

ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE¹

BIOPSYCHOSOCIAL ASPECTS ASSOCIATED WITH PREGNANCY IN ADOLESCENCE

Regina Cogollo Jiménez²

RESUMEN

Introducción: El embarazo en la adolescencia, es un evento inesperado, sorpresivo. Este artículo establece la importancia de identificar los aspectos biopsicosociales asociados al embarazo adolescente en las embarazadas asistentes al programa de Control Prenatal de una Empresa Social del Estado de nivel 1 en Montería en 2009, para comprender las actitudes y los comportamientos asociados a esta etapa tan temprana.

Materiales y Métodos: Es un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal. Población y muestra: 30 adolescentes embarazadas asistentes al Programa, el muestreo por conveniencia. Se utilizó la encuesta y la observación directa, previa autorización del Director de la empresa. **Resultados:** Caracterización de la población: predominó la edad de 15 a 19 años (adolescencia tardía), uniones libres, baja escolaridad debido a la deserción escolar, ingreso económico menor al salario mínimo legal vigente. Aspectos Biológicos: la menarquía a temprana edad (9 a 14 años), y en ella la mitad de los embarazos. La mayoría de los segundos embarazos terminaron en parto, la minoría en cesárea y aborto. La captación para los controles prenatales fue tardía, algunas no cumplieron con las citas programadas. Aspectos Psicológicos: inestabilidad con la pareja al enterarse del embarazo, tuvieron soporte familiar moral y económico, abandonaron sus estudios y presentaron malestares como estrés, depresión y tristeza. Aspectos Sociales: predominó la convivencia con la familia extensa. Hubo aceptación en el colegio y en los amigos.

Discusión y Conclusiones: Se plantean estrategias para disminuir estos aspectos: elaboración de una cartilla sobre "Cuidado de la adolescente embarazada", creación de espacios de reflexión, jornadas lúdicas educativas, entre otros. (Rev Cuid 2012; 3(3):385-93).

Palabras clave: Embarazo en Adolescencia, Bienestar Materno, Atención Prenatal. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction: The teenage pregnancy, it is an unexpected event, surprise. This article establishes the importance of identifying biopsychosocial aspects associated with teenage pregnancy in pregnant women attending the prenatal control program of a Social Enterprise State Montería level 1 in 2009, to understand the attitudes and behaviors associated with this early. **Materials and Methods:** It is a descriptive, quantitative, cross-sectional study. Sample population: 30 pregnant teenagers attending the program, the convenience sampling. We used the survey and direct observation, with the authorization of the Director of the company. **Results:** Characterization of the population: the prevailing age 15-19 years (late teens), free unions, low education because dropouts, income below the legal minimum wage. Biological Aspects: early menarche (9-14 years), and half of her pregnancy. Most second pregnancies ended in delivery, cesarean section and abortion minority. The uptake for prenatal care was delayed; some did not meet scheduled appointments. Psychological Aspects: instability with the couple to learn of the pregnancy had family support moral and economic, had dropped out of school and ailments such as stress, depression and sadness. Social Aspects: coexistence prevailed with the extended family. There was acceptance at school and friends. **Discussion and Conclusions:** Strategies are proposed to reduce these aspects: development of a primer "Care of pregnant adolescents", creating spaces for reflection and fun educational workshops, among others.

Key words: Pregnancy in Adolescence, Maternal Welfare, Prenatal Care. (Source: DeCS BIREME).

¹ Artículo Corto.

² Magíster en Enfermería. Docente Programa Enfermería Universidad de Córdoba – Colombia. Directora Grupo de Investigación Familia Saludable. Correspondencia: Universidad de Córdoba Carrera 6 N° 76-103. Montería, Córdoba. Fax: 7860254. E-mail: recogojim@hotmail.com

Artículo recibido el 25 de Octubre de 2012 y aceptado para publicación el 22 de Noviembre de 2012.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia según la Organización Mundial de la salud OMS (1), se define como “el periodo de vida en el cual el individuo adquiere la madurez reproductiva, transita por los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y adquiere la independencia socioeconómica de su grupo de origen, fijando sus límites entre los 10 y 20 años. Según las edades, la adolescencia se divide en: Temprana (11 a 14 años), tardía (15 a 19 años)”.

