



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Perfil de un grupo de adolescentes gestantes de la localidad Rafael Uribe Uribe Bogotá**

**Catherine Ángel Díaz, Jessica Alejandra Herrera Osorio,  
Miguel León Martínez, Wilintong Tunjano Huertas**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública  
Bogotá, Colombia  
2013



# **Perfil de un grupo de adolescentes gestantes de la localidad Rafael Uribe Uribe Bogotá**

**Catherine Ángel Díaz, Jessica Alejandra Herrera Osorio,  
Miguel León Martínez, Wilintong Tunjano Huertas**

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:  
**Especialista en Administración en Salud Pública.**

Directora:

Rocío Robledo Martínez. OD., M.Sc., Ph.D.(C)

Área de Énfasis:

Administración en servicios de salud

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública  
Bogotá, Colombia

2013



*A Dios*

*Por darnos la oportunidad y el privilegio de crecer cada día como personas, por medio del conocimiento y la sabiduría que el nos ha otorgado.*

*A Nuestras Familias y Docentes*

*Por el apoyo brindado en el proceso*



## Resumen

**Objetivos:** Establecer los perfiles de un grupo de 249 adolescentes gestantes, que asistió al curso de preparación para la maternidad en la localidad Rafael Uribe Uribe de Bogotá entre los años 2009 y 2011.

**Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de caracterización de una base de datos. Se realizó una asociación de variables mediante la aplicación del programa “R” que permitió establecer perfiles estadísticamente significativos.

**Resultados:** Se obtuvieron tres perfiles, que permitieron confirmar la presencia de diferencias significativas dentro del grupo de gestantes que comparte características, socio demográficas, familiares y personales similares.

**Conclusiones:** Se confirma la existencia de diferencias significativas en las gestantes adolescentes de la localidad Rafael Uribe Uribe de Bogotá.

**Palabras clave:** Embarazo, adolescente, perfil, salud pública, salud reproductiva.

## Summary

**Objective:** To establish the profile of a group of 249 pregnant adolescents who attended the preparation for motherhood in the locality Rafael Uribe Uribe in Bogota between 2009 and 2011.

**Methods:** A descriptive, retrospective characterization of a database. We performed an association of variables with the implementation of the "R" that allowed statistically significant profiling.

**Results:** Three profiles were obtained, which confirmed the presence of significant differences within the group of pregnant women who share characteristics, socio-demographic, personal and family like.

**Conclusions:** Our results confirm the existence of significant differences in pregnant adolescents of the locality Rafael Uribe Uribe in Bogota.

**Keywords:** Pregnancy, Teen, profile, public health, reproductive health.

# Contenido

	Pág.
<b>Resumen.....</b>	<b>VII</b>
<b>Lista de Figuras.....</b>	<b>XI</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Problema de Investigación .....</b>	<b>4</b>
1.1 Pregunta de Investigación .....	6
1.2 Valoración de la investigación .....	6
1.2.1 Objetivo General .....	6
1.2.2 Objetivos Específicos .....	6
<b>2. Referentes Conceptuales .....</b>	<b>7</b>
2.1 Embarazo adolescente.....	7
2.1.1 Embarazo adolescente en Colombia.....	9
▪ Características de las gestantes adolescentes .....	10
▪ Entorno social y económico .....	12
▪ Relaciones sexuales: inicio y anticoncepción.....	13
▪ Estado de integridad física y psicológica.....	14
2.2 Normatividad en salud sexual y reproductiva en la adolescencia .....	15
<b>3. Diseño Metodológico.....</b>	<b>17</b>
3.1 Tipo de estudio .....	17
3.2 Población.....	17
3.3 Organización y Análisis de la Información.....	17

<b>4. Resultados .....</b>	<b>22</b>
<b>5. Discusión.....</b>	<b>23</b>
<b>6. Conclusiones y recomendaciones.....</b>	<b>25</b>
6.1 Conclusiones.....	25
6.2 Recomendaciones.....	25
<b>Anexo: Caracterización de las clases observadas.....</b>	<b>28</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>34</b>



## Lista de figuras

Figura 1 Diagrama conceptual sobre los determinantes de la fecundidad adolescente...13	
Figura 2 Plano factorial 1, adolescentes gestantes individuos, ejes 1 y 2 .....18	
Figura 3 Dendograma de clasificación jerárquica ..... 19	
Figura 4 Clase de perfiles en el plano factorial adolescentes gestantes.....19	
Figura 5 Plano factorial 1, adolescentes gestantes categorías asociadas, eje 1 y 2..... 20	





## Introducción

Pese a que desde los años setenta, Colombia ha visto disminuir sus tasas de fecundidad, como consecuencia de campañas exitosas de planificación familiar, se ha observado que especialmente en zonas urbanas se sufre de un aumento de la fecundidad adolescente (1); frente a lo cual, han sido varias las estrategias desarrolladas encaminadas a reducir los índices enmarcados en lineamientos de salud sexual y reproductiva con fundamento en disposiciones contenidas en la mayoría de los casos por normas desarrolladas a partir de la década de los 90.

Dentro de dichas disposiciones se destacan la constitución de 1991 de la que se ha inferido que los derechos sexuales y reproductivos forman parte de los derechos fundamentales y sociales la política nacional de salud sexual y reproductiva de 2003 (2), y recientemente el Conpes social 147 que se denomina “ *lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños y niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años*” (3).

El impacto del embarazo adolescente en Colombia ha sido abordado desde distintas perspectivas, tanto por organismos del sector público ligados a la atención en salud, al bienestar social y al sector educativo, al igual que por entidades privadas de distinta índole que en busca de ampliar el conocimiento respecto al tema y han coincidido en puntos comunes referidos principalmente al impacto negativo que tiene a nivel individual sobre el proyecto de vida de la adolescente ya nivel social sobre el propio desarrollo del país.

Diferentes factores entre ellos los sociales, económicos, del entorno familiar y propios del comportamiento de las jóvenes incluyendo la pobreza han demostrado una relación causa y efecto en la ocurrencia de la problemática, ya que además de influir en la salud de la joven y del niño, comprometen aspectos fundamentales como la pérdida de la

continuidad educativa, limitando sus expectativas ocupacionales y económicas, entre otros. (4).

El bajo nivel educativo sumado a la falta de redes de apoyo y de oportunidades hace que la adolescente ocupe su tiempo en preocuparse de cómo cuidar al bebe y no de como continuar con su propio desarrollo humano. El Conpes social 147 de 2012 resume los factores asociados a la problemática, clasificándolos en biológicos, de comportamiento y sociales. Al igual que estos factores generales, no se desconocen factores a nivel individual, que en su conjunto determinan las decisiones propias de las adolescentes.

Para el presente abordaje se usó como fuente primaria los datos recolectados mediante el trabajo de campo realizado por el Departamento de Pediatría de la Universidad Nacional, en el marco de un estudio descriptivo analítico con adolescentes gestantes de Bogotá, realizado entre junio 2009 y marzo 2011. El estudio contó con la participación voluntaria de las gestantes, captadas a través de los procesos de atención del Centro Operativo Local, Rafael Uribe y el Centro Molinos, escenario en el cual se registraron datos sociales, demográficos y aspectos relacionados con relaciones parentales, de pareja y además se diligenció para cada una de las participantes el cuestionario Apgar Familiar. (5)

Con base a esta investigación el presente estudio describe los perfiles encontrados a través de la asociación de variables halladas en la cohorte citada, mediante la aplicación del programa R, que permitió establecer los diferentes perfiles estadísticamente significativos en la población.





# 1. Problema de investigación

La adolescencia es considerada ampliamente como la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la considera como la etapa de la vida entre los 10 y 19 años de edad (6), el período entre los 10 y los 14 años puede considerarse también como pre adolescencia. Datos suministrados por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF en el año 2012, dan cuenta que hoy día en el mundo viven cerca de 1200 millones de adolescentes, de los cuales el 90% habita en países en desarrollo. Esta organización plantea que “la adolescencia es una etapa de la vida a la que debemos prestar más atención e invertir en ella más recursos y esfuerzos inmediatos, para no sufrir en el futuro las consecuencias de tener una generación cuyos miembros posean menos capacidad y posibilidades de convertirse en integrantes plenamente activos de la sociedad”. (7) Así mismo la OMS manifiesta especial interés por esta población al declarar que los adolescentes son una población objetivo esencial, cuando se quiere incidir sobre los resultados de salud pública a nivel mundial.

Como ciclo de transición durante la adolescencia el joven afronta múltiples cambios a nivel biológico, psicológico y sociocultural, que lo llevan finalmente a la afianzamiento de su identidad y la adopción de roles propios del adulto; en este proceso se da la exploración de su sexualidad, donde resulta común el establecimiento de relaciones sexuales prematuras, y con mucha frecuencia la presencia de embarazos a edades tempranas, cuestión que se hace evidente cuando se revisan las cifras que muestran cómo se incrementa el porcentaje de niñas que inician su vida sexual incluso antes de los 15 años, teniendo consecuentemente mayor probabilidad de ser madres a temprana edad. (8)

UNICEF estima que un tercio de las mujeres del mundo contrae matrimonio antes de los 18 años, cuestión que conduce al embarazo y al alumbramiento precoz, principal causa de muerte en adolescentes Africanas; además que cerca del 11% de 16 millones de alumbramientos que se producen anualmente corresponden a niñas de 15 a 19 años, situación alarmante en la medida que las madres más jóvenes son quienes corren mayor peligro de sufrir complicaciones y de morir debido a causas relacionadas con el embarazo. (9)

En Colombia, según información descrita en la Encuesta Demografía y Salud 2011 concerniente a la ciudad de Bogotá muestra algunas condiciones relacionadas con la gestación tales como: a mayor nivel educativo disminuye la fecundidad, pasando de 4.1 hijos de mujeres sin educación a 1.4 entre mujeres de mayor nivel educativo; a mayor índice de riqueza menor es la fecundidad; y la edad a la cual las mujeres comienzan su vida reproductiva constituye uno de los

factores demográficos determinantes de la fecundidad de una población, al mismo tiempo afectando en forma importante los niveles de mortalidad materna, mortalidad infantil y de abortos. (1)

Igualmente el documento "*Fecundidad adolescente y pobreza, diagnóstico y lineamientos de política*" plantea una relación directa entre embarazo adolescente y pobreza sin ninguna claridad sobre la dirección de esa relación: las condiciones de pobreza favorecen el embarazo adolescente y al mismo tiempo el embarazo adolescente perpetúa las condiciones de pobreza (10).

