

**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO NO PLANEADO
EN ADOLESCENTES DE LA COMUNA 5 DE LA CIUDAD DE SANTA
MARTA.**

**PSHYCOSOCIAL FACTORS ASSOCIATED WITH TEEN'S UNPLANNED
PREGNANCY IN THE FIFTH COMMUNITY FROM SANTA MARTA CITY.**



**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SANTA MARTA**

2010

**FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO NO PLANEADO
EN ADOLESCENTES DE LA COMUNA 5 DE LA CIUDAD DE SANTA
MARTA.**

**RAFAEL FERNANDO CORREDOR APARICIO
NILTON DAIRO MENDEZ ACELAS
ERICK REDONDO GUERRERO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
PSICOLÓGOS**

**Ps. Esp. GUILLERMO AUGUSTO CEBALLOS OSPINO
DIRECTOR**

**UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SANTA MARTA**

2010

NOTA DE ACEPTACION

Firma del Presidente Del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Santa Marta, Marzo 23 del 2010.

AGRADECIMIENTOS

Al Esp. **Guillermo Ceballos Ospino**, Psicólogo, docente de la Universidad del Magdalena, por su apoyo como director de la investigación.

A. **Luis Fernando Sabogal Tinoco**, Psicólogo Especialista, docente de la Universidad del Magdalena, por su valiosa colaboración en el proceso estadístico de la investigación.

Al Dr. **Fernando Robert Ferrel** Msc y Psicólogo, docente de tiempo completo de la Universidad del Magdalena, por su aporte como jurados expertos en el proceso de evaluación de la investigación.

A **Enrique Tapias Pérez** Msc, y Psicólogo, docente de tiempo completo de la Universidad del Magdalena, por su aporte como jurados expertos en el proceso de evaluación de la investigación.

A todas las **Adolescentes futuras madres** de la comuna 5 adscritas al programa madre FAMI del ICBF **de la ciudad de Santa Marta** por su valiosa participación en la investigación.

A al **IED Juan Miguel de Osuna** de la Ciudad de Santa Marta, por brindar sus instalaciones para las actividades programadas con las adolescentes.

A **Norma Vera Salazar**, Licenciada, Coordinadora de Convenios y proyectos de la Virrectoría de Extensión de la Universidad del Magdalena, por su apoyo en la logística de esta investigación.

Dedicatoria

A Jehová Dios por mantenerme con vida y darme salud, por su gran amor y la tranquilidad que le ha brindado a mi corazón...

A Mis padres por haberme brindado su apoyo tanto en lo afectivo como en lo económico. Gracias por haberme traído al mundo...

A Dayris Jhohaha Correa, mi novia hermosa por su gran apoyo incondicional, por ayudarme hacer una persona alegre, por darme amor y ternura, por creer en mí como profesional...

Al glorioso Liceo Celedon por darme la oportunidad de pisar sus suelos, por darme el valor de demostrarles a sus directivas que un Liceísta puede llegar ser grande, ser un gran profesional con sentido de ciencia y conocimiento...

A los docentes de la Universidad que sirvieron como guía en mi formación como psicólogo...

A las ciencias por ser tan atractivas, por ser tan flexibles y brindar respuestas claras y lógicas a la realidad social que atraviesa las poblaciones vulnerables de nuestro país no una simple opinión...

Rafael Fernando

Dedicatoria

Con toda seguridad mi primera dedicatoria es para Dios ese ser infinito y bueno que me ha acompañado en todo momento llenando de bendiciones mi vida cada día.

A los seres más hermosos que Dios me regalo para que cuidaran de mí, para que me entregaran su amor, su comprensión. Mamita eres lo mejor que tengo; Papi siempre te voy a recordar donde quiera que estés, serás siempre un recuerdo vivo.

A Manuel Rudas, amor llegaste a mi vida para llenarla de la alegría de ternura, de pasión y de amor, gracias por estar conmigo, te adoro

A mis hermanos, Rafa, juank, Lina, Jonathan, Marly, Mery y Silvia, sin ustedes no hubiese sido posible tener todas las alegrías, pero sobre todo las experiencias y las emociones que juntos hemos construido.

A Chelita, mil gracias, por tenderme la mano, por ser como eres, pero sobre todo por tu amistad sincera y leal, eres lo máximo, simpática.

A Gustavo Pacheco, viejo tu entrega y dedicación a quienes consideraste tus hijos no tiene precio, te quiero mucho.

A todos los docentes de la I.E.D Juan Maiguel de Osuna, quienes me enseñaron que más allá de los problemas y de las adversidades siempre hay una salida, siempre hay utopías posibles y alcanzables.

A mis queridos amigos Rebe, Dine y Carlos por acompañarme y acogerme en sus corazones porque juntos construimos una amistad sincera y única, los quiero mucho

Nilton Dairo

Dedicatoria

Erick Arturo

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	11
Abstract	12
Introducción	13
1. Planteamiento del Problema	15
2. Justificación	18
3. Objetivos	24
3.1. Objetivo General	24
3.2. Objetivos Específicos	24
4. Marco Teórico	25
5. Metodología	40
5.1. Tipo de Investigación	40
5.2. Variables de estudio	40
5.3. Tipo de diseño	41
5.4. Población y Muestra	42
5.5. Instrumento de Recolección de Información	43
6. Procesamiento de la Información	46
7. Aspectos éticos involucrados en la investigación	46
8. Resultados	47
9. Discusión	72
Referencias	
Anexos	

LISTA DE TABLAS.

Tabla n° 1.	Operacionalización de Variables.	41
Tabla n° 2.	Población adolescente embarazo no planeado.	42
Tabla n° 3.	Fiabilidad del instrumento EPQ-R	43
Tabla n° 4.	Fiabilidad FACES III.	45
Tabla n° 5.	Edad de las adolescentes con ENP.	47
Tabla n° 6.	Rango Edad	48
Tabla n° 7.	Tabla de contingencia Estado Civil * Rango Edad	48
Tabla n° 8.	Tabla de contingencia Ocupación * Rango Edad	49
Tabla n° 9.	Tabla de Contingencia Grado de escolaridad * Rango Edad	50
Tabla n° 10.	Tabla de Contingencia Lugar de Procedencia * Rango Edad	51
Tabla n° 11.	Tabla de Contingencia estrato socioeconómico * Rango Edad	52
Tabla n° 12.	Tabla de Contingencia Actualmente convives con * Rango Edad	53
Tabla n° 13.	Tabla de Contingencia dependencia económica * rango edad	54
Tabla n° 14.	Tabla de Contingencia la información que tiene sobre educación sexual es * Rango Edad.	56
Tabla n° 15.	Tabla de Contingencia el motivo que te llevó a tener relaciones sexuales (RS) * Rango Edad.	57
Tabla n° 16.	Tabla de Contingencia los medios de comunicación estimulan o influyen para que tengas RS	59
Tabla n° 17.	Edad de inicio de relaciones sexuales	60
Tabla n° 18.	Contingencia ha usado anteriormente métodos de Planificación familiar * Rango Edad *Tipo de método de planificación que utiliza.	61
Tabla n° 19.	Tabla de contingencia Autoestima * Rango Edad	63
Tabla n° 20.	Tabla de contingencia FACES * Rango Edad.	64

Tabla n° 21	Tabla de contingencia EPQ-R Introversión-Extroversión * Rango Edad.	65
Tabla n° 22	Tabla de contingencia EPQ-R Neuroticismo * Rango Edad	67
Tabla n° 23	Tabla de contingencia EPQ-R Psicoticismo * Rango Edad.	68
Tabla n° 24	Tabla de contingencia labilidad emocional*Rango Edad	69
Tabla n° 25	Tabla de contingencia EPQ-R Neuroticismo * Introversión-Extraversión	70

RESUMEN DEL PROYECTO

El presente estudio aborda la problemática de los factores psicosociales que están asociados al embarazo no planeado (ENP) en las adolescentes de una comuna de la ciudad de Santa Marta.