Es importante conocer las características de estas etapas, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes, especialmente durante un embarazo sabiendo que: “una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada” (2).

El embarazo es el momento en que el ovulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse en el cuerpo de la mujer una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación (el crecimiento de un nuevo ser).

El embarazo adolescente es la “Gestación que ocurre dentro de los 2 primeros años después de la menarquía (entre los 10 y 13 años aprox.), y/o cuando la adolescente es aún dependiente social y económicamente de su núcleo familiar de origen” (3).

Para el marco referencial se hizo la revisión documental y antecedentes sobre: Adolescencia: Desarrollo, cambios y tareas del adolescente. Sexualidad. Embarazo en la adolescencia. Causas y riesgos de un embarazo a edad temprana. Importancia del cuidado prenatal. Teoría de Autocuidado de Dorothea Orem, dado que es la Teorista que direcciona el currículo del Programa Enfermería de la Universidad de Córdoba.

Según Meneses (4), las adolescentes frecuentemente tienen malos hábitos de alimentación, descuidan sus dosis diarias de multivitamínicos, fuman, consumen drogas y beben licor, con lo cual aumenta considerablemente los riesgos de afectarse la salud de sus hijos y la de ellas mismas. Entre las madres de todas las edades, las adolescentes conforman el grupo en el que hay menos probabilidades de que reciban atención médica prenatal a comienzo de la gestación y de manera regular.

La progenitora adolescente representa un problema combinado: se enfrenta a la adolescencia y a la maternidad. Además, suele ser soltera y tener una situación económica limitada. El embarazo en adolescentes es más problemático porque hay mayor riesgo de complicaciones médicas y sociales debido

a una atención prenatal tardía, mala nutrición e incumplimiento de las indicaciones médicas. Además, la anatomía de la adolescente frecuentemente no es apta para la procreación y, en general, tienen mayor riesgo de mortalidad perinatal.

Las complicaciones del embarazo adolescentes entre 15-19 años son muy frecuentes: dos veces mayor el riesgo de muerte por complicaciones del parto, 50% riesgo de muerte del bebe, riesgo mayor de prematuridad, bajo peso y ser pequeños para la edad gestacional, además es mayor la morbilidad materna en adolescentes (Mayor, 2004) (5).

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad. Actualmente el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en los hospitales y un problema en salud pública.

La OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) señalan que alrededor de 16 millones de adolescentes entre los 15 - 19 dan a luz cada año, el 95% de ellos son de los países en desarrollo (6).

En Colombia según la Encuesta Nacional de Salud de Profamilia 2005 (7), los menores de 18 años corresponde al 36.3 % de total del país, en 2010 una de c/cinco adolescentes de 15 a 19 años (20%), era madre (16%) o estaba embarazada (4%); las cifras más altas se registraron en Córdoba, Caquetá y Casanare, con 40, 12 y 11 casos respectivamente.

El último reporte de Estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (8) luego de hacer un estudio en 14 municipios, permitió arrojar que Córdoba es el sexto departamento con el mayor número de nacidos de adolescentes.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) reportó que entre enero y agosto de 2012 se presentaron 1.125 casos de menores de 18 años embarazadas de ellas 144 (12,8%) entre 10 y 14 años (9).

Un aspecto importante para el binomio madre-hijo Control Prenatal (10), el cual permite identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar su control, a fin de lograr una gestación adecuada que permita el parto y el nacimiento en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo.

Toda mujer embarazada en Colombia tiene Derecho a:

- Adecuado tratamiento psicológico y de acompañamiento social.
- Conciliar con su pareja y dialogar sobre el futuro del bebé.
- Seguimiento a la salud física.
- Adecuadas condiciones para el apoyo a su salud mental y familiar.

El objetivo del estudio fue identificar los aspectos biopsicosociales asociados al embarazo adolescente en las embarazadas asistentes al Programa de Control Prenatal de una Empresa Social del Estado (ESE) de nivel 1 en la ciudad de Montería.