La fecundidad en las adolescentes se constituye en una preocupación continua de las autoridades, no solo del área de la de salud, sino aquellas que confluyen en la vida cotidiana puesto que afecta la situación familiar, educativa y de salud de las jóvenes; por otra parte la evidencia muestra que el embarazo y el puerperio de una mujer muy joven traen mayores costos al sistema de salud, por la rigurosidad que debe estar presente en los cuidados clínicos y hospitalarios debido a la inmadurez biológica que determina riesgos de distinta índole. (11)

Pese a esto, lo que se ha observado es que las acciones adelantadas en busca de disminuir la incidencia de la problemática, los resultados positivos se han dados especialmente en adolescentes de niveles socioeconómicos altos, mientras que las de bajos recursos siguen siendo especialmente vulnerables. (1)

Como vemos, a pesar de los múltiples acercamientos teóricos que establecen de manera integral causas y efectos sobre la presentación del embarazo a temprana edad; y las estrategias encaminadas a disminuir dicho evento, los resultados no son los esperados; posiblemente, esto se debe a que dichas estrategias y planteamientos no han sido sensibles a las características particulares de los diferentes entornos de influencia, que de tenerse en cuenta resultarían en herramientas útiles para la para la disminución de las tasas de ocurrencia del evento en mención.

De tal manera como contribución a la comprensión de la problemática del embarazo precoz, la presente investigación propuso establecer los perfiles en que se agrupan 249 gestantes que participaron en el estudio que se menciona previamente de la localidad Rafael Uribe Uribe del cual se obtuvo una base de datos a través de la aplicación de un instrumento tipo encuesta.

Esta investigación puede ser utilizada en el planteamiento de estrategias diferenciales encaminadas a disminuir la incidencia del embarazo en adolescentes tanto a nivel local como distrital, ya que en el momento no existe información suficiente que permita establecer características especiales que se presentan dentro de un grupo que comparte aspectos sociales y demográficos similares.

## 1.1 Pregunta de investigación

¿Existen diferencias significativas dentro de un grupo de adolescentes gestantes, que asistió al curso de preparación para la maternidad en la localidad Rafael Uribe Uribe durante 2009 a 2011, que permitan establecer perfiles en esta población?

## 1.2 Valoración de la Investigación

### 1.2.1 Objetivo general

Establecer los perfiles de un grupo de adolescentes gestantes, que asistió al curso de preparación para la maternidad en la localidad Rafael Uribe Uribe entre los años 2009 a 2011, y que participaron en el estudio realizado por el grupo de puericultura de la Universidad Nacional de Colombia (3).

### 1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar variables coincidentes en la muestra de forma que permita establecer relaciones dentro de la misma.
- Realizar una asociación de los individuos de acuerdo a los valores de las variables que conforman la base de datos.
- Conformar los perfiles por medio de la asociación de variables propuestas en la base de datos.

## 2. Referentes conceptuales

### 2.1 Embarazo adolescente

La comprensión del fenómeno del embarazo a edades tempranas sobre la salud de las adolescentes, ha requerido el abordaje de aspectos diferentes de los netamente biológicos, de comportamiento y educación; la incorporación del estudio del entorno familiar y la relación con la pareja sobre la incidencia de la problemática y las relaciones con la salud del recién nacido puede contribuir en la contextualización y mitigación de uno de los eventos de mayor impacto en la salud de las madres adolescentes y sus hijos.

Carmen Elisa Flórez investigadora de la universidad de los Andes, señala dentro de los tres factores que ejercen influencia directa e indirecta en la fecundidad por medio de los determinantes próximos, el contexto social en que vive la adolescente compuesto por la pareja, el amor y la familia y los factores socioeconómicos que incluyen las características individuales y del hogar en que reside. Así, la influencia de la familia se manifiesta por medio de su estructura, la supervisión del comportamiento por los padres y el poder que es capaz de ejercer en las decisiones de la adolescente acerca de las relaciones románticas, el matrimonio, las relaciones sexuales y el embarazo (10).

En cuanto a las consecuencias del embarazo en la adolescencia señala que estas son generalmente de carácter negativo tanto para el niño como para la madre, en particular cuando se produce al principio de la adolescencia, antes de haberse constituido una unión estable, sea esta de carácter libre o formal; además indica que en relación al niño las consecuencias recaen en la salud, mayores riesgos de mortalidad y morbilidad durante el periodo neonatal en vista del escaso desarrollo físico y emocional de la mujer.

Los resultados de distintas investigaciones y publicaciones científicas concernientes a la temática del embarazo adolescente, muestran un consenso respecto a los efectos negativos de este no solo en la salud pues se liga a tasas altas de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil cuando se presenta en menores de 20 años, sino sobre la calidad de vida y oportunidades de desarrollo personal de las jóvenes y sus hijos, se asocia con una menor probabilidad de superación de la pobreza, mayor inequidad, y en general como un elemento que incrementa la vulnerabilidad. (12)

UNICEF plantea que con el inicio de la pubertad y con el consecuente aumento de la libertad personal, aumenta notablemente el grado de vulnerabilidad, especialmente en el

caso de las niñas, en quienes a nivel mundial se observa que más de una tercera parte de las mujeres del mundo en desarrollo contrajeron matrimonio antes de cumplir 18 años, cuestión que conduce también al embarazo y alumbramiento precoz, que es la principal causa de muerte en las adolescentes africanas. Además cerca del 11% o unos 16 millones, de los alumbramientos que se producen anualmente en el mundo corresponden a niñas de 15 a 19 años, y las madres más jóvenes son las que corren mayor peligro de sufrir complicaciones y de morir debido a causas relacionadas con el embarazo. (9)

Según datos recopilados por la OMS las adolescentes entre 15 y 19 años tienen el doble de probabilidades de morir durante el embarazo o el parto en comparación con mujeres mayores de 20 años de edad; las adolescentes menores de 15 años de edad tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo o el parto. Se estima que de 2 a 4.4 millones de adolescentes en los países en desarrollo se someten a abortos inseguros cada año; además las madres adolescentes tienen más probabilidades de que sus recién nacidos tengan bajo peso al nacer, por lo que corren riesgo de desnutrición y problemas de desarrollo; así mismo la mortalidad infantil es más alta en los niños nacidos de madres adolescentes. (7)

En Colombia, el ministerio de la protección social encontró que el embarazo de alto riesgo se presenta con mayor frecuencia (20%) en el grupo de 16 a 19 años, además que el inicio de las relaciones sexuales en la población menor de 13 años debe interpretarse como un signo inequívoco de alto riesgo de violencia sexual. (13)

Investigaciones como la realizada por Jairo Núñez y Laura Cuesta de la facultad de economía de la universidad de los Andes plantean una asociación negativa entre pobreza y embarazo adolescente, en el cual la pobreza puede restringir el acceso al sistema educativo, limitar el uso de métodos de planificación familiar y acelerar el inicio de las relaciones sexuales, determinantes próximos de la maternidad adolescente. Estos mismos autores citan a Alonzo y Schiller quienes señalan que la maternidad temprana puede causar deserción escolar, pérdida de capital humano y restricciones a la participación laboral, hechos que causan pobreza. (14)

Con relación al nivel educativo, la presencia de embarazos en adolescentes sin educación subió hasta el 52%, por su parte el porcentaje de mujeres que tuvieron acceso a educación superior y resultaron embarazadas, bajo hasta el 9%. A este respecto el ministerio de protección social considera que el acceso a educación e información ejerce un efecto de “blindaje” contra el riesgo del embarazo temprano (8). Esta condición como factor protector de la educación se asocia no solo por las oportunidades que representa tener mayor formación, sino por el desarrollo de comportamientos de autocuidado entre otras. Se ha evidenciado una relación estrecha entre maternidad temprana y baja escolaridad.

### 2.1.1 Embarazo adolescente en Colombia

Los datos presentados por entidades oficiales nacionales señalan como a partir de la década de los 70, se aprecia un descenso en la fecundidad en Colombia, asociado al establecimiento de métodos de planificación familiar, tendencia que se ha mantenido; sin embargo se observó que en algunos grupos de mujeres como el comprendido en las de 15 a 19 años presentaron tasas de fecundidad relativamente altas en comparación con grupos de mayor edad hasta el año 2005.