Para el presente estudio se empleó un diseño descriptivo transversal. La población objeto de la investigación fueron 53 adolescentes con ENP, que por su finitud constituyeron igualmente la muestra. El objetivo fue describir los factores psicosociales asociados al ENP en adolescentes de la Comuna 5 de la ciudad de Santa Marta.

Los resultados señalaron que la adolescente embarazada en nuestra población objeto de estudio, es caracterizado por un bajo estrato económico y cultural, en 77% con autoestima alta lo cual es corroborado por algunos autores. Igualmente, se puede inferir que las adolescentes buscan su relación de pareja y su embarazo como escape a su entorno familiar, donde un 53% de la población presenta disfunción, dificultando la posibilidad de desarrollarse y llevar a cabo su proyecto de vida. Finalmente se encontraron rasgos de inestabilidad emocional caracterizados por ansiedad, cambios bruscos de humor, depresión, alta emotividad (42%) –con mayor presencia en el rango de edad 1-; aislamiento, hostilidad, agresividad, entregarse a la búsqueda de sensaciones dolorosas sin medir las consecuencias (43%), lo cual las lleva a sí mismo a no apegarse a las normas sociales, ser poco empáticas (36%) y además mostrándose pesimistas con respecto a su futuro

Palabras Clave: Embarazo no planeado, autoestima, personalidad, cohesión y adaptabilidad familiar, aspectos sociodemográficos.

**PSYCHOSOCIAL FACTORS ASSOCIATED WITH UNPLANNED PREGNANCY
IN ADOLESCENTS IN THE COMMUNITY 5 OF THE CITY OF SANTA
MARTA.**

ABSTRACT

This study addresses the issue of psychosocial factors that are associated with unplanned pregnancy in teenagers in a commune of the city of Santa Marta.

For the present study a descriptive cross-sectional design was used. The population of the research were 53 teenagers with unplanned pregnancy, which by its finiteness constituted the sample. The aim was to describe the psychosocial factors associated with unplanned pregnancy in teenagers in the Commune 5 of the city of Santa Marta.

The results indicated that pregnant teenagers in our study population is characterized by low economic and cultural strata, in 77% with high self-esteem which is corroborated by some authors. Similarly, one can infer that teenagers seek their relationship and her pregnancy as an escape to their family environment, where 53% of the population suffers from dysfunction, making it difficult to develop and carry out their life plan. Finally, were found traces of emotional instability characterized by anxiety, mood swings, depression, high emotionality (42%) –with greater presence in the age range 1– isolation, hostility, aggression, surrendering to the painful sensation seeking without measure the consequences (43%), which leads them to not adhering to social norms, being a little empathetic (36%) and also pessimistic about their future.

Keywords: Unplanned pregnancy, self-esteem, personality, family cohesion and adaptability, sociodemographic.

INTRODUCCIÓN

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en el adolescente se encuentra relacionada directamente con el ejercicio de una sexualidad responsable, libre y sana, teniendo en cuenta otros aspectos como la prevención del embarazo precoz y los problemas que giran en torno a éste (Ministerio de la Protección Social, 2002). En esta dimensión tan importante del desarrollo de los individuos juega un papel importante una serie de factores que intervienen directamente sobre la sexualidad de los adolescentes y que para efecto de esta investigación son motivo de análisis los de riesgo entendiendo los asociados al embarazo en adolescentes.

El “embarazo en adolescentes” se tituló como la más grave problemática en salud pública de Colombia en la Academia Nacional de Medicina, en una reunión que se realizó el 10 de febrero de 2005 (Alvarado, Martínez, Vaquero, Valencia y Ruiz, 2007), lo cual constituye en un motivo prevalente en el campo investigativo, y que cuya finalidad es la de direccionar acciones para prevenir el embarazo en adolescentes pero además los riesgos que en materia de salud se generan.

Analizando las diferentes problemáticas de nuestro país, se encuentra que existe un gran índice de adolescentes embarazadas, siendo esto evidente en un estudio realizado en el año 2000 que reveló que: “el 19 % de las mujeres entre 15 y 19 años de edad habían sido madres o estaban embarazadas, y hoy esta cifra se mantiene estable, donde una de las principales involucradas son las adolescentes (Caracol, 2005)

El objetivo de la presente investigación fue describir los factores psicosociales de riesgo asociados al ENP en adolescentes de la Comuna 5 de la ciudad de Santa Marta. La muestra estuvo conformada por un grupo de 53 adolescentes en ENP en edades entre los 12 y los 19 años de edad de la comuna 5 de Santa Marta. Los instrumentos que se utilizaron fueron: los criterios del Inventario de personalidad EPQ-R (Eysenck, Eysenck y Barret, 1985) Adaptación de Aguilar, Tous y Andrés (1988), la Escala de Autoestima de Rosenberg, la cual ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en

53 países, incluido Colombia, el cuestionario de adaptación y cohesión familiar FACES, que consta de 20 ítems con escala tipo Liker validado Por Martinez, Iraurgi, Galindez, Sanz, (2005) y una encuesta sociodemográfico para adolescentes en ENP: consta de 7 ítems con escalas numéricas y dicotómicas que evalúa los aspectos sociodemográficos tales como: edad, educación, educación sexual, estrato socioeconómico, ocupación, estado civil y lugar de procedencia.

Esta investigación se desarrollo con el fin de buscar elementos conceptuales científicos que puedan dar respuesta a las altas tasas de embarazo temprano y no planificado en adolescentes. Este proyecto se encuentra adscrito a la línea de investigación de cognición y educación, así como también al grupo de investigación de comportamiento sexual. Su desarrollo esta amparado bajo la resolución 001 de 2008 por la cual se reglamentan los trabajos de grado y su forma de presentación.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente estudio se diseñó con la pretensión de abordar la problemática de los factores psicosociales asociados al embarazo no planeado (ENP) en las adolescentes de una comuna de la ciudad de Santa Marta.

Analizando las diferentes problemáticas de nuestro país, se encuentra que existe un gran índice de adolescentes embarazadas, siendo esto evidente en un estudio realizado en el año 2000 que reveló que: “el 19 % de las mujeres entre 15 y 19 años de edad habían sido madres o estaban embarazadas, y hoy esta cifra se mantiene estable, donde una de las principales involucradas son las adolescentes, siendo esto causado por diferentes factores que promueven a que se de las prácticas sexuales a temprana edad y sin protección generando esta problemática, donde se ve implicado la sociedad y los adolescentes de nuestro país” (Caracol, 2005. p- 1).

La alta incidencia de embarazos en adolescentes está interrelacionada con múltiples factores entre los que se encuentran: impulso sexual, identidad sexual, falta de acceso a la educación, desconocimiento de la sexualidad, métodos de planificación, conflictos familiares, abuso sexual infantil, grupos de amigos sexualmente activos, trabajo infantil, poca comunicación con la familia, los que podemos denominar factores, sociales, individuales y familiares (Reyes, 2005).

Ortiz, Anaya, Sepúlveda, Torres y Camacho (2005), manifiestan que “en Colombia, la tasa de natalidad ha ido disminuyendo en la población general, no así en el grupo de adolescentes; de acuerdo a la última Encuesta Nacional de Demografía en salud realizada por Profamilia y publicada en el año 2000, el 20% de la población gestante tenía menos de 20 años” (p-72).

Por otra parte, según Botero 2004; Martínez, Andina y Pomata, 1992; Stobino, 1992; Yoder, 1997 (citados por Ortiz, 2005) cataloga un ENP en adolescentes, como de alto riesgo, por la posibilidad de parto prematuro, bajo peso al nacer, pre-eclampsia, eclampsia, retardo en el crecimiento uterino, entre otros.

De otro lado, el ENP en adolescentes, está influenciado por un gran número de factores, entre los que se encuentran el estrato socioeconómico, historias de iniciación precoz de las relaciones sexuales y sin protección, ENP en madres y hermanas, bajo nivel educativo, el desplazamiento, falta o distorsión de la información, desconocimiento sobre el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual, hogares conflictivos que llevan a las adolescentes a buscar afecto por medio de relaciones sexuales o la maternidad (Elfenbein & Felice, 2003; Hillis, 2004; López, 1991; citados por Ortiz, 2004).