MATERIALES Y MÉTODOS

- Es un estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal.
- La población y muestra fueron 30 adolescentes embarazadas asistentes al Programa de Control Prenatal de una ESE de nivel 1 de Montería en el primer semestre de 2009, el muestreo por conveniencia.
- Se utilizó como instrumento para la recolección de datos la encuesta, además la observación directa, previa autorización del Director de la ESE. A la muestra se le explicaron los objetivos, se les leyó y luego firmaron el Consentimiento informado.
- Criterios de inclusión: Adolescentes embarazadas. Inscritas en Control prenatal de la ESE que autorizó el estudio.
- Unidad de análisis: Adolescentes embarazadas entre

11 y 19 años asistentes al Control prenatal de la ESE de nivel 1.

- Fuentes de información: Primaria las Adolescentes embarazadas. Secundaria las Guías de Atención al embarazo, libros, tesis, trabajos de grado, internet, etc.
- Instrumento: Encuesta, además la observación directa.
- Recolección de la información: Enero- junio 2009, previa autorización del Director la ESE.
- El estudio fue avalado por el Comité de Investigación y Extensión y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba - Colombia.
- Para el procesamiento y análisis de la información se aplicó una encuesta previa prueba piloto con ajustes al instrumento. La información se tabuló y analizó con la estadística descriptiva y el programa EXCEL 2007. Los resultados se presentaron en distribuciones de frecuencia simple, tablas y gráficas, se realizó un análisis cuantitativo a los datos obtenidos.
- Aspectos éticos y legales. Se tuvo en cuenta la Resolución 008430/93 Ministerio de Salud que establece las Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud con seres humanos: este estudio es de riesgo mínimo. También los principios éticos: respeto a la persona, autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Las adolescentes embarazadas firmaron el consentimiento informado.

Durante el desarrollo de trabajo no se presentaron conflictos de interés y las fuentes de financiación fueron recursos propios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Caracterización de los sujetos de estudio

	Variable	Frecuencia	%
Edad	15 - 19 Años (Adolesc. Tardía)	20	67
	11 - 14 Años (Adolesc. Temprana)	10	33
Estado civil	Unión libre	15	50
	Soltera	11	37
Grado de escolaridad	Bachillerato incompleto	16	53
	Primaria completa	6	20
	Universidad incompleta	0	0
Ocupación	Ama de casa	12	40
	Ninguna	11	36
	Estudiante	5	17
Ingreso económico (salario mínimo legal vigente)	Menor	21	70
	Igual	9	30

Fuente: Encuesta

En las adolescentes embarazadas predominó la edad de 15 - 19 años (adolescencia tardía), las uniones libres, la baja escolaridad debido a la deserción escolar, no reportaron estudios universitarios, son amas de casa, son población pobre no asegurada de los estratos 1 y 2, su ingreso económico e menor al salario mínimo legal vigente. Ver Tabla 1.

Estos datos socioeconómicos coinciden con la Encuesta Nacional de Salud 2005 de Profamilia (9). Las adolescentes embarazadas se encuentran en la etapa de la adolescencia tardía, en donde se adquiere una perspectiva más adulta y se le da más importancia a las relaciones íntimas (11). Según Burroughs y Leifer, 2002 (12), la adolescente se concentra cada vez mas en si misma y se siente invencible. Mientras ponen a prueba los límites de su poder, pueden verse envueltos en conductas de alto riesgo, los medios más usados para revelarse son experimentar con drogas, alcohol y sexo.

Con relación al estado civil, la embarazada soltera tiene un factor de riesgo psicológico al no recibir apoyo moral y probablemente económico para el sustento de la gestación, siendo esto un factor estresante que puede afectar su salud física y mental (13), la progenitora adolescente representa un problema combinado, pues además de enfrentarse a la adolescencia tiene que asumir la maternidad y suele ser soltera y tener una situación económica limitada.