Precisamente para este año la encuesta nacional de demografía y salud realizada por Profamilia, refiere como la fecundidad adolescente aumentó en la década de 1986 a 1995 pasando de 70 a 89 por mil y en el 2005, a 90 por mil embarazos; además que la edad de la primera relación sexual disminuyó, ya que en el 2005 era de 18.3 años, un año menos que el resultado encontrado en la encuesta del 2000 y la primera relación sexual antes de los 15 años paso de 8% en el año 2000 al 11% en el 2005. (15)

Las cifras de la última encuesta nacional correspondiente al año 2010 muestran que el número de adolescentes embarazadas paso a 84 por mil, mostrando nuevamente una tendencia a la disminución, igualmente para este periodo se encontró que, una de cada cinco mujeres de 15 a 19 años ha estado alguna vez embarazada, 16% ya son madres y 4% está esperando su primer hijo; en relación a las encuestas regionales se halló que mientras en Bogotá y la región central, la proporción de adolescentes que ya son madres disminuyó, en regiones como la Orinoquia y la Amazonia se incrementó comparativamente con los datos de 2005 (16)

Bogotá ha mostrado descenso en las tasas de embarazo adolescente en relación a otras regiones del país; de acuerdo los datos recopilados por la primera encuesta distrital de demografía y salud realizada en el año 2011, la proporción de adolescentes que ya son madres disminuyó de 17.1% en el 2005 a 12.1% en 2011, al igual que el porcentaje de jóvenes embarazadas con el primer hijo que paso de 5.5 % a 3.2% en el mismo periodo, finalmente el porcentaje de las que alguna vez han estado embarazadas bajo de 22.6% a 15.3%. (1)

Esta tendencia se confirma al revisar los datos de los registros de nacido vivo tomados del componente de estadísticas vitales del DANE, donde se observa que la incidencia del embarazo adolescente en Bogotá ha mostrado una reducción porcentual desde años anteriores; muestra de ello es que en 2000 se presentaron 22.443 nacimientos en adolescentes de 10 a 19 años, mientras que en 2010 fueron 19.103 los nacimientos, observando una disminución del 14.9%. Al discriminar estos datos por grupo de edad se observa que en el grupo constituido por niñas de 10 a 14 años en 2000 se presentaron 540 y en 2010 494 con una reducción del 8.5%; mientras que los nacimientos presentados en jóvenes de 15 a 19 años, fueron 21.903 en 2000, pasando a 18.609 en 2010, observándose una reducción del 15%. (17)

Este comportamiento reportado en los últimos años es corroborado como ya se había citado previamente en la encuesta nacional de demografía y salud 2010, donde el embarazo adolescente en Bogotá paso de 22.6% en 2005 a 17.5% en 2010; pese a esto, las prevalencias siguen siendo altas y generan preocupación social y política, aun cuando en las metas del plan territorial de salud distrital 2012-2016 se proponen reducir en un 30% los embarazos en adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años e identificar y medir situaciones de embarazo en menores de 15 años, generando la denuncia y las acciones para el inmediato restablecimiento de sus derechos, en el marco de la cero tolerancia. (18)

El informe preliminar del Diagnostico Distrital correspondiente a 2011 muestra indicadores generales y discriminados por localidad; señala que para este año en la ciudad se presentaron 456 nacimientos en niñas de 10 a 14 años, y 19.459 en jóvenes de 15 a 19 años, siendo la localidad de ciudad Bolívar la que mayor aporte tubo con 78 nacimientos en el grupo de edad de 10 a 14 años, y 2.940 en el grupo de 15 a 19 años; la localidad que menor incidencia presento fue Sumapaz con 7 casos en el grupo de 15 a 19 años y ninguno en el grupo de menor edad; en tanto que en la localidad Rafael Uribe Uribe se presentaron 32 nacimientos en el grupo de 10 a 14 años y 1.268, en el grupo de 15 a 19 años. (19)

En este documento se señala que frente a la problemática del embarazo adolescente, durante el año 2011 se desarrolló la sala situacional sobre el tema, en la cual se señalaron como causas del evento la familia y los jóvenes como actores claves en la presentación de la situación; en el caso de la familia, se resalta que la ausencia de una estructura nuclear incide para que se presente el embarazo; en relación a los jóvenes se identificaron causas asociadas a sus comportamientos.

#### ▪ **Características de las gestantes adolescentes**

Los motivos por los cuales se presenta el embarazo adolescente son variados, confluyen aspectos sociales, económicos, del entorno familiar y propios del comportamiento de las jóvenes; a este respecto Camila Giraldo Pardo en su investigación *“Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas”*, involucra en su análisis variables como educación sexual a la que ha asistido la adolescente y la calidad de los componentes educativos tales como autoestima, toma de decisiones, liderazgo, planeación de vida, conocimiento de métodos y enfermedades de transmisión sexual y derechos sexuales y reproductivos. (20)

El entorno social y demográfico de las gestantes adolescentes de la localidad Rafael Uribe Uribe, se encuentra relacionado con una serie de factores transversales se convierten en las causas más frecuentes del embarazo tanto deseado como no deseado. Dentro de los factores transversales determinantes de mayor trascendencia de este grupo de madres adolescentes, son:

Nivel de Escolaridad de la Gestante.  
Entorno Social y Económico.  
Relaciones Sexuales: Inicio y Anticoncepción.  
Estado de Integridad Física y Psicológica.

Una evaluación de la población de adolescentes gestantes para la propuesta de un modelo de puericultura antenatal señala que dentro de la población adolescente, la decisión de embarazo marca un criterio relevante para esta población, aunque este no es el único factor concluyente si es determinante; pero no es el único desencadenante de la concepción en las adolescentes, si bien son diferentes las condiciones de embarazo deseado y embarazo planeado los factores que llevan a la toma de la decisión del embarazo enmarcan en qué condiciones este se desarrolla. (5)

Las condiciones de violencia intrafamiliar y de pareja son condiciones que generalmente se asocian a las condiciones de las madres adolescentes gestantes, al igual que el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos en los jóvenes, lo que se puede encontrar en algunas descripciones de esta población, como criterios de propuesta en formulación de política. (21)

- **Nivel de escolaridad de la gestante**

Como se ha venido hablando anteriormente el embarazo en la adolescencia es un fenómeno natural que ocurre en mujeres de muy temprana edad (10 a los 19 años- Etapa contemplada en como adolescencia según la OMS (7)). Este acontecimiento se contempla como uno de los resultados a la problemática referente a la falta de conocimiento y a la falta de enseñanza de educación sexual, generada por medio de programas de prevención y promoción en las diferentes instituciones educativas. (22)

En Colombia, la Constitución Política en el artículo 67, menciona la obligatoriedad de una educación básica entre los 5 y 15 años de edad (2), lo cual implica 9 años de educación continua pero que por la deserción permanente y la repitencia, esos 9 años pasan a ser 7,6 años de educación hasta los 15 años y 9,4 años hasta los 19 años de edad, lo cual hace que el promedio de años educativos a los 19 años sea de 10 años en las adolescentes urbanas y 7 años en las adolescentes rurales. (22)

Según el estudio de “Fecundidad adolescente: diferencias sociales y geográficos de 2005” realizado por el DANE, la relación negativa entre asistencia escolar y maternidad adolescente hace que el capital educativo adquirido se vea disminuido entre las madres adolescentes, mostrando menor nivel educativo que una adolescente sin hijos, tanto en la zona urbana como en la rural. (23)

Estos estudios demuestran en particular que la maternidad precoz tiene implicaciones educativas y laborales negativas para la joven madre, ya que trunca la trayectoria educativa y aumenta la probabilidad de obtener empleos de baja calidad y bajos ingresos. (14)

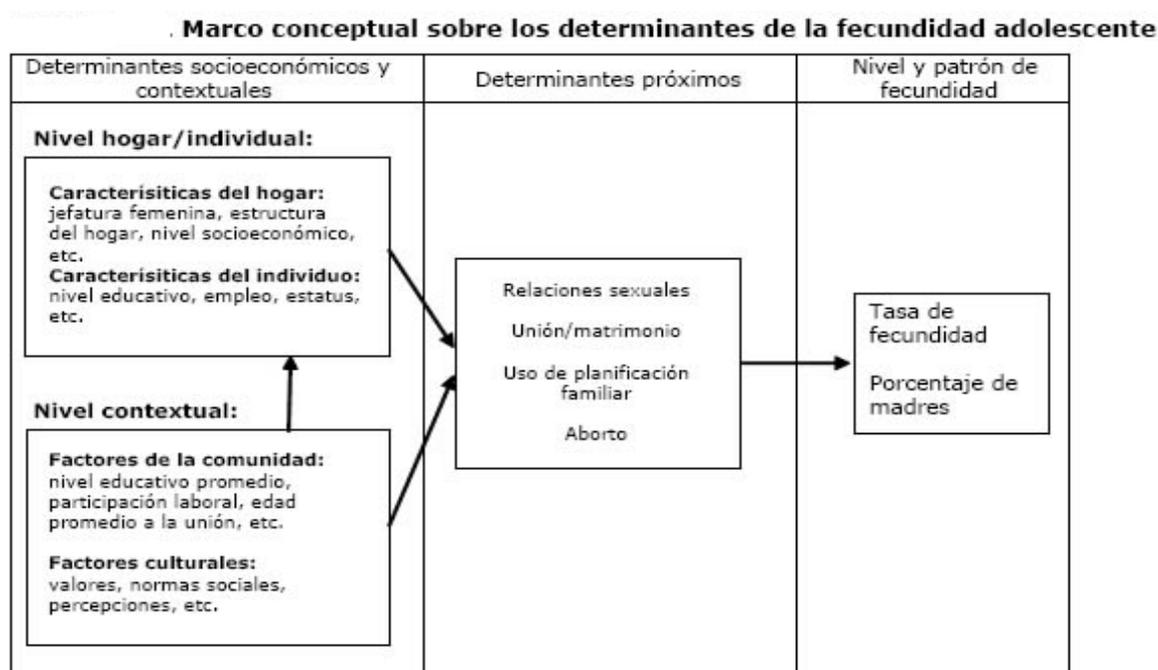
Basados en lo anterior, el periodo de la adolescencia se caracteriza por ser la etapa de vida en el que la formación educativa es uno de los principales roles que se debe desempeñar como adolescente, se ha detectado que las razones de no asistencia escolar son fundamentalmente económicas, tanto en la zona urbana como rural: cerca de la mitad de las adolescentes que no estudian aducen razones de altos costos o de necesidad de trabajar. Sin embargo, también cerca de la mitad menciona “otras causas” de no asistencia, la cual puede referirse a la falta de interés en los contenidos de los pensum académicos o sencillamente al embarazo. (23)

