métodos de planificación familiar asociado con: percepción de invulnerabilidad, escepticismo frente a la efectividad de los mismos, creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios, creencia de que utilizar los métodos es un irrespeto con la otra persona y, deseo de complacer a la pareja^{10,19}. Concepciones mágicas y de negación del riesgo a un posible embarazo⁵⁵.
- Historia de abuso sexual por un adulto^{40,42,43}. Este factor se asocia también a tener más de un compañero sexual simultáneamente⁴⁴.
- Otros factores que se han asociado a embarazo adolescente son: el consumo de alcohol u otras drogas, incluyendo los productos del tabaco, deserción escolar, falta de sistemas de apoyo o tener pocos amigos, la falta de participación en actividades escolares, familiares o comunitarias, la percepción baja o nula de oportunidades para el éxito personal y ser hija de una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aún más joven^{8,10,26}.
- Factores que se han asociado en forma protectora del embarazo adolescente: una tardía iniciación en la vida sexual, el énfasis en la abstinencia en la educación sexual, la actitud firme y consistente de los padres⁵³.
- En ocasiones, aunque los adolescentes tengan conocimientos, percepciones y actitudes hacia el riesgo de embarazo no deseado o adquirir una ITS, aun con

conciencia de la propia vulnerabilidad, tienen prácticas de sexo inseguro⁴⁹.

Factores institucionales

- Marginalidad femenina y masculina de los servicios de salud, la escuela o del colegio y otros servicios sociales^{22,23}.
- Déficit en los servicios específicos de atención en consejería sobre salud sexual y reproductiva; prevención para la población adolescente incluida la anticoncepción y educación sexual y falta de promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos²³. Cuando los servicios se prestan, en ocasiones son rechazados por los adolescentes por motivos de actitudes de juzgamiento y falta de apoyo del personal de salud, denotando falta de preparación para la prestación del servicio²³.
- Horarios de prestación de servicios inadecuados para las personas jóvenes que estudian y/o trabajan⁵⁶.
- Desconocimiento de los derechos en salud y bajo acceso a los recursos institucionales de justicia y protección²³.

Situación del embarazo adolescente en Medellín

La Secretaría de Salud de Medellín registró durante el año 2005 un total de 8.341 embarazos en adolescentes, cinco de cada cien de estos embarazos fueron en niñas de 10 a 14 años¹⁸.

La tasa de fecundidad específica para las mujeres de 10 a 19 años en el municipio, fue de 46,08 nacimientos por cada 1.000 mujeres de esta edad, que, si la comparamos con las categorías propuestas por Singh y Darroch⁵⁷, podemos apreciar que se encuentra dentro del rango de tasa moderada. (Tabla 1).

En la gráfica 1 se puede apreciar cuál fue la tasa de fecundidad específica por grupo etáreo en la ciudad de Medellín. El grupo de 10 a 14 años tuvo un riesgo de 3,56 por 1.000 nacimientos por cada mil mujeres de esa edad, mientras que las de 15 a 19 años tuvieron casi 22 veces más el riesgo del grupo anterior con 80,96 por 1.000 nacimientos. La comuna con tasa alta

de fecundidad en mujeres de 10 a 19 años fue Popular (79,92), le siguen con tasas moderadas Villahermosa (67,32), Aranjuez (66,00), San Javier (64,51) y Buenos Aires (52,23), el riesgo del resto de comunas⁵⁸.

Tabla 1. Clasificación de la tasa de fecundidad según categorías de riesgo⁵⁷

Categoría	Tasa de fecundidad por 1.000 mujeres
Muy baja	Menos de 20,0
Baja	20,0 a 39,9
Moderada	40,0 a 69,9
Alta	70,0 a 99,9
Muy alta	100,0 y más

Comparando a Medellín y a Colombia con otros países del mundo podemos apreciar cómo Costa Rica y México tienen tasas altas de fecundidad en adolescentes, mientras que los países europeos están en la categoría de muy baja, caso que no es el de Estados Unidos, que está en el rango de tasa de fecundidad moderada para sus adolescentes. (Tabla 2).

El embarazo en la adolescente colombiana no fue deseado en el 44%¹⁹, cifra que es inferior a la encontrada en el estudio de Agudelo en la ciudad de Medellín (69%)¹⁰, y ambos son menores que el reportado por Estados Unidos (88%)⁵⁹.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2005 (ENDS 2005), para el Área

Metropolitana del Valle de Aburrá, la edad mediana de inicio de las relaciones sexuales fue 19 años⁵, un año más que la mediana nacional¹⁹, edad que es mayor al reportado para adolescentes en Estados Unidos (17 años)⁵⁹ y en España³⁷ y México (16 años)⁴⁶.