Se observa un bajo nivel educativo como lo reportó el DANE (8), que impide un conocimiento elemental de la sexualidad (en mayor proporción en zonas rurales que

urbanas), aunque el Ministerio de Educación Nacional viene desarrollando en las instituciones educativas proyectos con docentes y estudiantes, orientados a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Colombia, en busca de evitar los embarazos no planeados y el abandono de sus estudios, sus resultados no han sido muy exitosos, al respecto Flórez afirma que “los proyectos pedagógicos de educación sexual que hoy se imparten en los centros educativos del sector público y privado del país, parecen no estar cumpliendo su función informativa y formativa, ya sea por insuficiencia o por defectos de enfoque” (13).

Teniendo en cuenta la escolaridad Menacho (14) plantea que las madres adolescentes tienden más a abandonar la educación secundaria que las jóvenes que posponen la maternidad.

Esta población tiene estudios de primaria y de bachillerato incompleto, un bajo ingreso económico y no tiene una ocupación específica, lo cual es aspecto negativo, debido a que estas adolescentes no ocupan su tiempo libre en una actividad productiva de tipo económica y/o intelectual no tienen la oportunidad de un empleo bien remunerado que les permita ingresos para los gastos necesarios durante la gestación y el parto en cuanto a alimentación, salud, vestido, transporte, entre otros.

Son población pobre no asegurada de los estratos 1 y 2 del SISBEN (7), que recibieron servicios de atención en promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la ESE de nivel 1 de Montería.

Aspectos biológicos

Tabla 2. Aspectos ginecológicos y obstétricos

	Variable	Frecuencia	%
Menarquia	9 - 14 Años	18	60
	15 - 19 Años	12	40
Inicio vida sexual	11 - 14 Años	4	13
	15 - 19 Años	26	87
Primer embarazo	11 - 14 Años	4	13
	15 - 19 Años	26	87
Embarazos anteriores n=5	1° embarazo	4	80
	2° embarazo	1	20
Datos obstétricos n=5	N° de partos	4	68
	N° de cesáreas	1	16
	N° de abortos	1	16

Fuente: Encuesta

La menarquía se informó en la adolescencia temprana (incluyendo desde edades entre 9 - 14 años), mientras que en edades entre 15 - 19 años se reportó el inicio de las relaciones sexuales y el primer embarazo. Las adolescentes que han estado embarazadas en su mayoría han terminado la gestación en parto, seguidos de cesárea y aborto. Ver Tabla 2.

Respecto a la menarquía, Pérez (15) señala que la evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con el paso de los años, en el aspecto biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquía, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tempranas.

El inicio de la vida sexual a temprana edad según Molina (16), puede determinar un embarazo ya que la madurez psicosocial, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente. Aspectos importantes son:

- Los prejuicios sexuales, como el control machista de la mujer para que no planifique, supuestamente para evitar su infidelidad, o la vergüenza que impide reclamar el derecho a los anticonceptivos en las instituciones de salud.
- Los imaginarios erróneos de amor eterno y

estabilidad matrimonial, que acompañan el embarazo para demostrar el afecto y garantizar la permanencia del hombre junto a la mujer o de la mujer junto al hombre.

- Equivocadas concepciones de feminidad y masculinidad presentes en las competencias de mutua aceptación entre pares, en relación directa con la conquista de pareja. En muchas oportunidades los muchachos llegan a la intimidad sexual para demostrar su hombría a los compañeros y no para disfrutar de una relación de pareja. Y las muchachas con frecuencia lo hacen por ganarle a sus compañeras el chico más pretendido, perder la calificación de tontas y adquirir la de audaces.

Al respecto la OMS/UNFPA (6) plantean que “la presión de grupo y la presión por adaptarse a ciertos estereotipos aumentan su probabilidad de tener actividad sexual precoz y sin protección”.

Los embarazos precoces o el número de embarazos anteriores (17) puede pronosticar la probabilidad de problemas en el embarazo actual, esta información ayuda a los médicos a predecir con más facilidad riesgos a producirse, así como el cuidado y la supervisión que las mujeres podrían necesitar durante el embarazo.