- **Entorno social y económico**

Teniendo en cuenta que el entorno social se define como aquel que está formado por las condiciones de vida y de trabajo de un sujeto, los estudios que ha cursado, su nivel de ingresos y la comunidad de la que forma parte (8), es importante resaltar que cada uno de estos factores influye en la salud del individuo, en este caso nuestra población objeto, es decir las gestantes adolescentes ya que a nivel global, las diferencias entre los entornos sociales de los distintos sectores crean disparidades en materia de salud. (14)

Con base en la literatura sobre el tema, puede decirse que las condiciones socioeconómicas y contextuales actúan sobre el nivel de la fecundidad a través de los determinantes próximos. Davis y Blake (1956) identificaron tres grupos de factores que intervienen entre las normas y la estructura social de una sociedad y su nivel de fecundidad, denominados determinantes próximos: los cuales son aquellos relacionados con la exposición al riesgo de embarazo, con la concepción y con la gestación. De acuerdo con este marco conceptual, los determinantes socioeconómicos influyen directa e indirectamente, a través de los determinantes próximos, sobre la fecundidad. Dentro de los factores socioeconómicos están aquellos del contexto social en el cual el adolescente vive, incluido el discurso social sobre el matrimonio, la actividad sexual previa a una unión estable, la pareja, el amor, la familia, etc., y los factores socioeconómicos micro o características individuales del adolescente y del hogar donde reside. (23)

Figura 1 Diagrama conceptual sobre los determinantes de la fecundidad adolescente



Fuente: adoptado de Flórez, et al. (2004).

Según el DANE, se determina que a pesar de la subestimación de la fecundidad en el Censo 2005, se observan unos niveles de fecundidad adolescente relativamente altos: a los 17 años, alrededor del 20% de adolescentes rurales y el 12,5% de las urbanas son madres. Así que dada la heterogeneidad geográfica y socioeconómica del fenómeno de la maternidad entre las adolescentes, evidenciada por el Censo 2005, los programas sociales y de salud deben enfatizar la focalización para poder llegar a los grupos de mayor maternidad adolescente. (23)

En este orden de ideas, podemos determinar que el embarazo en la adolescencia es un fenómeno natural que puede prevenirse. Como problema social, debe ser abordado con amplia perspectiva de salud, siendo necesario elaborar programas de sexualidad integral para adolescentes y brindarles herramientas que les permitan empoderarse y tomar decisiones basadas en conocimientos propios y no influenciadas por la sociedad.

#### ▪ **Relaciones sexuales: inicio y anticoncepción**

Según, la Encuesta de Demografía y Salud de Bogotá del 2011, se puede determinar para la Localidad Rafael Uribe Uribe que: “La edad mediana en la que las mujeres tienen su primera relación sexual es de 18 años, la tasa de fecundidad es de 1.9 hijos por mujer, el 100% de las mujeres encuestadas en una muestra representativa de la población afirma conocer algún método anticonceptivo, y el 94% dijo conocer algún método tradicional, el 63% usa métodos de planificación, el 7,8% de las adolescentes entre los 15 y 19 años alguna vez ha estado embarazada, un 56,9% de las adolescentes que vive

en esta localidad usa condón durante su primera relación sexual, el 89% de las adolescentes ha participado en actividades sobre educación para la sexualidad, el 11% de las mujeres en general de esta localidad, no sólo adolescentes reportó haber tenido alguna infección de transmisión sexual y/o síntomas asociados”. (1)

Relacionando este tipo de datos con América Latina y el Caribe, se detecta que son muy parecidas las características de la población adolescente comprendida entre los 10 y los 24 años, ya que ésta, tiene relaciones sexuales, a menudo, sin protección, lo cual los coloca en riesgo de embarazos no deseados, abortos e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH. Las investigaciones revelan que el embarazo adolescente sigue siendo frecuente en América Latina, y que en el Caribe la epidemia del VIH/SIDA es alarmante entre los más jóvenes. Los estudios han demostrado que la edad de la primera relación sexual es significativamente más baja para los varones que entre las mujeres. (24)

Los adolescentes (10-19 años) de hoy en día constituyen la futura generación de padres, trabajadores y líderes, por lo que se les debe brindar todo tipo de apoyo, en particular por parte de la familia, la comunidad y el gobierno comprometido con su desarrollo. A medida que la modernización económica, la urbanización y los medios de comunicación cambian las expectativas, el comportamiento de los adolescentes y jóvenes se adapta a nuevas formas de vida, lo que pudiera resultar inconveniente, doloroso, inevitable e ineludible. (24)

De manera general, es evidente que el grado de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que poseen las adolescentes es deficiente, pues a pesar de poseer alguna información respecto al embarazo en la adolescencia y sus consecuencias negativas para la vida de la joven, este nivel no se corresponde con el comportamiento asumido y la actitud adoptada para evitar el embarazo.

#### ▪ **Estado de integridad física y psicológica**

La edad de la pubertad ha declinado desde los 17 años en el siglo XIX, a alrededor de 12 a 13 años actualmente. Las adolescentes con una edad de menarquia precoz, están más expuestas al riesgo de embarazarse. El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones premaritales. (25)

Durante la etapa temprana de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia Media, las hace asumir que a ellas *“eso no les va a pasar”*. La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. (26)

La disfunción familiar es un mal funcionamiento familiar que puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima y que sufre

discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual, pudiendo además encontrar alivio a la soledad y al abandono a través de un embarazo. Se han descrito como factores de riesgo asociados a la familia: la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, la madre también con historia de embarazo adolescente, y enfermedad crónica en uno de los padres. En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, es frecuente el fatalismo, ya que la adolescente es incapaz de valorar la alternativa de evitar un embarazo. El “machismo” y la necesidad del varón de “probarse”, son un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador. Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, la delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, con el consecuente mayor riesgo, de generar embarazos no deseados. La pérdida de la religiosidad, es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente, entre otros. Todo esto genera una afectación mental en la adolescente, la cual lleva al deseo de actuar bajo presiones inesperadas que traen como consecuencia fecundidad prematura. (25).

## 2.2 Normatividad en salud sexual y reproductiva en la adolescencia

En Colombia normativamente son varias las disposiciones que abordan específicamente el tema de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes, que además son aplicables a las estrategias enfocadas a la reducción del embarazo en este grupo poblacional.

A este respecto puede afirmarse que en el país existe: *“Reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de niños, niñas, adolescentes y jóvenes”* esto, consagrado en la constitución política de 1991, ley 12 de 1991 y Artículo 48 de la Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006, que expide el código de infancia y la adolescencia, obliga de manera especial a el estado en su numeral 7, a desarrollar programas para la prevención del embarazo no deseado y la protección especializada y apoyo prioritario a madres adolescentes. De igual manera se presenta como prioridad en salud pública a través de la política nacional de salud sexual y reproductiva de 2003, en el plan nacional de salud pública de 2007 y la ley 1122 del mismo año; además la Sentencia T 388 de 2009 define el reconocimiento de la autonomía de adolescentes en la toma de decisiones que afectan su salud sexual y reproductiva y la necesidad de estrategias diferenciales para la atención de adolescentes y jóvenes por medio de convenios con UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), Ministerio de Salud y Protección Social y Secretaria Distrital de Salud. (22)

A estas disposiciones se suman la ley 115 de 1994 referida a educación; la 1146 de 2007 por la cual se expiden normas para la prevención de la violencia sexual y la atención integral de niños y niñas y adolescentes abusados sexualmente; la ley 1257 de 2008 por la cual se dictan normas para prevenir erradicar y sancionar toda forma de violencia

contra las mujeres; el decreto 2968 de 2010 por el cual se crea la comisión nacional intersectorial para la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, además de un conjunto de sentencias de la corte constitucional referidas a la inclusión de la salud sexual y reproductiva como derechos fundamentales y sociales (3); y el decreto 3705 de 2007, que declara el día nacional de la prevención del embarazo en adolescentes, el día 26 de septiembre.

En 2012 es expedido el documento CONPES 147 “De prevención del Embarazo en adolescentes y promoción de proyectos de vida en niños y adolescentes entre los 6 y 19 años” describe los lineamientos que orientan al diseño y desarrollo de una estrategia con diferentes proyectos de trascendencia biológica, educativa y psicológica. El Instituto Nacional de Bienestar Familiar, establece el lineamiento técnico para el desarrollo de programas especializados en atención a madres gestantes y lactantes adolescentes, en busca de organizar articular y mejorar la calidad de las acciones de sistema nacional de bienestar familiar, fortaleciendo los derechos de este grupo poblacional.

El plan nacional de salud pública 2007-2010 contenido en el decreto 3039 de 2007 es actualizado en 2013 con el plan decenal de salud pública 2012-2016, compuesto por ocho dimensiones una de las cuales es *sexualidad, derechos sexuales y reproductivos*, que aborda como estrategia la promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y el acceso a los servicios integrales en salud sexual y reproductiva; además dentro de las metas incluye la disminución de las tasas de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años, entre otras. (23)

Dentro de la normativa internacional referente al embarazo en adolescentes, se destaca el objetivo 5to del Milenio, que tiene como fin mejorarla salud materna reflejada en dos metas: reducir la razón de mortalidad materna en tres cuartas partes entre el 1990 y 2015 y lograr cobertura universal de la asistencia especializada al parto para el 2015; teniendo en cuenta que la mayor parte de complicaciones y muertes se presentan en los embarazos a temprana edad por los diferentes riesgos adheridos a la misma, esta política se hace relevante para el trabajo o programas con las adolescentes embarazadas. Respecto a este objetivo, en la nota descriptiva No 348, señala que las causas de muerte en las gestantes embarazadas menores de 15 años se presentan por complicaciones en durante el embarazo y el parto y en menor proporción en el puerperio.