Igualmente, entre otros factores socioculturales predisponentes se encuentran la mayor tolerancia existente actualmente en el medio frente a la maternidad adolescente y/o la madre soltera, la falta o distorsión de la información con relación al manejo de la sexualidad, y el cambio de costumbres socioculturales establecidas en los diferentes niveles socioeconómicos (Londoño, sf)

Así mismo, es conocido que el ENP constituye un verdadero problema no solo para la mujer o la pareja que lo vive, sino para toda la sociedad. Mientras la fertilidad biológica o capacidad para engendrar un hijo es natural a la mayoría de las personas; la posibilidad de criar responsablemente en condiciones que se garanticen los derechos del niño, son muy restringidas. De aquí surge el imperativo ético de una paternidad y maternidad responsable. Responsabilidad que no solo recae en los padres, como pareja individual; sino en la sociedad entera que debe procurarles los medios para poder ejercer efectivamente este derecho y deber (Giberti, 1997).

Actualmente en Colombia se han implementado programas que ayudarían a minimizar esta problemática, en el caso de Santa Marta, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en compañía de otras organizaciones no gubernamentales, han implementado programas estratégicos, como es el caso de los clubes juveniles, cuyo propósito fundamental es el de contribuir al desarrollo de la población prejuvenil y juvenil por medio de la implementación de programas integrales y participativos, en el ámbito social, cultural, deportivo, formativo y productivo, en las diferentes comunas de

la ciudad, encaminados a la disminución de problemas asociados a la adolescencia, entre ellos el ENP.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2005), para el departamento del Magdalena el porcentaje de adolescentes ya con embarazos es de 17.7, de embarazadas con su primer hijo de 3.8% y alguna vez embarazadas del 21.5%, lo cual indica la magnitud de tal situación, acorde con lo establecido en los párrafos anteriores.

Para la ciudad de Santa Marta, no se encontró referencias de investigaciones publicadas realizadas sobre el tema; por tanto el presente proyecto es pionero en la región y pretende identificar los factores psicosociales asociados para los ENP.

Por tanto, y en relación con lo anterior, surgen los siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los factores psicosociales asociados (individuales, sociodemográficos, familiares) en la ocurrencia de ENP en adolescentes que habitan en la comuna 5 de la ciudad de Santa Marta?

¿Cuáles son las características psicológicas: autoestima y personalidad (extroversión, neuroticismo y psicotismo) de las adolescentes que presentan ENP en la comuna 5 de la ciudad de Santa Marta?

¿Cómo son las relaciones familiares de las adolescentes en estado de embarazo?

2. JUSTIFICACIÓN

Las adolescentes inician cada vez más jóvenes la actividad sexual, en Colombia una de cada cinco adolescentes ya ha sido madre o espera su primer hijo (Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2005; Ferrer, 2003).

Cuando se habla de un ENP que ocurre a la mujer durante su adolescencia, se conoce normalmente como un periodo de crisis para ella, así como para su familia. Cuando sobreviene un embarazo a una pareja adolescente, impone a los jóvenes un proceso de adaptación a ésta situación para la cual no están emocional, ni socialmente preparados. El embarazo en adolescentes muy pocas veces es casual y menos aún conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de factores psicológicos, sociales y culturales (Berner, 2003).

Así mismo, se han reconocido como factores personales predisponentes frente a los ENP, el inicio precoz de relaciones sexuales, encontrando que en estos casos aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención e igualmente, la presencia de pensamientos mágicos y fantasías de esterilidad (Issler, 2001).

Por otra parte, se reconocen también factores familiares como la disfuncionalidad familiar y la controversia entre el sistema de valores del adolescente y sus padres. Para el adolescente, una buena comunicación con su medio familiar es importante, por la entrega de afecto y amor que ella requiere en su proceso de vinculación afectiva. La joven que no logra satisfacer sus necesidades emocionales en su hogar, busca el afecto fuera de él en sus relaciones íntimas y muchas veces se significa inconscientemente el embarazo como una manera de asegurarse de cariño (Londoño, sf). Esta autora, igualmente señala que a partir de ésta realidad se genera la maternidad no programada; situación frente a la cual casi siempre se genera tensión, ya que la capacidad biológica y psicológica de la niña se ve fuertemente exigida, más aún si ha sido rechazada por su familia y abandonada por su pareja. La respuesta a ésta tensión puede producir

desesperación, miedo, dolor, culpa, rabia, angustia y podría llegar a la depresión. De igual forma, las condiciones a las que se ve enfrentada una mujer y especialmente una adolescente, al vivir un ENP, generan en ella altos niveles de angustia, inseguridad y temor.

Un estudio realizado por Ojeda (s.f) publicado en la página Web de Caracol Noticias en el año 2005, en lo referente al embarazo en adolescentes afirma que en: “el estudio del año 2000 reveló que el 19 por ciento de las mujeres entre 15 y 19 años de edad habían sido madres o estaban embarazadas, y hoy esta cifra se mantiene estable”. Agrega Ojeda, “que eso se debe a la falta de ofrecimiento de servicios, de información, educación, y aunque hay políticas estas no se implementan”. De igual forma el director de Fedesarrollo, Mauricio Cárdenas en la entrevista dada a Caracol expuso: “que es muy preocupante que siga creciendo el número de ENP, especialmente en adolescentes, por lo que es hora de que el Estado colombiano deje atrás los prejuicios y los tabúes del pasado y se dedique al tema de la planificación familiar” (Caracol, 2005).

Cabe destacar que en el mundo, de los cerca de 210 millones de embarazos que se producen por año el 38 por ciento de ellos, no es planeado y cerca del 22 por ciento terminan en aborto, “y en Colombia podemos decir que entre 1990 y el 2005 los embarazos de adolescentes han aumentado de 13 al 21 por ciento, llegando a una cifra bastante preocupante que nos ubica en los primeros lugares en Latinoamérica entorno a esta situación” (Garibello, Perilla y Fernández, 2008. p. 22).

Un ENP lo pueden originar muchas causas. La descomposición social, la desinformación, la responsabilidad frente a la sexualidad, la falta de conocimiento de los métodos de control de la natalidad, la presión familiar y la pérdida de valores, entre otros factores. Pero lo realmente importante es que este hecho desencadena una serie de consecuencias que cambiarán la forma de vida y la manera de ver el futuro de estos adolescentes (Garibello y cols, 2008).

De esta manera, la actividad sexual precoz y sin protección no causa, en general, morbilidad y mortalidad durante el período de la adolescencia; sus efectos y costos se

evidencian más tarde en la vida y puede tener importantes repercusiones en el desarrollo biológico, social y psicológico de la joven generación. Por eso, el ENP constituye una preocupación de primer orden para los profesionales de la salud y se impone abordarlo a partir de un marco conceptual actualizado, sobre el desarrollo humano integral y la promoción de salud (Libertad y Reyes, 2003).

El ENP se presenta como tópico de interés en una gran parte de los países del mundo actualmente. Ello se explica por la gran incidencia que tiene en numerosas regiones como por las implicaciones sociales, familiares y personales a que es vinculado (González, 2000).

A pesar de la alta incidencia de ENP de adolescentes que acuden a los servicios de salud, no se ha realizado un estudio preliminar en la Comuna 5 de la ciudad de Santa Marta, por lo tanto con el presente estudio se podrá conocer los factores asociados al embarazo en adolescentes y con los resultados sugerir programas y proyectos que ayuden a minimizar la presentación de los mismos, debido a que en la actualidad se trabaja en el tema de la adolescencia en el manejo de las consecuencias, de los actos indecisos propios de esta etapa y no se hace énfasis a la promoción y prevención, aunque se conocen algunos programas implementados por los gobiernos, los mismos no son conocidos por las protagonistas. Es considerable la idea de actuar sobre todo a nivel de las familias, por lo que los padres y docentes deberán conocer los factores asociados al ENP y también recibir consejerías sobre el manejo de sus hijos en esta difícil etapa de la vida y así juntos contribuir a establecer estrategias de promoción y prevención frente a esta situación.