Tabla 3. Antecedentes

	Variable	Frecuencia	%
Antecedentes patológicos familiares	Amenaza de Parto Prematuro (APP)	8	27
	HTA en el embarazo	5	16
Antecedentes personales	Consumo de micronutrientes	27	90
	Consumo de cigarrillo - Fuma	1	3
Ingreso a control prenatal	I trimestre	3	10
	II - III trimestre	27	97
Asistencia a control prenatal	Si	20	67
	No	10	33

Fuente: Encuesta

Las adolescentes encuestadas manifestaron que durante la gestación en su familia se ha diagnosticado Amenaza de parto prematuro y también Hipertensión arterial; la mayoría ha consumido los micronutrientes y una fuma. Respecto a los controles prenatales su captación fue tardía en el 2° y 3° trimestre, además no cumplieron las citas programadas. Ver Tabla 3.

Las madres adolescentes corren mayor riesgo que las mujeres de más de 20 años de tener complicaciones durante el

embarazo, como parto prematuro, anemia y alta presión arterial. Estos riesgos son incluso mayores cuando tienen menos de 15 años como lo plantea Toro (17).

Es menos probable que reciban atención prenatal desde el principio del embarazo según Burroughs (12), debido a diferentes razones: no reconocer el embarazo, el deseo de ocultarlo, no comprender el valor de los cuidados prenatales y no tener dinero. Tienen mayor riesgo de hipertensión inducida por el embarazo, anemia, deficiencias nutricionales e infecciones de vías urinarias. La dieta por lo general contiene calorías “vacías” y consta de alimentos de moda, en los estratos económicos menos favorecidos suele ser por la falta de dinero. La nutrición inadecuada, sobre todo en los primeros meses del embarazo (14), da lugar a desenlaces negativos del embarazo y a defectos congénitos, y es

causa de hipertensión inducida por el embarazo, peso bajo al nacer y parto prematuro.

Los antecedentes clínicos de la gestante y su familia deben registrarse (10), son importantes para identificar problemas de salud que pueden afectar el embarazo como cardiopatías y padecimientos genéticos.

La Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo (10) establece que para el desarrollo oportuno de este proceso, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, después de la primera falta menstrual y antes de la semana 14 de gestación, para intervenir y controlar oportunamente los factores de riesgo.

Tabla 4. Aspectos psicológicos

	Variable	Frecuencia	%
Dificultades en el embarazo	Embarazo no planificado	25	83
	Relación inestable con la pareja	18	60
	Abandono de los estudios	10	33
	Retiro del apoyo económico	9	30
	Rechazo de la pareja	8	27
	Rechazo de la familia	5	17
	Abandono del empleo	3	10
	Ocultar el embarazo	3	10
	Rechazo de sí misma	1	3
Alteración de la salud mental	Estrés durante el embarazo	13	43
	Tristeza durante el embarazo	6	20
	Depresión durante el embarazo	3	10

Fuente: Encuesta

Se observó que las adolescentes no planearon el embarazo, por ello la inestabilidad con la pareja al enterarse del embarazo, el rechazo de la pareja, de la familia y de sí misma por su nueva condición, igualmente se afectó su realización personal debido a que abandonaron sus estudios y el empleo. Con respecto al estado de la salud mental de las adolescentes embarazadas la mayoría manifestó estrés, seguido de tristeza y la minoría depresión. Ver Tabla 4.

Los datos coinciden con la Organización de las Naciones Unidas ONU, la cual informó que en Colombia más del 50% de los hijos de madres adolescentes son no deseados. Este país es también el de mayor tasa de embarazo adolescente en América Latina.

Una de las principales consecuencias que afronta una adolescente según Menacho (14), es el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que ocasiona que las oportunidades

futuras de buenos empleos y sus posibilidades de realización personal sean limitadas y que le sea muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales, es común que dependa económicamente de su familia o del sistema de asistencia social.

Burroughs (12) dice que es posible que las jóvenes nieguen la realidad de su embarazo o no lo digan a sus padres por temor a violencia o falta de apoyo.

Tabla 4.1 Aspectos psicológicos

	Variable	Frecuencia	%
Apoyo durante el embarazo n=30	Apoyo moral de la familia	25	83
	Apoyo económico de la pareja	22	73
	Apoyo moral de la pareja	21	70
	Apoyo económico de la familia	19	63

Fuente: Encuesta

Durante su embarazo las adolescentes manifestaron tener el apoyo moral familiar, como el apoyo económico de la pareja, seguido del apoyo moral de la pareja mientras que el apoyo económico de la familia fue el menor porcentaje. Ver Tabla 4.1.