## **3. Diseño metodológico**

### **3.1 Tipo de estudio**

Estudio descriptivo, retrospectivo cuyo abordaje al objeto de estudio permitió definir los perfiles de 249 adolescentes gestantes de la localidad Rafael Uribe Uribe que asistieron al curso de preparación para la maternidad de la localidad.

### **3.2 Población**

La población está compuesta por 249 adolescentes en estado de gestación que asistieron al centro operativo local y al centro molinos de la localidad Rafael Uribe Uribe al curso de preparación para la maternidad y de quienes mediante la aplicación de un instrumento tipo encuesta se obtuvo una base de datos compuesta por 71 variables de características socio demográficas, familiares y personales.

### **3.3 Organización y Análisis de la información**

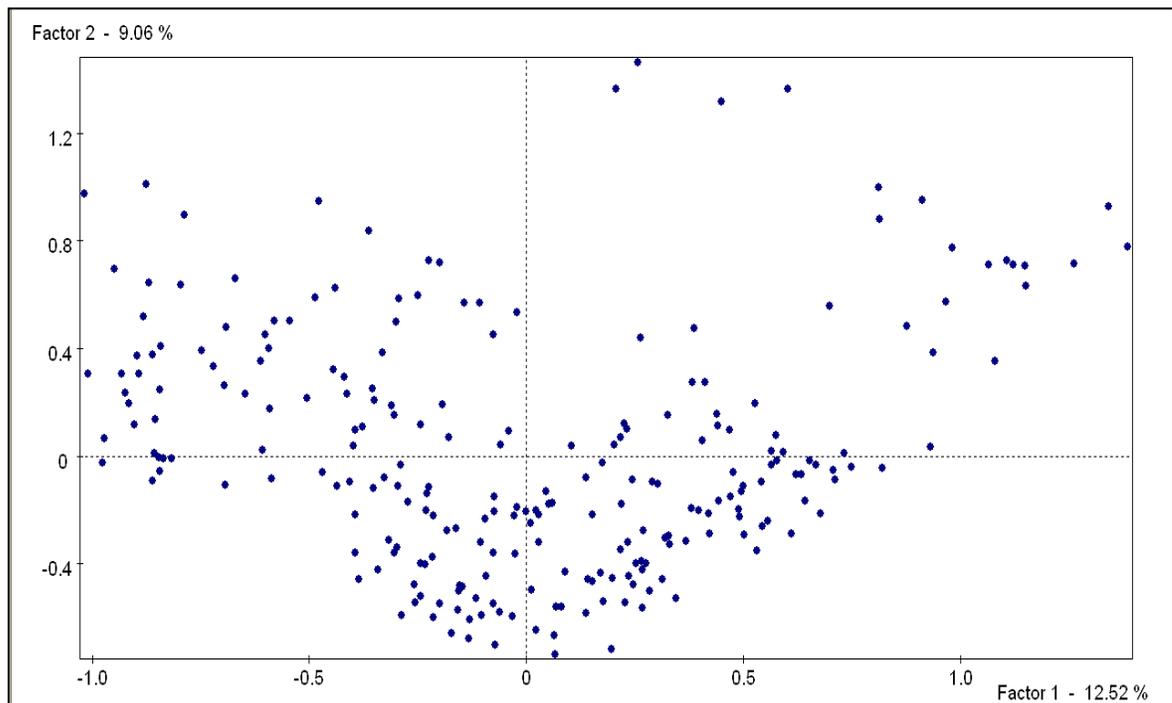
Con la base de datos una vez cargada en R se procede a realizar mapas de dispersión de la población en los que se plantea que un eje corresponde a una combinación lineal de categorías, y los ejes que se plantean perpendicularmente, es decir que se cruzan en el plano corresponde a categorías que son linealmente independientes, en este plano se ubican los individuos, quienes se representan por puntos, donde cada uno de los puntos se encuentra definido por un par de coordenadas en cada eje, estas coordenadas son las categorías que se asocian a cada uno de los individuos.

Un individuo que presenta la mayoría de categorías similares a otro, se refleja en el plano en con dos puntos muy cercanos, debido a su coincidencia, mientras que individuos que son muy disimiles se ubican en lugares diferentes. De otra parte las categorías que tienen la tendencia a ser comunes en la población se ubican en el centro del plano, así como los individuos que presentan las categorías comunes o generales a la población se ubican en el centro.

Aquellos individuos que presentan en general particularidades se ubican en la periferia del plano, y con ellos se les asocia categorías de baja frecuencia.

Los ejes explican la inercia total de las variables, es decir de la dispersión de todas las categorías revisadas el eje explica un porcentaje.

**Figura 2 Plano factorial 1, Adolescentes Gestantes Individuos, ejes 1 y 2**

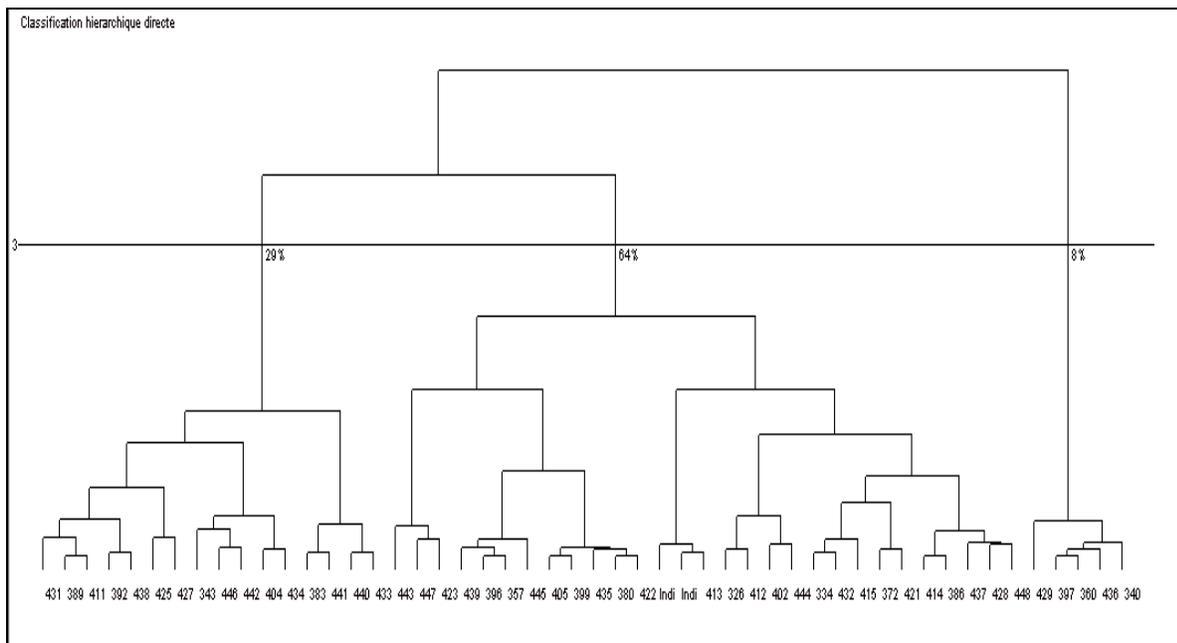


Se muestra en la figura 2 los factores que explican el 21,5% de la dispersión de los datos, con una nube de puntos con una tendencia en v dentro del plano, se concentra la mayoría de las observaciones en los cuadrantes inferiores, pocas observaciones se encuentra situadas en la parte central y superior del plano.

A este conjunto de puntos en el plano que corresponden a individuos se le asocia un conjunto de categorías que son la tendencia que presenta en común esta población, estas categorías se representaran por iconos que de acuerdo el tamaño representa la frecuencia de respuesta, y según la posición de cercanía o lejanía la tendencia a dar esta respuesta, donde las categorías que se encuentran en lugares opuestos son aquella que tienen la tendencia a ser opuestas.