El ENP en adolescentes es un gran problema de trascendencia en salud pública y el conocimiento de los factores asociados que están incidiendo en esta problemática permitirá desarrollar planes de intervención en la comuna 5 de la ciudad de Santa Marta, contribuyendo de esta manera a disminuir las tasas de ENP en esta zona, los problemas que se generan a nivel psicosocial y de igual manera aportar los datos para tomar medidas en cuanto a la prevención y promoción. Con relación al año 2000, en Colombia,

la fecundidad adolescente en la zona urbana presenta un aumento de 71 a 79 nacimientos por mil (Profamilia, 2005).

La Universidad del Magdalena ha ubicado el programa de Psicología en la Facultad de Ciencias de la Salud, por lo cual este ha tomado un enfoque dirigido hacia la salud pública, en atención a esto el presente estudio apunta a identificar factores psicosociales asociados a la ocurrencia de ENP en la población adolescente de la Comuna 5 de la ciudad de Santa Marta, que sirvan como base para el trabajo de las entidades gubernamentales y no gubernamentales, para implementar Planes y Programas de Promoción y Prevención que permitan disminuir favorablemente esta problemática que afecta en gran número a la población objeto de estudio. “La Facultad de Ciencias de la Salud y el programa se unen para consolidar el fortalecimiento y la promoción de políticas de salud, local, regionales y nacionales, respetando el sentido de lo público a través del trabajo permanente con entes territoriales y entidades del Sistema General de Seguridad Social en salud, como prioridad de los procesos de interacción social” (Universidad del Magdalena, 2003, pág. 2).

Por otro lado, este trabajo busca fortalecer la capacidad de investigación que es una de las estrategias más eficaces, eficientes y sostenibles para el desarrollo de las comunidades que en últimas son los que se benefician con los adelantos y producción del conocimiento y que además es uno de los ejes definidos en la misión de la Universidad del Magdalena, “Mediante su actividad en la Investigación y la extensión social Universitaria, contribuir en el incremento del acervo de conocimientos al servicio del hombre, vinculándose a la solución de los problemas económicos, ambientales, culturales, sociales y políticos de su entorno haciendo énfasis en el desarrollo humano sostenible y propiciando el reconocimiento y respeto de los valores que le conceden identidad a la región Caribe y al proyecto de nación” (Universidad del Magdalena, 2003) y que además se encuentra plasmado en el PEI de nuestra Alma Mater: En el proyecto educativo institucional (PEI) es evidente que uno de los propósitos en la Universidad es poder definir las necesidades de la comunidad de las instituciones y de los individuos

para lograr aplicar estrategias apropiadas que permitan un avance de la ciencia y la tecnología. La promoción de los distintos saberes mediante el apoyo de la investigación en el ámbito de la ciencia y las humanidades es un proceso inherente a la educación superior (Universidad del Magdalena, 2003).

De acuerdo con lo anterior y teniendo en cuenta las consideraciones de las políticas de la OMS (2005) y los objetivos propuestos por la Universidad del Magdalena y el Programa de Psicología se desarrolló este estudio que se relaciona muy estrechamente con los anteriores para:

- Identificar las tendencias emergentes en el conocimiento científico con su potencial para mejorar la salud (OMS, 2005).
- La movilización de la comunidad mundial de investigación para abordar los problemas prioritarios de salud (OMS, 2005).
- El desarrollo de iniciativas encaminadas a fortalecer la calidad de la investigación en nuestra región para el desarrollo con la finalidad última de consagrar la investigación como una base sobre la cual desarrollar políticas de salud pública (OMS, 2005).
- Reducir la brecha existente y las desigualdades entre las comunidades de estratos socio-económicos vulnerables y utilización del conocimiento científico para mejorar la salud de los pobres (OMS, 2005).

Por otra parte, el proyecto se enmarcó en la línea de investigación, “Cognición y Salud” del Programa de Psicología de la Universidad del Magdalena.

Finalmente, los resultados de este estudio se presentan, para implementar un enfoque diferente al manejo de las adolescentes, considerándolos, no solo desde el punto de vista médico, que por lo general es de donde se aborda, sino también desde una perspectiva psicosocial. A nivel individual se indagó si el nivel de autoestima y personalidad son factores que predisponen los ENP en adolescentes.

Por último cabe resaltar que este trabajo busca beneficiar a la población adolescente que por múltiples factores se enfrenta a esta situación, que en ocasiones no es una decisión predeterminada, así mismo se busca dar elementos a las autoridades de salud del distrito para el diseño de programas y planes dirigidos a la reducción de embarazos adolescentes.

3. OBJETIVOS

Objetivo General

Describir los factores psicosociales asociados al ENP en adolescentes de la Comuna 5 de la ciudad de Santa Marta.

Objetivos Específicos

- Describir las condiciones sociodemográficas (tales como: edad, educación, educación sexual, estrato socioeconómico, ocupación, estado civil y lugar de procedencia) de las adolescentes con ENP.
- Identificar o tipificar las características familiares de las adolescentes con ENP mediante el test psicológico FACES III.
- Identificar las características individuales de autoestima de las adolescentes con ENP, a través del test de autoestima de Rosemberg.
- Identificar las características individuales de personalidad (inestabilidad emocional, Neuroticismo, Extroversión y psicotisismo) de las adolescentes con ENP, mediante la prueba EPQ-R.

4. MARCO TEÓRICO

Entre los aspectos del adolescente que han recibido la atención de los investigadores se encuentra el comportamiento sexual y reproductivo de los mismos y relacionado a ello el embarazo adolescente (González, 2000).

Según Pérez (2003) las estadísticas colombianas, proporcionadas por el entonces Ministerio de Salud (Minsalud), muestran que el embarazo y los eventos relacionados con él, ocupan el primer lugar como causas de consulta externa, las cinco primeras causas de egresos hospitalarios y seis de las ocho primeras causas de los mismos, en la población femenina entre los 15 y los 19 años. Así mismo, es la segunda causa de egreso hospitalario en mujeres entre 10 y 14 años.

En Colombia, según la encuesta de demografía y salud (2000, citada por Pérez, 2003), el 15% de las adolescentes ya han sido madres y el 4% están en el embarazo de su primer hijo, para un total de 19% que han estado en embarazo o ya han tenido partos, en comparación con el 17% en la encuesta de 1995, en la cual se encontró que una de cada cinco adolescentes ha estado alguna vez embarazada.

Si se toma en cuenta que, a nivel mundial, el incremento absoluto de los adolescentes entre los 10 y los 19 años será de 27% en los próximos 35 años, que el 86% del total corresponderá a países en vías de desarrollo y que la vida sexual de los adolescentes es cada vez más activa y precoz, bien puede asegurarse que los ENP como fenómeno social resulta altamente complicado y peligroso (Pérez, 2003).

Según un reciente estudio realizado en el año 2003 sobre “la dinámica social”, del Centro de Investigaciones de la Universidad Externado de Colombia, entre el 10 y el 15% de los 125 millones de niños que nacen anualmente en el mundo son hijos de madres adolescentes menores de 20 años. Desde el punto de vista social, la adolescente con ENP se ve enfrentada al rechazo social, de su familia, de su círculo de amigos, de su pareja, y en el peor de los casos se tiene que ir de la casa. Su proyecto de vida se ve afectado, pues la presencia de un hijo le exige salir a trabajar y abandonar sus estudios,

para cumplir su papel de madre. La presión social contra la adolescente con este tipo de embarazo desencadena consecuencias psicológicas para ella (Pérez, 2003).

Prácticamente toda la problemática de la salud reproductiva adolescente se vincula a la tendencia de los jóvenes a practicar conductas sexuales riesgosas, entre las cuales se observan: inicio cada vez más precoz de la vida sexual; poco reconocimiento de los riesgos; relaciones sexuales imprevistas en lugares y situaciones inapropiadas; continuos cambios de pareja (promiscuidad); poco conocimiento de la sexualidad; escasa orientación y uso de métodos anticonceptivos; e insuficiente información sobre las Infecciones de transmisión sexual (ITS) y su prevención (Casper, 1990).