En el estudio de Agudelo (2005) en la población de 14 a 19 años de la ciudad de Medellín, el inicio de la vida sexual en los hombres es de 13 años y 14 en las mujeres. Los primeros se inician con adolescentes un poco mayores que ellos, situación diferente a las mujeres que prefieren que sean en una media de cuatro años mayores¹⁰.

Dos de cada cinco adolescentes medellinenses han tenido relaciones sexuales en su vida¹⁰, cifra muy similar a la encontrada en mujeres del mismo grupo por la ENDS 2005 (43%)¹⁹, proporción que es muy semejante al de las adolescentes americanas (46%)⁵⁹, pero que es

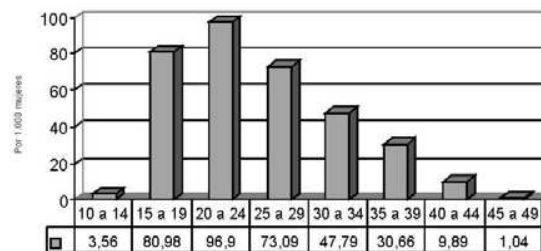


Gráfico 1. Tasas específicas de fecundidad según grupo etéreo. Medellín, 2005⁵⁹

Tabla 2. Tasa específica de fecundidad por mil mujeres adolescentes en diversos países

País	Año	Tasa de fecundidad	Referencia
Estados Unidos	1995	54	60
España	1997	18	37
Francia	1995	17	58
Canadá	1995	24	58
Australia	1995	20	58
Alemania	1995	13	58
México	1996	81	46
Costa Rica	1996	92	61
Colombia	2005	Total :21 Urbana: 19 Rural: 27	19

mucho mayor a la reportada en España (12%)³⁷ y en México (12%)⁴⁶.

En el estudio de Agudelo en Medellín, uno de cada dos jóvenes no utiliza métodos de anticoncepción en la primera relación sexual, por no considerar el riesgo de embarazo¹⁰. Otro factor de riesgo tanto para el embarazo no deseado como para la adquisición de una ITS, es el uso de alcohol y drogas durante las relaciones sexuales, que para el año 2005 tuvo una prevalencia del 23%⁶¹.

Según la misma ENDS 2005, las adolescentes colombianas emplean menos la planificación familiar, con respecto al resto de las mujeres, pues sólo el 20% de las adolescentes entre 15 y 19 años con vida sexual activa utiliza métodos de planificación¹⁹.

Los métodos modernos más utilizados por las adolescentes colombianas son el condón (6,2%), la píldora (3,5 %) y la inyección (3,4%). Entre las adolescentes en unión, sólo la mitad (57%) utiliza métodos anticonceptivos. Los métodos preferidos por las adolescentes en unión son la píldora (13,6%), el Dispositivo Intrauterino DIU (12,8%), la inyección (9,8%) y el condón (7,8%)¹⁹. En Estados Unidos hay una clara preferencia por el condón, que es usado por el 71% de los hombres y el 66% de las mujeres⁵⁹.

También en el ENDS 2005 se encontró que el 16% de las adolescentes tiene necesidad insatisfecha de planificación familiar en Colombia, -en Estados Unidos alcanza el 40%⁵⁹-, esta cifra es un indicador de la urgencia de implementar programas de promoción y prevención, así como de facilitar el acceso de los jóvenes a servicios de SSR de calidad, y que estén de acuerdo con sus necesidades¹⁹.

CONCLUSIÓN

El embarazo adolescente es un fenómeno complejo en el que participan un gran número de factores de riesgo, lo cual representa un enorme reto para los sectores de salud y educación que tienen prioridades en la intervención de esta problemática.