En lo referente al apoyo durante el embarazo (18) es muy positivo, es un factor protector para la gestante, su familia y su pareja, porque disminuye la probabilidad de presentar crisis emocionales y sociales, sentimientos de desamparo y soledad e incapacidad para proyectarse en el futuro.

Tabla 5. Aspectos sociales

	Variable	Frecuencia	%
Convivencia	Familia Extensa	18	60
	Familia Nuclear	12	40
	Aceptación	5	100
Actitud en el colegio n=5	Discriminación	0	0
	Aislamiento	0	0
	Aceptación	28	93
Actitud de amigos n=30	Discriminación	2	7
	Aislamiento	9	30
	Aceptación	15	50
Actitud de otros n=30	Discriminación	4	15
	Aislamiento	6	20

Fuente: Encuesta

En el contexto familiar de las adolescentes embarazadas se encontró que predomina la convivencia con la familia extensa (padres, familiares, hijos, entre otros) seguido de la familia nuclear, ello puede ser un apoyo en la crianza de los hijos. Con relación a la actitud asumida durante el embarazo hubo aceptación en el colegio y la mayoría de los amigos, las otras personas solo la mitad lo aceptaron. No se presentó al aislamiento en el colegio, pero si lo hubo en el círculo de amigos y otros. Ver Tabla 5.

En esta etapa de la vida no se tiene suficiente estabilidad física, emocional y económica para hacerle frente a las necesidades del nuevo ser, por ello toman como un gran apoyo a sus amigos (17) puesto que son los confidentes y generalmente son de su misma edad. También Flórez

(13) menciona que en estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Cuando se presenta el embarazo adolescente (18) la responsabilidad no es exclusiva de la pareja adolescente, es compartida por la familia, la institución escolar, el Estado y la sociedad en su conjunto. En ocasiones se agrava la situación por la actitud familiar incomprensiva e intolerante, muchas veces violenta. Con comprensión y apoyo familiar es posible convertir esta experiencia en un episodio de crecimiento y superación personal.

La convivencia y el apoyo de la familia además del respaldo y la aceptación por parte de la institución

educativa, sus amigos y sus parejas, se refleja en las ganas de salir adelante con su embarazo y el nuevo ser.

CONCLUSIONES

Caracterización de los sujetos de estudio. La mayoría de las adolescentes embarazadas están en la etapa de la Adolescencia Tardía, estudiaron primaria y pocas hicieron el bachillerato completo, son amas de casa, la mitad conviven en unión libre, su ingreso mensual es menor SMLV, son población no cubierta del estrato socioeconómico 1.

Aspectos biológicos. Antecedente personales: Menarquía entre los 9 – 14 años, inicio de vida sexual entre los 15 – 19 años, consumieron micronutrientes durante la gestación, 1º embarazo entre los 15 – 19 años. Los embarazos anteriores, culminaron la mayoría en parto, en menor porcentaje por cesárea y un aborto. Para el Control Prenatal se inscribieron tarde en el 2º y 3º trimestre y no asistieron puntualmente. Antecedente familiar: amenaza de parto prematuro y HTA en el embarazo.

Aspectos psicológicos. La mayoría no planificó el embarazo, al enterarse la relación con la pareja fue inestable, más de la 1/3 parte abandonaron sus estudios, se presentó alteración de la salud mental con estrés, tristeza, depresión; recibieron apoyo moral y económico de la familia y de la pareja.

Aspectos sociales. La mayoría conviven con la familia extensa (padres, familiares, hijos, entre otros), hubo aceptación del embarazo en la escuela y en los amigos, hubo discriminación de amigos y otros en menor porcentaje, se presentó aislamiento por el embarazo por los amigos y otros.

El compromiso de sostener a un hijo, implica sacrificio y abandono de actividades por las adolescentes

embarazadas, abonado a la frustración del proyecto de vida, la necesidad de apoyo económico y emocional de la familia, lo cual profundiza la dependencia con los padres incluso el rechazo social.