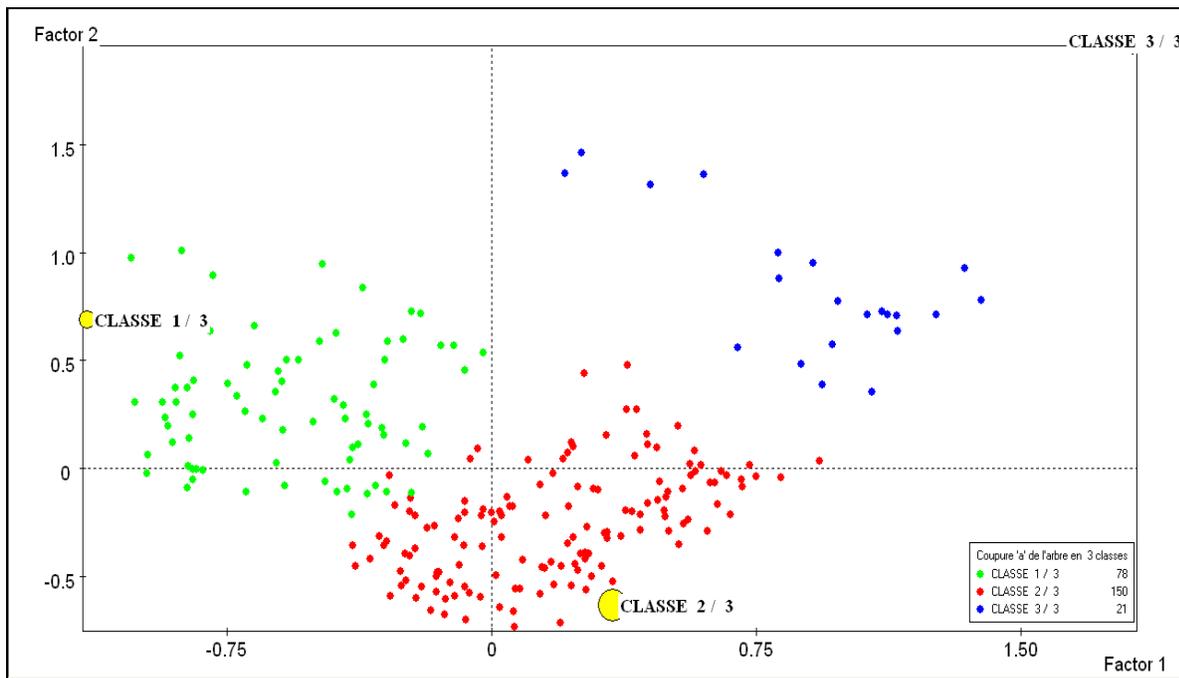
De lo anterior se plantea en un mapa factorial con los mismos ejes, que corresponde a la representación gráfica de estas relaciones. Además de la técnica de correspondencias múltiples se realiza un análisis de clasificación jerárquica, el cual presenta un conjunto de agrupaciones estadísticamente significativas, su representación se hace a través de un dendrograma, que se presenta a continuación.

**Figura 2 Dendograma de clasificación jerárquica.**



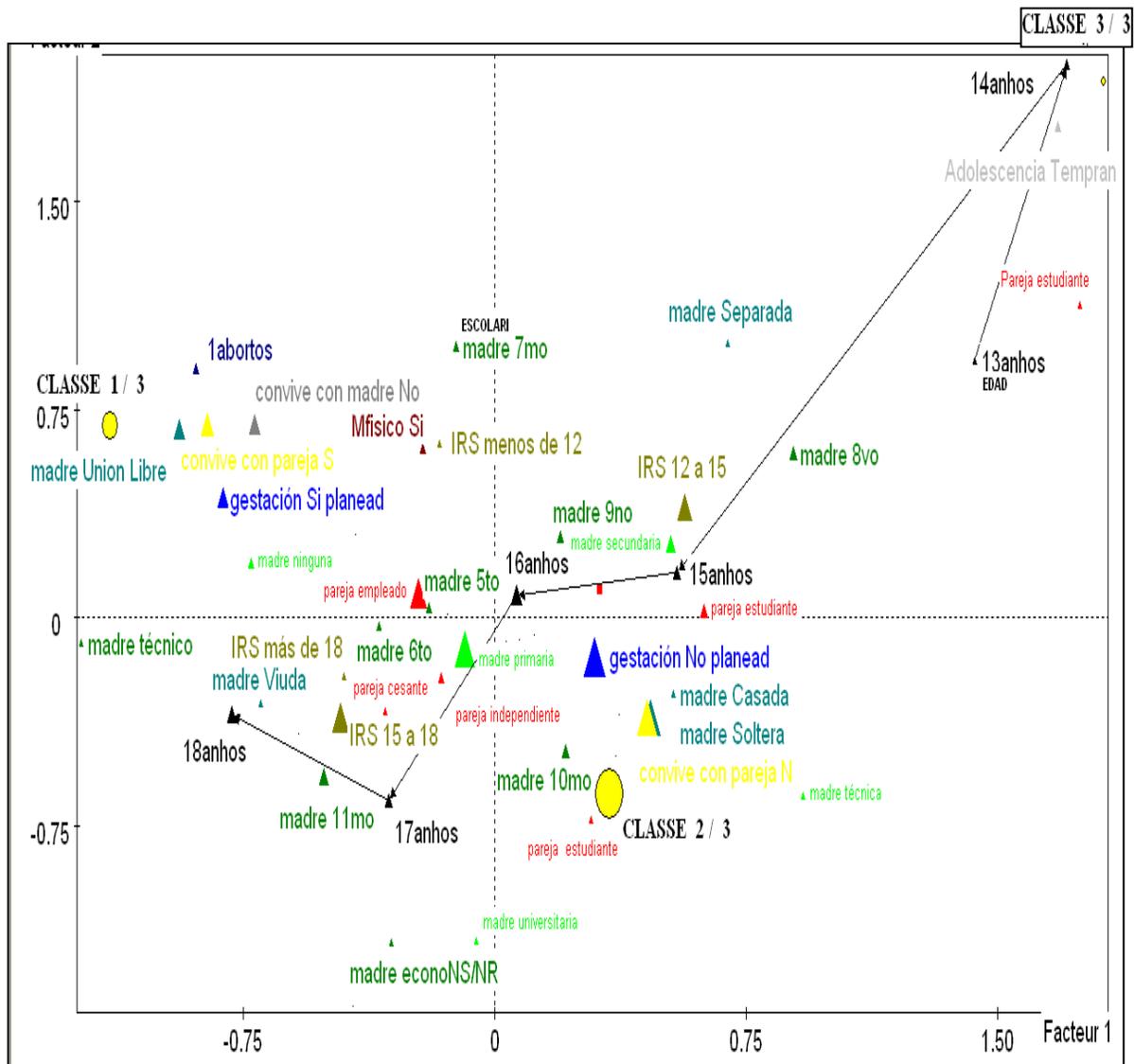
En el dendograma de la figura 3 se presentan los conjuntos en los que se puede analizar la población, el cual sugiere que se identifican 3 grupos en particular, de estos grupos se realiza su descripción y su asociación en perfiles de población.

**Figura 4 Clases de Perfiles en el Plano Factorial adolescentes Gestantes**



Con esta técnica de clasificación los individuos quedan agrupados en 3 clases que se representan en el plano con tres colores diferentes, en la primera clase se cuenta con 78 observaciones, la clase 2 con 150 observaciones y la tercera clase con 21; los valores de los títulos se ubican de acuerdo al centro de las categorías que generan los perfiles en cada una de estas clases.

Figura 5 Plano Factorial 1, Adolescentes Gestantes Categorías asociadas , eje 1 y 2



como la variable años que se desplaza por el plano y las categorías se ordenan de menor a mayor de izquierda a derecha, lo que implica que posiblemente la edad es un factor determinante en los perfiles que se asocian, de otra parte los centros de los perfiles, es decir lo más característico de los perfiles definidos se etiqueta con el nombre de clases de esta manera se cuenta con la descripción de cada uno de los mismos con

las categorías que más se asocian y aquellas que tienden a no asociarse, es decir categorías que en general estos grupos no poseen.

De esta manera se logró establecer tres perfiles estadísticamente diferenciados en la población de acuerdo a las categorías más significativas que marcan la diferencia, para lo que basa en la distribución hipergeométrica con aproximación a la distribución normal, donde es posible obtener la probabilidad asociada a la frecuencia con la que aparece una modalidad dentro de una clase, este valor se interpreta como un índice del poder descriptor de la categoría respecto a la clase. Así se plantea la hipótesis nula que la categoría se encuentre por azar dentro de la clase lo que se evaluara con un valor test y su probabilidad asociada, con lo que se establecen categorías significativas a cada clase.

## 4.Resultados

Una vez realizado el procesamiento de la información contenida en la base de datos, se obtuvo la descripción de los grupos de sujetos por medio de una clasificación jerárquica en categorías, donde se pudieron establecer tres perfiles; que responden a una caracterización por clases representativas y excluyentes.

Cada uno de los perfiles hallados se compone de un conjunto de variables que permiten establecer diferencias dentro del grupo objeto de estudio; así el perfil 1; compuesto por 78 individuos corresponde a adolescentes tempranas quienes tienen 14 años y han iniciado sus relaciones sexuales entre los 12 y 15 años, no han planeado su gestación no tiene relación con el padre y la madre en general tiene un grado de educación secundaria.

En tanto que el perfil 2; al que corresponden 150 jóvenes, se compone por madres solteras que conviven con los padres y no conviven con la pareja quien es generalmente menor edad, estudia y ha tenido una gestación no planeada, afirman no tener maltrato físico, no consumir licor, sin antecedente de aborto y tienen en general 15 años, refieren en general buena relación la madre y la actividad de esta tiende a ser independiente.

Finalmente el perfil 3; compuesto por 21 jóvenes corresponde a hijas de madres en unión libre que no convive con ellas; conviven con la pareja, han planeado su gestación, no estudian, en general han tenido un aborto, consumen licor, presentaron una adolescencia tardía, la mitad del grupo ha cumplido 18 años, presentan maltrato físico y psicológico.

## 5. Discusión

Los perfiles obtenidos brindan un claro ejemplo de cómo dentro de un grupo que comparte características similares tales como pertenecer a un grupo de edad específico, poseer características socio demográficas semejantes entre otras, puede ser dividido en subgrupos que ponen en evidencia particularidades que no son fáciles de apreciar al ver una población en conjunto.

Esto puede llevar a plantear que las estrategias dirigidas a reducir la incidencia de la problemática del embarazo en adolescentes deben ser sensibles a dichas particularidades, pues si bien las descripciones de esta población dadas por los múltiples autores parecieran tener puntos en común, presentan descripciones no coincidentes frente a algunos comportamientos, esto puede deberse a la generalidad con la que se ha estudiado el tema, de esta manera las descripciones encontradas por el presente documento muestran como estas diferencias son explicadas por estos perfiles.