REFERENCIAS

1. Andino N. Salud y estilos de vida saludables de los y las jóvenes y adolescentes. Sao Paulo: FNUAP; 1999
2. Sadik N. Salud reproductiva y derechos reproductivos. New York: Fondo de Población de Las Naciones Unidas; 2006.
3. Sadik N. Los jóvenes, en situación de riesgo y necesitados de información y servicios. New York: Fondo de Población de Las Naciones Unidas; 2006.
4. Palma I, Abarca H, Moreno C. Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina y el Caribe: hacia una nueva síntesis de enfoques. México: Fondo de Población de Naciones Unidas para América Latina y el Caribe; 2002. Working Papers Series CST/ LAC Report No.:14.
5. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005: resultados Antioquia y Medellín. Bogotá: Profamilia; 2006.
6. Guzmán J, Falconier M, Hakkert R, Contreras J. Políticas de población para adolescentes: diagnóstico de situación y políticas de salud sexual y reproductiva. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2006. Working Papers Series CST/ LACNO Report No: 9.
7. Gutiérrez M. El embarazo adolescente [Internet]. [S.l.]: Monografias.com; 2007 [acceso 15 de octubre de 2007]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes/embarazo-en-adolescentes.shtml>
8. National Library of Medicine. Embarazo en la adolescencia [Internet]. Bethesda, MD: Medline Plus; 2008 [acceso 2 de abril de 2008]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001516.htm>
9. Panchaud C, Singh S, Feivelson D, Darroch J. Sexually Transmitted Diseases Among Adolescents in Developed Countries. *Fam Plann Perspect*. 2000; Feb; 32(1):38-41.
10. Agudelo L. Redescubrir: una mirada a la salud de las y los jóvenes: Prevalencia de embarazo adolescente, síntomas sugestivos de ITS, consumo y adicción a sustancias psicoactivas, comportamientos violentos y factores relacionados en mujeres de 14 a 19 años de Medellín. Medellín: Alcaldía; 2005.
11. Sadik N. Estado de la población mundial 1999. Nueva York: Fondo de Población de Las Naciones Unidas; 2000
12. Organización de Naciones Unidas. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD). New York: ONU; 1994.

13. Organización de Naciones Unidas. Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM). New York: ONU; 1995.
14. United Nations General Assembly. United Nations Millennium Declaration. New York; 2000. Report No.: A/55/L.2.
15. Ministerio de Protección Social (Colombia). Política nacional de salud sexual reproductiva. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2003.
16. Constitución Política de Colombia. Bogotá: Temis; 1991.
17. Circular 18 de 2004. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2004.
18. Vallejo C, Arrieta L, Vargas A, Acevedo L, Cárdenas E. Pacto por la salud pública en Antioquia: avances en Medellín hasta el 31 de diciembre de 2005. Salud Pública de Medellín. 2006; 1(1):33-62.
19. Profamilia. Salud sexual y reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud: resumen. Bogotá: Profamilia; 2006.
20. Alcaldía de Medellín. Plan de Desarrollo 2004-2007: Medellín compromiso de toda la ciudadanía. Medellín: La Alcaldía; 2004.
21. Alcaldía de Medellín. Política pública local de juventud. Medellín: Concejo de Medellín; 2002.
22. Red de Prevención del Embarazo Adolescente. Memoria del trabajo realizado por la Red de Prevención del Embarazo Adolescente durante los años 2004, 2005 y 2006: primer semestre. Medellín: Red de Prevención del Embarazo Adolescente; 2006.
23. World Health Organization. Adolescent Sexual and Reproductive Health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [acceso 19 de diciembre de 2007] Disponible en: <http://www.who.int/child-adolescent-health/asrh.htm>
24. Molina R, Luengo X, Toledo V. Adolescencia: tiempo de decisiones. Guatapé, Antioquia: Hermanas Santa Ana; 1994.
25. Panamerican Health Organization, World Association of Sexology. Promotion of sexual health: recommendation for action. Washington: Panamerican Health Organization; 2002.
26. Schutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003. p. 29-73.
27. 14o. Congreso Mundial de Sexología. Declaración de los derechos sexuales. Hong Kong; 26 de septiembre de 1999. [S.l.] : World Association for Sexology; 1999.
28. ONU/SIDA, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. HIV and AIDS in the Americas: An Epidemic with Many Faces. Washington: ONU/SIDA; 2001.
29. Castillo C, López C, Muñoz C, Rivera J. Una aproximación a la conflictiva de la adolescente soltera embarazada. México: [s.n.]; 1992.
30. Molina R. Adolescencia y embarazo. En: Pérez Sánchez A., Donoso Siña E. Obstetricia. 2. ed. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 1992. p. 83-9
31. Family Health International La educación retrasa el inicio de la vida sexual. Network en Español. 1997;17(3):15.
32. Rosengard C, Pollock L, Weitzen S, Meers A, Phipps M. Concepts of the Advantages and Disadvantages of Teenage Childbearing Among Pregnant Adolescents: a Qualitative Analysis. Pediatrics. 2006;118(2):503-10.
33. Anda R, Felitti V, Chapman D, Dietz P, Marks J. Abused Boys, Battered Mothers, and Male Involvement in Teen Pregnancy. Pediatrics. 2001;107(2):e19.
34. Magnani R, Seiber E, Vereau D. Correlates of Sexual Activity and Condom Use among Secondary-School Students in Urban Peru. Stud Fam Plann. 2001;32(1):25-31.
35. Behrman J, Duryea S, Szekel M. Decomposing Fertility Differences across World Regions and Over Time: is Improved Health More Important than Women's Schooling?. New York: Banco Interamericano de Desarrollo; 2000.
36. Guzmán D. Programa de salud sexual y reproductiva para Antioquia. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2003.
37. Issler J. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra V de la Medicina. 2001 Aug;(107):11-23.
38. Grunseit A, Kippax S. Effects of Sex Education on Young People's Sexual Behavior. Geneva : WHO; 2006.
39. Nettleman M, Brewer J. Epidemiology and prevention of unintended pregnancy in adolescents. Primary Care. 2006;33(2):391.
40. Boyer D, Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. Fam Plann Perspect. 1992;24:4-12.
41. Stevens-Simon C, Reichert S. Sexual abuse, adolescent pregnancy, and child abuse: a developmental approach to an intergenerational cycle. Arch Pediatr Adolesc Med. 1994;148:23-7.
42. Fiscella K, Kitzman H, Cole R, Sidora K. Does child abuse predict adolescent pregnancy?. Pediatrics. 1998;101(4 Pt 1):620-4.