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, comienza alrededor de 12-13 años con la pubertad, que es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de esperma en los varones, la maduración de los órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias, todo esto produce el alcance de la maduración sexual (Secretaría de Salud Pública de Honduras, 2000, Citado por Reyes, 2005). Por tal razón, el desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionados con aspectos psicológicos y sociales.

Según Castro, Cano y Rebollar (1995) hoy se considera como una etapa de la vida del ser humano en la que ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y conductuales, que requieren de una cuidadosa atención por las importantes transformaciones fisiológicas, emocionales y sociales que finalmente “imprimen” en la persona el sello de la madurez, con los rasgos característicos del adulto; siendo esto evidente en los cambios comportamentales, emocionales y conductuales que presentan las adolescentes en el momento de asumir su sexualidad y estilos de vida que no les favorece, sumergiéndose en un mundo de prácticas sexuales inadecuadas (falta de conocimiento en salud sexual y reproductiva), evidenciado en la característica de la

población adulta que poseen una vida sexual activa.

La Salud Sexual y Reproductiva en el adolescente se encuentra relacionada directamente con el ejercicio de una sexualidad responsable, libre y sana, teniendo en cuenta otros aspectos como la prevención del embarazo precoz y los problemas que giran en torno a éste (Ministerio de Protección Social, 2003).

El estereotipo de que la maternidad adolescente implica mayor riesgo obstétrico en realidad sólo se ha documentado en mujeres menores de 18 años, puesto que las mujeres entre 18 y 19 años de edad no muestran un riesgo mayor que las que tienen entre 20 y 24 años, excepto en condiciones donde además de la edad precoz hay situación de extrema pobreza (Núñez, Hernández, García, Gonzáles y Walter, 2003).

El embarazo temprano tiende a llevar a la joven a procrear un mayor número de hijos y a un menor esparcimiento entre ellos, lo cual contribuye a elevar la fecundidad general y la tasa de crecimiento de la población (Stern, 1997).

La salud de los adolescentes y jóvenes es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país. Los cambios que ocurren desde el punto de vista biológico, psicológico y social hacen que sea la adolescencia, después de la infancia, la etapa más vulnerable del ciclo vital (Libertad y Reyes, 2003). Si bien, el embarazo, planeado o no, en edades adolescentes tiende a concentrarse precisamente en los grupos de la población que presentan condiciones inadecuadas de nutrición y de salud de la madre y en los que ésta no cuenta con el apoyo y la atención necesarios, la correlación positiva entre la edad a la que ocurre el embarazo y el riesgo de problemas de salud se presenta con gran frecuencia en estudios empíricos (Stern, 1997).

Según Magdalena y Harrison (s. f), el embarazo de la adolescente puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola rural y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, adolescente. Sin embargo, estudios más recientes realizados en zonas urbanas en América Latina documentan una mayor ocurrencia de embarazo no deseado en las zonas periféricas de las grandes urbes, sobre todo, en aquellas de inmigración

acelerada y asentamientos marginados periurbanos (Núñez y cols, 2003). De acuerdo con Román (citado por Núñez y cols, 2003) en el contexto urbano la expectativa cultural es que la mujer joven continúe estudiando y posponga la crianza hasta después de los 24 años. En ese contexto es menos disonante que una mujer manifieste que no desea o deseó un embarazo, mientras que en una comunidad rural "las mujeres quieren tener hijos tempranamente en el ciclo vital", ya que tienen pocas opciones de "ser alguien" fuera de la maternidad. En estas circunstancias un embarazo, aunque no haya sido deliberadamente planeado, tiene más posibilidad de ser aceptado.

En sectores muy numerosos de la sociedad mexicana, en particular la población rural y la marginal urbana, precisamente aquellos en los que el embarazo temprano es más frecuente, la unión y la maternidad tempranas aún constituyen una parte indisoluble de formas de vida femenina ante las cuales existen pocas opciones reales (Stern, 1997).

Silber (1997), explica que los factores de riesgo del embarazo de la adolescente son multicausales, donde este puede desarrollarse desde el entorno familiar, individual y social, en tal sentido existen varios factores asociados al embarazo adolescente donde la familia se convierte en uno de ellos, es por excelencia el núcleo donde estos se desarrollan. "La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia" (Lugo y Nelvia, 2002. p. 17). La dinámica familiar representa un espacio en el que el adolescente se forma y de su funcionamiento dependerá en gran parte una exitosa construcción de la persona, por el contrario anomalías y disfunciones en ella puede llevar a inducir a problemas propios de la adolescencia entre ellos el embarazo no planeado.

Referente a esto, Reyes (2005), argumenta que un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un

embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto. Este y otros autores, han señalado que para algunas adolescentes el embarazarse representa la manera de salir de una situación familiar conflictiva (Vives y Largitue, citado por Núñez y otros, 2003) argumenta además, que todo deseo remite a la ausencia de lo anhelado y al reconocer la condición atemporal del deseo inconsciente, dice, una adolescente que piensa que tendrá un hijo en el futuro, de alguna manera tiene el anhelo en todo momento hasta que ese deseo queda satisfecho. Varios autores han argumentado que la manifestación sobre el deseo de un embarazo está determinada por factores socioculturales que varían dependiendo del contexto social, psicológico y cultural. Stern (1997) señalan que son las condiciones del contexto económico y cultural las que determinan tanto los significados de la sexualidad adolescente como el grado de aceptación de la familia y comunidad con la madre adolescente y su progenie.

La influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y sobre todo de los más jóvenes. A través de la comunicación familiar se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad (Libertad y Reyes, 2003).

Se ha descrito como factores de riesgo asociados a la familia, la inestabilidad emocional, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres (Reyes, 2005).

Según Pantelides (2002) distintos grupos sociales ejercen influencia en la conducta adolescente. En particular, se ha postulado que el tipo de familia en que el adolescente ha sido socializado o con la que habita tiene una importante influencia sobre sus conductas sexuales y reproductivas. Así, las familias “bien constituidas”, con padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector. Los adolescentes provenientes de esas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener una iniciación sexual temprana y relaciones sexuales sin protección y, por lo tanto, de quedar embarazada o embarazar a su pareja.

En una investigación realizada con adolescentes entre 15 y 18 años se determinó que las mujeres que no conviven con la madre ni con el padre registran la mayor frecuencia de conductas de riesgo, su falta de cuidado en materia de anticonceptivos es tres veces más frecuente en la primera relación y casi nueve veces más frecuente en la última relación que la registrada por las chicas que conviven con ambos progenitores (Pantelides, Geldetein e Infesta, 1995).

En el análisis relacional de la familia, y según diferentes autores, es posible centrarse en variables como el estilo y la competencia familiar (Beavers y Hampson, 1995); en el afecto, la comunicación, las barreras, las alianzas, la adaptabilidad y la competencia familiar (Kinston, Loader y Miller, 1987), o, como hacen Olson y sus colaboradores (Olson, 1993; Olson, Bell y Portner, 1982; Olson, Russell y Sprenkle, 1980; Olson, Sprenkle y Russell, 1979; Russell, 1979; Sprenkle y Olson, 1978), ocuparnos de lo que podemos considerar el destilado relacional de la familia: la cohesión y la adaptabilidad (López, 2002).

La cohesión, según Olson, Russell y Sprenkle (1980), citado en López, 2002 se define como «los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan. La adaptabilidad es «la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo.

Para Vives (1996), controlar eficazmente la fecundidad, un individuo necesita primero tomar conciencia de que es susceptible de embarazar o quedar embarazada. En este sentido los mensajes que promueven la postergación de la sexualidad y la abstinencia, pueden tener un efecto contrario al buscado, ya que hacen que el sujeto inconscientemente sienta que es posible dejar de ser susceptible de embarazarse, y por tanto, no decida deliberadamente el controlar su fecundidad mediante el uso de algún método anticonceptivo. Por otro lado, la brecha entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos, además de estar mediado por el costo y disponibilidad de los mismos, es posible que tenga relación con la perspectiva del deseo inconsciente del

embarazo aportada por Vives (Núñez y otros, 2003).