Frente a la relación entre gestación precoz, pobreza y la educación, esta ha sido descrita ampliamente en la literatura y se puede observar en esta muestra cuyo factor común es vivir en una localidad conformada por estratos sociales económicos en su mayoría 1 y 2, con baja frecuencia de 3. Esta una condición importante a tener en cuenta en busca de mejorar los resultados de las acciones desarrolladas en adolescentes de situaciones socioeconómicas similares, ya que si bien el embarazo adolescente afecta a todos los estratos sociales, predomina en las clases de bajo nivel socioeconómico, y lo que se ha observado es que los resultados positivos de las estrategias de prevención en torno al tema se han concentrado en jóvenes de estratos socioeconómicos más favorecidos.

Los perfiles descritos resultan concordantes con distintos análisis de embarazo y maternidad donde se describen los factores que han resultado significativos en la incidencia del problema, así estos resultados son congruentes con la bibliografía consultada.

El primer perfil describe al grupo de menor edad, quienes las continúan en el hogar y no presentan abandono del estudio, aparentemente reciben apoyo de la madre quien convive con ellas, las parejas de estas jóvenes tienden a ser menores de edad, se puede asociar al inicio de relaciones sexuales de manera precoz en esta etapa. Forman el grupo de menor tamaño y más vulnerable por su corta edad y sobre las niñas pertenecientes a este perfil la OMS considera que es un grupo de alto riesgo de tener embarazos no planificados.

El segundo perfil constituye la mayor porción de la población coincide con las definiciones de pre adolescencia de la OMS para quienes la descripción de la literatura

acerca de la relación con los padres, y sobre todo con el padre, no es determinante. En relación a la educación no se evidencia que hayan dejado sus estudios de manera permanente, pero en cuanto al hecho de no haber planeado su gestación no es claro en ninguna de las referencias citadas.

El tercer perfil describe las condiciones de adolescentes que han decidido vivir en pareja y abandonar los estudios para dedicarse al hogar, presentan las condiciones descritas de maltrato, que abordan los estudios sociales, que si bien este grupo ha optado por una vida en pareja, presenta la tendencia de abandono del sistema educativo, que corresponde a un grupo que suele presentar mayor número de hijos al final de su vida reproductiva y cuyas oportunidades de alcanzar un trabajo remunerado son menores.

Es un consenso en la mayor parte de la bibliografía consultada que sin lugar a dudas, las adolescentes y las parejas jóvenes deben ser un objetivo prioritario de todos los esfuerzos por prevenir embarazos no deseados, abordando las madres jóvenes con herramientas dirigidas para esta población específica, conociendo que existen diferencias evidenciadas dentro de esta población, y así las cosas la atención a estos grupos deben ser diferenciadas, con patrones como los descritos, ofreciendo servicios a la medida de los perfiles, generando una mayor cobertura y garantizando una eficiencia en los programas de atención en esta población.

## **6. Conclusiones y recomendaciones**

### **6.1 Conclusiones**

A través del proceso investigativo se lograron establecer tres perfiles diferenciados dentro del grupo de adolescentes que compusieron la muestra de estudio.

En el perfil uno se ubicaron las preadolescentes, quienes presentaron adolescencia temprana y se caracterizan por el inicio más temprano de la vida sexual respecto a los otros dos grupos; en el perfil dos predominaron las adolescentes de 15 años; mientras que en el perfil tres se ubicaron las de mayor edad quienes presentaron adolescencia tardía.

Las jóvenes del perfil uno no planearon la gestación, no tuvieron presencia de figura paterna en sus hogares y conviven con la madre; las del perfil dos refirieron no haber planeado la gestación y tener buenas relaciones con la madre, con quien conviven; las adolescentes del perfil tres conviven con la pareja, planearon la gestación y han estado embarazadas previamente.

El proceso realizado sobre la base de datos correspondiente a la muestra estudiada permitió confirmar la existencia de diferencias significativas en las gestantes adolescentes de la localidad Rafael Uribe Uribe.

### **6.2 Recomendaciones**

En vista de las consecuencias negativas que representa el embarazo en la adolescencia y teniendo en cuenta que como resultado del análisis se lograron establecer diferencias significativas dentro de un grupo que comparte características semejantes, resulta pertinente recomendar que en el desarrollo de políticas, planes y programas tendientes a reducir la incidencia del evento en mención se evalué el desarrollo de estrategias diferenciales, de tal manera que se pueda aumentar la eficiencia y eficacia de las intervenciones en grupos poblacionales de características similares.

Resulta factible realizar investigaciones complementarias a fin de mejorar el conocimiento sobre el tema, de forma que en los niveles correspondientes se propongan políticas de atención congruentes a los perfiles definidos, ya que evidentemente dentro de esta población existen necesidades diferentes.

A distintos niveles, especialmente el distrital es necesario mejorar los sistemas de información respecto al tema, ya que para realizar la intervención social en poblaciones deprimidas, resulta indispensable contar con datos actualizados; de igual forma tanto las

prestadoras como aseguradoras de servicios salud deben fortalecer sus mecanismos de rastreo para evitar el sub registro.

En la investigación en salud pública se debe enfatizar en la aplicación de técnicas multivariadas en los estudios descriptivos, ya que estas permiten tener una visión más general detectando relaciones no evidentes y saliendo de las correlaciones bivariadas, dando la posibilidad a encontrar perfiles como los presentes





## A. Anexo: Caracterización de las clases observadas

De cada una de las categorías se agrupan en la tabla 1: las etiquetas usadas de las variables, la categoría significativa, el porcentaje de individuos de la población total que tienen esta categoría, el porcentaje de individuos que tienen esta categoría dentro de la clase, el porcentaje de individuos de la clase que tiene esta categoría, el valor del test de la hipótesis nula que la categoría se encuentre por azar dentro de la clase, la probabilidad que este evento se dé por azar y la frecuencia observada de la categoría en la población total

La caracterización por categorías de las clases representativas y excluyentes en cada perfil se presenta en forma ordena.

Clase 1 / 3

Etiquetas de las variables	Categoría característica	porcentaje de respuestas de la categoría en la población	porcentaje de respuestas de la categoría en la clase	porcentaje de clase que tiene esta categoría	Valor del Test	Probabilidad	Observaciones
CLAS_EDA	Adolescencia Temprana	8,84	100	95,45	11,24	0	22
EDAD	14años	6,83	80,95	100	9,78	0	17
IRS	IRS 12 a 15	44,18	95,24	18,18	4,95	0	110
MADRE_ES	madre secundaria	23,29	57,14	20,69	3,3	0	58
ESCOLARI	madre 8vo	13,65	42,86	26,47	3,27	0,001	34
GESTA#_P	gestación No planead	67,87	95,24	11,83	2,83	0,002	169
V21_A	relación padre No ex	20,88	47,62	19,23	2,67	0,004	52
ACTIV#_E	madre independiente	29,32	57,14	16,44	2,57	0,005	73

Categorías que no representan la clase							
GESTA#_P	gestación Si planeada	26,91	4,76	1,49	-2,34	0,01	67
V21_A	relación padre buena	35,74	9,52	2,25	-2,55	0,005	89
EDAD	16años	30,92	4,76	1,3	-2,72	0,003	77
ESCOLARI	madre 11mo	23,69	0	0	-2,8	0,003	59
EDAD	18años	24,9	0	0	-2,91	0,002	62
CLAS_EDA	Adolescencia Media	42,97	0	0	-4,48	0	107
IRS	IRS 15 a 18	51,81	4,76	0,78	-4,58	0	129
CLAS_EDA	Adolescencia Tardía	48,19	0	0	-4,92	0	120

## Clase 2 / 3

Etiquetas de las variables	Categoría característica	porcentaje de respuestas de la categoría en la población	porcentaje de respuestas de la categoría en la clase	porcentaje de clase que tiene esta categoría	Valor del Test	Probabilidad	Observaciones
ESTD_CIV	madre Soltera	63,45	83,12	81,01	8,14	0	158
CONVIVE	convive con madre Si	65,86	84,42	79,27	7,76	0	164
V23_A	convive con pareja N	65,46	81,82	77,3	6,78	0	163
CLAS_EDA	Adolescencia Media	42,97	54,55	78,5	4,64	0	107
ESTUDIA	Si estudia	44,98	56,49	77,68	4,58	0	112
GESTA#_P	gestación No planead	67,87	77,92	71,01	4,16	0	169
ESCOLARI	madre 10mo	17,67	25,32	88,64	4,11	0	44
M_FISICO	Maltrato físico No	85,54	92,21	66,67	3,57	0	213
LICOR	NO LICOR	71,49	79,87	69,1	3,56	0	178
ABORTOS	0abortos	92,37	97,4	65,22	3,53	0	230

FUMAS_DE	No Fuma Durante	85,94	91,56	65,89	3,01	0,001	214
EDAD	15años	18,07	23,38	80	2,68	0,004	45
CPN	3cpn	15,26	20,13	81,58	2,63	0,004	38
ACTIV#_E	madre estudiante	12,45	16,88	83,87	2,61	0,005	31
V21_A	relación padre buena	35,74	42,21	73,03	2,6	0,005	89
ACTIV#_E	madre independiente	29,32	35,06	73,97	2,43	0,008	73
M#_PSICO	Maltrato psicológico No	87,95	92,21	64,84	2,39	0,008	219
EDAD_PAR	Menor pareja	5,62	8,44	92,86	2,33	0,01	14
Categorías que no representan la clase							
ESCOLARI	madre 7mo	9,64	5,84	37,5	-2,33	0,01	24
V20_A	convive con padre No	67,07	61,04	56,29	-2,47	0,007	167
M#_PSICO	Maltrato psicológico Si	8,43	4,55	33,33	-2,54	0,006	21
FUMAR_AN	NS/NR	13,65	8,44	38,24	-2,82	0,002	34
PADRE_DE	Padre desea gestación	83,94	78,57	57,89	-2,87	0,002	209
FUMAS_DE	Si Fuma Durante	14,06	8,44	37,14	-3,01	0,001	35
ABORTOS	1abortos	7,63	2,6	21,05	-3,53	0	19
LICOR	SI LICOR	27,31	18,83	42,65	-3,64	0	68
M_FISICO	Maltrato físico Si	10,84	4,55	25,93	-3,81	0	27
ESTUDIA	No estudia	55,02	43,51	48,91	-4,58	0	137
EDAD	14años	6,83	0	0	-5,42	0	17
GESTA#_P	gestación Si planead	26,91	14,29	32,84	-5,53	0	67