Los datos obtenidos en el estudio, exigen repensar las políticas públicas y las estrategias escolares y familiares relacionadas con el embarazo en adolescentes, intervenciones mancomunadas de padres de familia, educadores, comunicadores sociales, gobernantes y de los propios adolescentes.

Además visionarlo como un tema complejo y por tanto, poli determinado de gran repercusión en el desarrollo social del país.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados del estudio se recomienda implementar las siguientes Estrategias para disminuir los aspectos biopsicosociales en la adolescente embarazada, entre otras:

- Promover las prácticas de Autocuidado de Orem en las adolescentes embarazadas.
- Retrasar la 1º relación sexual y con responsabilidad
- Fortalecer autoestima
- Fortalecer la toma de decisiones
- Promover la comunicación asertiva entre padres y adolescentes
- Promocionar proyecto de vida
- Difundir los riesgos ante un embarazo adolescente
- Elaboración de una Cartilla sobre el Cuidado de la adolescente embarazada
- Publicidad por medios masivos de comunicación hablada y escrita, y emisoras comunitarias

Agradecimientos a las Adolescentes Embarazadas y a Correa L, Cuello Y, Suárez L, estudiantes de Enfermería integrantes del Semillero de investigación Familia Saludable por su aporte a la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud OMS. Ginebra; 1995. Disponible en: <http://www.oms.org>
2. García M. Embarazo y adolescencia. Dto. Obst. y Ginec. Hptal. Clín. Univers. de Salamanca. Rev. Salud Sexual y Reproductiva; 2000; 2: 10-12.
3. Ramírez R. Estrategias de Afrontamiento en madres adolescentes con y sin pareja; 1988.
4. Meneses S, García K, Revelo L. Conocimientos actitudes y prácticas sobre alimentación en mujeres gestantes que acuden al Subcentro de Salud de Julio Andrade de la Provincia del Carchi en el período de enero a octubre del 2010 [Tesis]. Universidad Tecnica del Norte. Facultad Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería; 2010.
5. Mayor, S. Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries. BMJ; 2004; 328(7449):1152.
6. OMS/UNFPA. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias. 2012. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_FWC_MCA_12_02_spa.pdf Consultado: Agosto 4,2012.
7. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/04desplazadas/05fecundidad/fecundidad05.html> Consultado el 14 de agosto de 2009.
8. DANE. Encuesta Nacional de 2005. Disponible en: <http://www.dane.org.co> Consultado: Agosto 14,2009
9. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. Disponible en: <http://www.icbfa.org.co> Consultado: Agosto 14,2009.
10. Procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Resolución 412/2000 de 25 de febrero. Diario Oficial del Ministerio de Protección Social, (25-02-2000).
11. Ortiz R, Anaya N, Sepúlveda C, Torres S, Camacho P. Caracterización de las adolescentes gestantes en Bucaramanga, Colombia.- Un estudio Transversal. Med UNAB [Revista en línea] 2005[Consultado: 14 de agosto 2009]: 72. Disponible en: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=187&path%5B%5D=171>
12. Burroughs A, Leifer G. Enfermería Materno Infantil. 8a ed. McGraw-Hill Interamericana; 2002.
13. Flórez CE. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. Rev Panam Salud Pública. [Revista en línea] 2005 [Consultado: 15 Agosto 2009]; 18 (6):388–402. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n6/28940.pdf>
14. Menacho LP. Embarazo Adolescente. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Lima – Perú; 2006.
15. Pérez A, Molina R, Donoso E. Adolescencia y embarazo. Obstetricia. 2a ed.1992: 14.
16. Molina R., Sandoval J, Luengo X. Salud sexual y reproductiva del adolescente. Ruoti, A. M. y col. Obstetricia y Perinatología. 2a ed. 2000; 8.
17. Toro Merlo J, Uzcátegui Uzcátegui O. Embarazo en la adolescente. Ginecología, Fertilidad y Salud Reproductiva, FLASOG. Caracas, Venezuela: Edit. ATEPROCA; 2002: 1 (32).
18. Oliva A, Parra A. Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia. En: Familia y desarrollo psicológico. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2004.