A la postre, se manifiesta que el embarazo no deseado en los adolescente es consecuencia de falta de acceso a información en planificación familiar, salud sexual y reproductiva, los factores socioculturales que juegan un papel importante debido al tabú de las relaciones prematrimoniales de los adolescentes, por consiguiente están temerosos de encontrarse familiares, vecinos o amigos en los servicios de salud (De Irala, 2007).

Cabe destacar, que al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz (A la Torre y Taquín, 1991).

Dentro del componente social la mujer cumple un rol que se observa desde su trabajo, su nivel educativo, la aptitud frente a la salud sexual y reproductiva entre otros, “el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga.

El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud” (Reyes, 2005. p -18).

La extensión de la escolarización y la apertura de opciones de vida distintas a la maternidad sólo se irán produciendo conforme se vayan modificando las estructuras sociales y culturales que ahora los limitan. En tanto esto sucede, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas entre los y las adolescentes probablemente

tendrán poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo (Stern, 1997). Además, las condiciones sociales y culturales en las que tiende a ocurrir el embarazo adolescente, tienen mucho más peso que la edad y los factores biológicos relacionados con ésta (Stern, 1997). Para Grinder (citado por Salazar, Álvarez, Maestre, León y Pérez (2006), el mayor riesgo observado en el embarazo precoz depende más de las variables socioculturales que de las fisiológicas, si bien se condicionan entre sí. Frecuentemente es un embarazo no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja y en muchos casos fortuita u ocasional, lo cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros; comportamiento que generalmente conduce a la detección y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento.

Por otra parte, para demostrar su feminidad las adolescentes, tienen mayores conflictos a causa de los mensajes contradictorios que reciben cotidianamente en relación con la sexualidad. Desde muy temprana edad, se les inculca pautas de comportamientos sexual sumamente estrictas, lo que implica mantenerse vírgenes hasta el momento del matrimonio, siendo el recato y la pasividad sexual considerados como valiosos atributos femeninos; pero el medio ambiente que las rodea, sobre todo si es urbano, las alienta a la participación sexual. Esto es apoyado por mensajes que les muestra una imagen femenina muchas veces muy diferente a ellas y que expresa abiertamente su sexualidad (Cruz y Romero, 2004). Según Monrroy, Morales y Velasco, (1988), existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), y falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

La concepción ideal de la sexualidad se ha desvirtuado a lo largo de la historia, pues la conducta sexual y las relaciones de pareja se han determinado, en última instancia, por la base económica de la sociedad. Se constata en las particularidades que ha tenido en las diferentes formaciones económicas sociales, el papel de la mujer y sus

relaciones en el proceso productivo, donde la formación de matrimonios y familias constituye una vía para conservar la propiedad (Libertad y Reyes, 2003).

Como un factor de capital importancia en la incidencia y consecuencia del embarazo adolescente se señala la condición de discriminación hacia las mujeres prevaleciente en la mayor parte del mundo lo que se manifiesta con la sexualidad y la reproducción donde el varón impone la definición en la relación de pareja dejando muy poco espacio a la mujer para exigir un trato responsable de parte de su compañero lo que la expone a un embarazo no planeado, entre otros problemas (Zeidentein, 1989).

Reyes (2005), considera que el machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador, en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

También se evidencia que el machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria (Zelaya, 1996).

A nivel subjetivo, se ha postulado que las conductas, incluidas las sexuales, son una consecuencia de los conocimientos, percepciones y actitudes de los sujetos. De acuerdo con los principios del modelo de creencias sobre salud de Becker & Maiman, la conducta individual, en este caso frente a un posible embarazo se ve determinada por la percepción de la propia vulnerabilidad, la gravedad del problema que se enfrenta, la posibilidad de resolverlo, los costos de la prevención y su eficacia y la disponibilidad y calidad de la información con la que se cuenta (Becker & Maiman, 1983).

Craig (1997), plantea que los adolescentes se ven obligados a confrontar aspectos de la moralidad que nunca habían encarado. Encontrando que el conjunto de valores del adolescente depende parcialmente del desarrollo cognoscitivo y que son producto principalmente de sus experiencias con los juicios morales. Paralelo al desarrollo moral su desarrollo sexual va permeando todos los ámbitos de su personalidad exigiéndole al

adolescente tomar una posición sobre lo que significan su sexualidad y las relaciones interpersonales. Este proceso de formación de su identidad incluye el establecimiento de su identidad sexo biológico, su identidad de género y su orientación o preferencia sexual (Londoño, sf).

De otro lado, la OPS (2000), considera que la educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica.

De igual forma, la presentación del ENP en adolescentes como problema social, generalmente, este es vinculado al crecimiento desmesurado de la población y el incremento de males sociales como la pobreza, la drogadicción, la delincuencia y la prostitución, entre otros (Prada, Singh y Wulf, 1989).

Con relación a lo anterior, la parte socioeconómica juega un papel preponderante en la predisposición al embarazo, encontrándose diferencias entre las adolescentes de estratos bajo y altos; según Flores, (2005) las adolescentes del estrato bajo inician relaciones sexuales, se unen y son madres mucho más temprano y más rápido que las del estrato alto, lo cual está asociado tanto al pronto inicio de relaciones sexuales como al de las uniones. Aunque la planificación familiar juega un papel importante, su uso empieza después de que han iniciado relaciones sexuales. Esto se basa en la percepción de invulnerabilidad que tienen las adolescentes, en la creencia infundada de efectos secundarios, y en la creencia que no se necesitan métodos de control en la primera relación.

Por otra parte, los procesos individuales también forman parte importante como factores de riesgo asociados a la ocurrencias de embarazo en las adolescentes, entre ellos la formación de una personalidad inestable, el consumo de sustancias psicoactivas y de alcohol, una mala condición preventiva ante el embarazo entre otros. Según Silver (1997), son muchos las condiciones individuales que predisponen al embarazo

adolescente entre ellos: dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquia precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, y madres que han estado embarazadas en adolescencia.

Siguiendo con los factores individuales la parte psicológica, es también, un factor preponderante en las situaciones de ENP adolescente, “durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia” (Houston & Armstrong, 1985, p-1).

Houston & Armstrong (1985), reconoce a nivel de los factores psicológicos que están enmarcados en la parte individual algunas causas que predisponen al embarazo en las adolescentes:

1. Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
2. Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
3. Para castigar a los padres por su incompreensión.
4. Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
5. Agradar al novio.

Con respecto a la parte de la planificación ante el embarazo en adolescentes, se destaca la connotación como un evento no planificado o no deseado que se da en la generalidad de las investigaciones, a una gestación en edades tempranas, por el costo

individual y social que tiene este hecho, particularmente si termina en un nacimiento (Caldas, 1993). Además, este hecho conlleva a una serie de repercusiones tanto en la madre como en el bebé, pues por sus características (madres adolescentes inexpertas, problemas económicos entre otros), podría verse seriamente afectados el embarazo cuando no es planeado representa mayor riesgo social, tanto para la madre como para la progenie (Lartigue, Vives, y Córdova, 1993).

Si bien el embarazo adolescente ha sido estudiado desde una perspectiva biopsicosocial desde hace décadas, llama la atención la escasa literatura existente en torno a su relación con los factores de personalidad.

Con respecto a lo anterior, dentro del componente individual es importante abordar el problema de la autoestima y la propia personalidad de las adolescentes; por el lado de la Autoestima se entiende que es un factor importante para poder establecer la situación afectiva, elementos mismos de la personalidad y lo que tiene que ver con el ajuste social con respecto a esto Gutiérrez, Pascasio, De la Cruz y Carrasco (2000, p22) exponen que “los estudios sobre salud mental en adolescentes han demostrado que la autoestima es un factor importante en el desarrollo de los aspectos de personalidad, adaptación social y emocional así como también en la salud mental en general”.