ACTIV#_E	madre ama de casa	30,12	16,88	34,67	-5,62	0	75
CLAS_EDA	Adolescencia Temprana	8,84	0	0	-6,34	0	22
V23_A	convive con pareja S	34,14	17,53	31,76	-6,9	0	85
CONVIVE	convive con madre No	32,93	14,29	26,83	-7,87	0	82
ESTD_CIV	madre Unión Libre	32,13	11,69	22,5	-8,73	0	80

Clase 3 / 3

Etiquetas de las variables	Categoría característica	porcentaje de respuestas de la categoría en la población	porcentaje de respuestas de la categoría en la clase	porcentaje de clase que tiene esta categoría	Valor del Test	Probabilidad	Observaciones
ESTD_CIV	madre Unión Libre	32,13	79,73	73,75	10,3	0	80
CONVIVE	convive con madre No	32,93	71,62	64,63	8,22	0	82
V23_A	convive con pareja Si	34,14	72,97	63,53	8,2	0	85
GESTA#_P	gestación Si planead	26,91	59,46	65,67	7,19	0	67
ESTUDIA	No estudia	55,02	85,14	45,99	6,32	0	137
ACTIV#_E	madre ama de casa	30,12	59,46	58,67	6,28	0	75
ABORTOS	1abortos	7,63	20,27	78,95	4,4	0	19
LICOR	SI LICOR	27,31	45,95	50	4,05	0	68
CLAS_EDA	Adolescencia Tardía	48,19	67,57	41,67	3,86	0	120
EDAD	18anhos	24,9	41,89	50	3,78	0	62
M#_PSICO	Maltrato psicológico Si	8,43	18,92	66,67	3,45	0	21
FUMAR_AN	NS/NR	13,65	25,68	55,88	3,26	0,001	34
M_FISICO	Maltrato físico Si	10,84	21,62	59,26	3,2	0,001	27

FUMAS_DE	Si Fuma Durante	14,06	25,68	54,29	3,11	0,001	35
PADRE_DE	Padre desea gestación	83,94	94,59	33,49	2,98	0,001	209
V24_A	pareja primaria	12,45	21,62	51,61	2,55	0,005	31
V26_A	pareja No estudia	78,71	89,19	33,67	2,55	0,005	196
Categorías que no representan la clase							
CLAS_EDA	Adolescencia Media	42,97	31,08	21,5	-2,34	0,01	107
MADRE_ES	madre secundaria	23,29	12,16	15,52	-2,63	0,004	58
CLAS_EDA	Adolescencia Temprana	8,84	1,35	4,55	-2,72	0,003	22
V26_A	pareja Si estudia	18,88	8,11	12,77	-2,78	0,003	47
IRS	IRS 12 a 15	44,18	29,73	20	-2,88	0,002	110
EDAD	14años	6,83	0	0	-2,89	0,002	17
M_FISICO	Maltrato físico No	85,54	74,32	25,82	-2,97	0,001	213
M#_PSICO	Maltrato psicológico No	87,95	77,03	26,03	-3,1	0,001	219
FUMAS_DE	No Fuma Durante	85,94	74,32	25,7	-3,11	0,001	214
CPN	3cpn	15,26	4,05	7,89	-3,26	0,001	38
ESCOLARI	madre 10mo	17,67	5,41	9,09	-3,36	0	44
ACTI#_EC	pareja estudiante	16,06	4,05	7,5	-3,45	0	40
LICOR	NO LICOR	71,49	52,7	21,91	-4,03	0	178
ABORTOS	0abortos	92,37	79,73	25,65	-4,4	0	230
ACTIV#_E	madre independiente	29,32	9,46	9,59	-4,61	0	73
GESTA#_P	gestación No	67,87	39,19	17,16	-6,05	0	169

	planead						
ESTUDIA	Si estudia	44,98	14,86	9,82	-6,32	0	112
V23_A	convive con pareja N	65,46	27,03	12,27	-8,1	0	163
CONVIVE	convive con madre Si	65,86	27,03	12,2	-8,2	0	164
ESTD_CIV	madre Soltera	63,45	17,57	8,23	-9,73	0	158
ESTD_CIV	madre Soltera	63,45	17,57	8,23	-9,73	0	158

# Bibliografía

1. PROFAMILIA. Primera encuesta distrital de demografía y salud. 1st ed. PROFAMILIA , editor. Bogotá: PROFAMILIA; 2011.
2. Congreso de la República de Colombia. Constitución Nacional Bogotá; 1991.
3. Departamento Nacional de Planeación. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños y niñas, adolescentes y jóvenes entre los 6 y 9 años Bogotá: CONPES; 2012.
4. Centro Internacional de Estudios e Investigación Sobre Infancia, Niños, adolescentes, Pobreza, marginalidad y Violencia en América Latina. ¿Relaciones Indisociables? Rio de Janeiro, Brasil; 2006.
5. Farías García N, Zorro C, Parra L, tunjano W. Evaluación de una población de adolescentes gestantes; propuesta de un modelo de puericultura antenatal. Revista De La Salud Por Los Niños De Las Americas Saludarte ISSN: 1657-4400. 2007; 5(fasc: págs: 47 - 47).
6. Organización Mundial de la Salud. Servicios de Salud Amigables con los adolescentes, una Agenda para el Cambio Ginebra, Suiza: OMS; 2002.
7. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS Para la prevención del embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes de los países en desarrollo. 2012th ed. Ginebra, Suiza: OMS; 2012.
8. Acción Social. Embarazo en adolescente cuaderno 4.3, serie acompañamiento juntos en familia y en comunidad. 2010th ed. Bogotá: Acción Social; 2010.
9. UNICEF. Progreso para la infancia, un boletín sobre adolescentes. 2012th ed. Bogotá: UNICEF; 2012.

10. Flores CE, Vargas E, Henao J, Gonzales C, Soto V, Kassem D. Fecundidad adolescente en Colombia: incidencia , tendencias y determinantes. un enfoque de historia de vida Bogotá; 2004.
11. Castellón S. La función del embarazo adolescente sobre la resignificación de la sexualidad. 2010th ed. PÚBLICA FDS, editor. Medellín: Universidad Nacional De Colombia; 2010.
12. Farías García N, Tunjano W. Factores Asociados Con Gestación Planeada En Adolescentes. *Pediatría Organo Oficial De La Sociedad Colombiana De Pediatría* ISSN: 0120-4912. 2007; 42(fasc: 1 págs: 45 - 45).
13. Ministerio Protección Social. Proyecto SASER GTZ. 2003rd ed. Bogotá: GTZ; 2003.
14. Núñez J, Cuesta L. Demografía y pobreza en Colombia. 2006th ed. CEDE , editor. Bogotá: Universidad de los Andes; 2006.
15. PROFAMILIA DANE. Encuesta nacional de demografía y salud 2010 Bogotá: PROFAMILIA DANE; 2010.
16. PROFAMILIA DANE. Encuesta nacional de demografía y salud 2005 DANE P, editor. Bogotá; 2005.
17. Mejía GML, Pacheco SCI, Muñoz ILM. Embarazo Adolescente en Bogotá, construir nuevos sentidos y posibilidades para el ejercicios de derechos Bogotá; 2011.
18. Secretaria Distrital de Salud. Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012-2016 Bogotá; 2012.
19. Secretaria Distrital de Salud, Área de Vigilancia en salud pública , Grupo de Análisis de la situación de Salud. Diagnostico Distrital de Salud 2011 Bogotá; 2012.
20. Pardo Galindo C. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconomicas. 2012th ed. Gineba, Suiza: Revista desarrollo y sociedad; 2012.
21. Barrios M,GA,&SCJ. Derechos-desechos: Modelo de gestión para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes. primera ed. Bogotá; 2006.
22. Linares JL, Romero GE, Moreno H. Factores de riesgo de salud maternoinfantil. *Panam Salud Pública*. 1998; 4(2).
23. Flórez CE. Fecundidad adolescente: diferenciales sociales y geográficos. *Revista de*

la información básica. 2010 Diciembre; 4(2).

24. Charlton DL. Relación entre embarazo adolescenciay la escolaridad. Enfermería en Costa Rica. 2003.
25. Gudiel CV, Caffaro C. Perfil social de las madres adolescentes. Apuntes. 2004 Agosto; 2(2).
26. Padilla de Gil M. Aspectos Médicos y Sociales de la Maternidad en la Adolescencia. Revista de la sociedad chilena de obstetricia y ginecología infantil y de la adolescencia. 2000; VII(1).
27. Montoya P, Barreto EBA, Cárdenas Y, Chavarro C, Piñeros S. Barreras y Facilitadores Para el Acceso de los Adolescentes y Jóvenes a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva en Bogotá Bogotá; 2011.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Publica 2012-2016 Bogotá; 2012.
29. Acción Social. Acción social, embarazo en adolescentes. Acompañamiento: juntos en familia y en comunidad. 2003: p. Cuaderno 4.3 Bogotá.
30. PROFAMILIA. Resumen de prensa. Primera encuesta distrital de demografía y salud Bogotá 2011. 1st ed. Bogotá: Profamilia; 2012.