43. Pierre N, Shrier L, Emans S, DuRant R. Adolescent males involved in pregnancy: association of forced sexual contact and risk behaviors. *J Adolesc Health*. 1998;26:364-9.
44. Luster T, Small S. A Sexual abuse history and number of sex partners among female adolescents. *Fam Plann Perspect*. 1997; 29(204):211.
45. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama Social de América Latina*. New York: Naciones Unidas; 1997.
46. Menkes K, Suárez L. Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*. 2003;(35):1-32.
47. Ruiz J, Romero G, Moreno H. Factores de riesgo de salud maternoinfantil en madres adolescentes de Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 1998;4(2):81-6.
48. Spingarn R, DuRant R. Male adolescents involved in pregnancy: associated health risk and problem behaviors. *Pediatrics*. 1996; 98(262):268.
49. Pantelides E. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. Buenos Aires: Centro de Estudios de Población; 2006.
50. Santelli J, Beilenson P. Risk factors for adolescent sexual behavior, fertility, and sexually transmitted diseases. *J Sch Health*. 1992; 62(7):271-9.
51. Wartenberg L. Embarazo precoz y aborto adolescente en Colombia. Bogotá: Universidad Externado de Colombia: UNFPA; 1999.
52. Committee on Adolescence. Contraception and Adolescents. *Pediatrics*. 1999;(104):1161-6.
53. Dearden K, Hale C, Alvarez J. The educational antecedents of teen fatherhood. *Br J Educ Psychol*. 1992;62:139-47.
54. Elster A, Lamb M, Tavare J. Association between behavioral and school problems and fatherhood in a national sample of adolescent youths. *J Pediatr*. 1987;111(932):936.
55. Males M. School-age pregnancy: why hasn't prevention worked? *J Sch Health*. 1993;63(429):432.
56. Jóvenes en riesgo: adolescentes y la salud sexual. *Agenda Salud*. 2001; Jul;(23):1-8.
57. Singh S, Darroch J. Adolescent Pregnancy and Childbearing: Levels and Trends in Developed Countries. *Fam Plann Perspect*. 1998; 32(1):351.
58. Secretaría de Salud de Medellín. Situación de Salud de Medellín: indicadores básicos 2005. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín; 2006.
59. Guttmacher Institute. Facts on American Teens' Sexual and Reproductive Health- Sexual activity [Internet]. New York: Guttmacher Institute; 2006 [acceso 15 de octubre de 2006]. Disponible en: URL: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_ATSRH.html
60. Garita C, Diaz M, Sequeira M. Manual de consejería en salud sexual para los y las adolescentes. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social; 1999.
61. Centers for Prevention and Control Disease. National youth risk behavior survey:1991-2005. Trends in the prevalence of sexual behaviors. Atlanta: CDC; 2005.