Por otra parte con respecto a lo anterior Vargas, Gambara y Botella (2006) exponen que la autoestima es uno de los constructos psicológicos que con mayor frecuencia se incluyen en los estudios que intentan explicar los comportamientos que afectan a la salud de los adolescentes. Cuando hablamos de los niveles de autoestima encontramos que la autoestima bajas está asociada a personalidades con timidez, ansiedad social y depresión, lo cual además influye en la adaptación a nuevas experiencias sociales, nivel de ansiedad, relaciones interpersonales, consumo de drogas y el embarazo adolescente (Montt, citado en Gutiérrez, 2000), estos problemas del embarazo en adolescentes es en parte el desencadenante de problemas de depresión por las implicaciones que tiene este fenómeno en la población de estudio y por otra parte esta etapa del desarrollo evolutivo sugiere una serie de cambios en los que los jóvenes se

ven frente a la obligación de establecer herramientas para la formulación de una identidad, “los jóvenes son uno de los grupos etéreos más propensos a sufrir depresión ya que en la etapa de la adolescencia se llevan a cabo procesos de cambio físico, psicológico, sociocultural y cognitivo que demandan e los jóvenes estrategias de afrontamiento que les permita establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal”(Blum, 2000, citado en Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004, p18)

Por otro lado Lipovsek, Mehryar, Zielinski, Magnani, & Castro (2002, citado en Valdivia y Molina en el 2003), plantean que las adolescentes embarazadas poseen un pobre autoconcepto de sí mismas, poca confianza en sí mismas, sentimientos ansiosos y depresivos, y además, Restrepo (1991, citado en Valdivia y Molina en el 2003), plantea la centralidad que tiene en el embarazo adolescente la baja autoestima.

La adolescencia es una etapa compleja del desarrollo, donde se consolidan gran parte de las características personales, y además, donde existe una cierta vulnerabilidad para la aparición de trastornos psicológicos y problemas psicosociales. (Vives, Lartigue, Díaz-Barriga, Legarreta, Salinas y Casanueva, 1992, citado en Valdivia y Molina, 2003).

Dentro de los determinantes del embarazo adolescente podemos incluir aquellos de índole personal como el haber sentido mayor tristeza durante la infancia, el presentar mayores actitudes receptivo – pasivas como parte de su forma de ser, la dificultad para pedir ayuda y tener pobres aspiraciones en la vida (Chaves y Gutiérrez, 2007), para Krausse (1988, citado Ávila, Cid, García, González, Rodríguez, 2000), emocionalmente el adolescente tiende a ser inestable, lo cual esta relacionado con la teoría de rasgos de personalidad de Eysenck en lo que respecta a la introversión-extraversión.

Por otra parte, Millán, Yevenez, Galvez y Bahamonde (1990, citado en Valdivia y Molina, 2003) encontraron que existen sentimientos de inseguridad, culpa y la tendencia a apartarse del grupo social, en adolescentes en estado de embarazo.

Finalmente Lehalle, (citado por González, 2000) analizan la sexualidad y vinculado a ello el embarazo de las adolescentes en relación con el desarrollo psicológico individual y la evolución social general destacando algunos factores como:

- La búsqueda de una identidad adulta en lo que lo sexual juega un papel fundamental.
- La influencia de los pares, relacionado al interés de ser normal.
- La incidencia de los medios de comunicación, que más bien estimula a las relaciones sexuales.
- La presión de los padres, maestros y representantes de instituciones vinculadas con los adolescentes, con posiciones muchas veces ambivalentes y en general coercitivas en torno a la sexualidad, que transmiten sentimientos de inseguridad y culpa e impiden el establecimiento de relaciones sexuales responsables.

De igual forma, Palacio, (2005), describe otros factores, relacionados al embarazo adolescentes, denominado como sociodemográficos. Los cuales denotan las siguientes características:

- **Edad:** El embarazo en adolescentes es un hecho que se observa con más frecuencia en los últimos años y, lo que es más grave; se produce en edades cada vez menores. Se observa que a mayor edad de la adolescente, mayor número de embarazos, siendo el grupo poblacional de mayor incidencia de 15 a 19 años.
- **Estado Civil:** La soltería en las adolescentes embarazadas significa una unión inestable con sus parejas generalmente limitada al momento de la concepción; de otro lado la convivencia también puede significar un mayor riesgo a la ruptura de la pareja, conllevando en ambos casos a una mayor susceptibilidad de la adolescente a enfrentar sola su embarazo y/o maternidad.
- **Grado de escolaridad:** El nivel educativo y la fecundidad adolescente se relacionan directamente ya que a mayor educación menor número de embarazos; como también relacionan el bajo nivel educativo con la iniciación

sexual precoz, lo cual tiene que ver con la falta de proyectos de vida.

- Ocupación: El bajo nivel económico obliga a trabajar antes que estudiar. Las jóvenes con bajo nivel de rendimiento escolar, que sufren graves problemas económicos en el hogar tienen una mayor incidencia de embarazo.

- Región de nacimiento: lugar de procedencia de las adolescentes en estado de embarazo; teniendo en cuenta origen urbano o rural.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de Investigación

Se trata de una investigación cuantitativa, de tipo descriptivo y de corte transversal, tuvo como finalidad describir las características sociodemográficas, tipos de familias y características individuales (autoestima y personalidad) de las adolescentes con ENP. La información obtenida fue estudiada mediante un análisis de contingencia que permitió describir las variables mencionadas anteriormente ubicándolas en los rangos de edad respectivos.

5.2. Variables de estudio

Las variables de estudio asociadas al embarazo no planeado en adolescentes de la **comuna 5** se operacionalizan en el siguiente cuadro:

Tabla n° 1 *Operacionalización de Variables.*

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	MICROVARIABLES	OPERACIONALIZACION
FACTORES PSICOSOCIALES	El concepto de factores psicosociales consiste en interacciones entre el individuo, el medio ambiente, las condiciones sociales, su cultura y situaciones personales (por ejemplo, personalidad y actitudes) todo lo cual, a través de percepciones y	Sociodemográfica. Combinación de características sociológicas y demográficas.	Encuesta sociodemográfica relacionados al embarazo adolescente diseñada por los investigadores de este proyecto. Edad, sexo, Lugar de procedencia, estrato socioeconómico, educación sexual.

experiencias, pueden influir en la salud, el rendimiento y la salud del individuo	<p>Autoestima. La consideración positiva o negativa de uno mismo.</p>	<p>La Escala de Autoestima de Rosenberg. Alta: 30-40. Media: 26-29. Baja: menor a 25.</p>
	<p>Personalidad. Conjunto de modalidades adaptativas que el individuo utiliza en su contacto cotidiano con el ambiente en que se desenvuelve, es el conjunto, relativamente durable, de rasgos y patrones de conducta que presiden el conjunto de situaciones interpersonales características de la vida humana.</p>	<p>Inventario de personalidad EPQ-R. Extraversión: De 13 a 17. Introversión: De 0 a 9. Neuroticismo: Alto 16 -20; Bajo 0 a 10. Psicoticismo: Alto 13 a 19; Bajo 0 a 10. Labilidad emocional: Alto 12 a 16; Bajo 0 a 9</p>
	<p>Dinámica familiar. Mescla de sentimientos, comportamiento y expectativas entre cada miembro de la familia que permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y que les da sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los otros miembros. Un mal funcionamiento de la dinámica familiar puede desarrollar familias funcionales o disfuncionales.</p>	<p>Cuestionario FACES III). (ver anexo nº 1)</p>

5.3. Tipo de diseño.

Para el presente estudio se empleó el diseño descriptivo transversal. Este diseño recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir

variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado; es decir indaga los valores en que se manifiesta una o más variables, cuyo procedimiento consiste en medir en un grupo de personas u objetos, una o más variables y proporcionar su descripción (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

5.4. Población y Muestra.

La población estuvo conformada por 53 mujeres en estado de ENP comprendidas entre las edades de 12 a 19 años, pertenecientes a la comuna 5 de la ciudad de Santa Marta, adscritas a los programas de Madres Fami del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) seccional Magdalena, encargado de realizar un acompañamiento a las madres gestantes y lactantes en sus procesos.

Dada la finitud de la población, se tomó como muestra el total de la población. Su selección se basó en un tipo de muestreo intencionado llamado también muestras dirigidas, pues la elección de sujetos u objetos de estudio dependen del criterio del investigador (Hernández y cols, 2006).

Tabla nº 2 *Población adolescentes embarazo no planeado de la Comuna 5 por barrios.*

Barrios de la Comuna 5	<u>n</u>	<u>%</u>
17 de Diciembre	3	5.6%
Luis Carlos Galán	4	7.5%
Altos Delicias	5	9.4%
Pantano	5	9.4%
Juan XXIII	4	7.5%
Ondas del Caribe	7	13.2%
Santa Fe	4	7.5%
María Cristina	1	1.8%
Chimila I	1	1.8%
Chimila II	7	13.2%
Divino Niño	6	11.3%
Fundadores	2	3.7%

Luis R. Calvo	4	7.5%
TOTAL	53	100%

5.5. Instrumentos de recolección de la información.

➤ Encuesta sociodemográfica para adolescentes en ENP: consta de 7 ítems con escalas numéricas y dicotómicas que evalúa los aspectos sociodemográficos tales como: edad, educación, educación sexual, estrato socioeconómico, ocupación, estado civil y lugar de procedencia.

➤ El tipo de personalidad, se midió mediante los criterios del Inventario de personalidad EPQ-R (Eysenck, Eysenck y Barret, 1985) Adaptación de Aguilar, Tous y Andrés (1988). El test busca evaluar los rasgos de extraversión, psicotismo y neuroticismo.

Se debe contestar a cada pregunta con un SI o un NO. No hay respuestas correctas, ni incorrectas, ni preguntas con trampa.

Para el uso adecuado del EPQ R, se realizó el respectivo pilotaje de la prueba con 20 adolescentes en ENP obteniendo los siguientes resultados:

A partir de la clave de corrección se calcularon las fiabilidades de las escalas E, N, P y L mediante el coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach), obteniendo una consistencia interna de 0.78. Éstas se presentan en la siguiente tabla:

Tabla n° 3. *Fiabilidad del instrumento EPQ-R.*

Fiabilidad (Alfa de Cronbach)	
Factores	A
E	0,80
N	0,86
P	0,71

L	0,77
Total	0.78

➤ Para medir el nivel de autoestima se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg, la cual ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en 53 países, incluido Colombia. Esta Escala de Autoestima de Rosenberg consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40.

La escala de autoestima de Rosenberg, tiene 10 reactivos que se responden desde “muy en desacuerdo” a “muy en acuerdo”. Cada uno se puntúa de 1 a 4, habiendo 5 reactivos inversos (1, 3, 4,6, y 7).

Los rangos para determinar el nivel de autoestima son:

- ❖ 30 a 40 puntos – autoestima elevada, considerada como un nivel de autoestima normal
- ❖ 26 a 29 puntos – autoestima media, este nivel indica que no se presentan problemas de autoestima graves, sin embargo sería conveniente mejorarla.
- ❖ Menos de 25 puntos – autoestima baja, en este tipo de rango existen problemas de autoestima significativos.

Se efectuó el coeficiente de Alfa de Cronbach por trabajar con escalas politómicas (Autoestima), obteniendo una consistencia interna de 0.85

En referencia a la fiabilidad de la escala, ésta ha mostrado buenos niveles de consistencia interna y de estabilidad temporal tras el los resultados del pilotaje realizado, en consonancia con anteriores estudios (Rosenberg, 1989).

➤ Las características familiares de las adolescentes con ENP se evaluó con el cuestionario de adaptación y cohesión familiar FACES III, que consta de 20 items con escala tipo Liker validado Por Martinez, Iraurgi, Galindez, Sanz, (2005).

FACES III en español es un instrumento con un proceso de medición fiable y válido, el cual arrojó un alfa de Cronbach de 0,88.

Tabla nº 4 fiabilidad FACES III

FIABILIDAD (ALFA DE CRONBACH)	
ITEM	
A2	0.85
A3	0.85
A6	0.84
A7	0.85
A9	0.86
A12	0.85
A14	0.85
A16	0.84
A18	0.86
A20	0.84
TOTAL AF	0.87
C1	0.87
C4	0.88
C5	0.88
C8	0.88
C10	0.88
C11	0.88
C13	0.88
C15	0.89
C17	0.88
C19	0.88
TOTAL CF	0.89
TOTAL DE LA ESCALA	0.88

AF: Adaptabilidad Familiar

AC: Cohesión Familiar.

6. Procesamiento de la Información

El procesamiento de la información se realizó en forma computarizada mediante la utilización del software estadístico SPSS 15 para Windows, inicialmente se calificaron de manera individual los Cuestionarios, luego se digitaron los datos obtenidos por cada uno de los participantes, con base en esta información se realizó un análisis descriptivo utilizando tablas de contingencia que permitió saber dentro de los rangos de edad que adolescentes se encontraba dentro de las variables psicológicas utilizadas en este estudio. Estas tablas permitieron obtener una descripción cuantitativa de las distintas cualidades de la muestra, en forma de frecuencias y porcentajes.

7. Aspectos éticos involucrados en la investigación

La presente investigación no presentó riesgo para la salud de los participantes, no obstante, se tuvo en cuenta lo estipulado en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (de entonces), por la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Igualmente, estuvo sometida a lo dictaminado en la Ley 1090 de 2006 por el cual se reglamenta el Código Deontológico y Ético del Psicólogo

8. RESULTADOS

La presentación de los resultados de esta investigación inicia con la identificación sociodemográfica de las adolescentes con ENP de la comuna 5 de la ciudad de Santa Marta que participaron en la investigación. Luego, las características familiares de las adolescentes con ENP obtenidos por medio de la aplicación del FACES III y por último se muestran las características individuales de la población estudiada (autoestima y personalidad).

La investigación contó con la participación de 53 adolescentes con ENP pertenecientes a la comuna 5 de la ciudad de Santa Marta a quienes se les aplicó una encuesta sociodemográfica, la escala de autoestima de Rosemberg, el FACES III y el instrumento para la evaluación de la personalidad EPQ-R.

Respecto a los datos sociodemográficos de las adolescentes con ENP de la comuna 5 de la ciudad de Santa Marta:

Estadísticos descriptivos

Tabla n° 5. *Edad de las adolescentes con ENP.*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	53	12	19	16,19	1,932
N válido (según lista)	53				

En la tabla n°5 las evaluadas presentaron un rango de edad de 12 a 19 años, con una edad promedio de 16 años y un mes, con una desviación estándar de 1.9 meses.

Tabla n° 6. *Rango Edad*

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 1 (12 -16 años)	25	47,2%
2 (17 a 19 años)	28	52,8%
Total	53	100,0%

En la tabla n° 6 se describe el grupo de edades, donde el 47% de las adolescentes con ENP presentaron edades comprendidas entre 12 a 16 años y el 53% aproximadamente con edades comprendidas entre 17 y 19 años.

Tabla n° 7. *Tabla de contingencia Estado Civil * Rango Edad*

			RANGO EDAD		Total
			1	2	
Estado Civil	Casada	Recuento	1	0	1
		% de Estado Civil	100,0%	,0%	100,0%
		% del total	1,9%	,0%	1,9%
Unión Libre	Unión Libre	Recuento	21	24	45
		% de Estado Civil	46,7%	53,3%	100,0%
		% del total	39,6%	45,3%	84,9%
Soltera	Soltera	Recuento	3	4	7
		% de Estado Civil	42,9%	57,1%	100,0%
		% del total	5,7%	7,5%	13,2%
Total	Total	Recuento	25	28	53
		% de Estado Civil	47,2%	52,8%	100,0%
		% del total	47,2%	52,8%	100,0%

En la tabla n° 7 se puede evidenciar que del 100% de las adolescentes con ENP, el 85% de las adolescentes se encuentran en unión libre: 40% con edades entre 12 y 16 años (rango 1, agrupando el 47% de la muestra de estudio) y 45% con edades entre 17 a 19 años

(rango2, agrupando aproximadamente al 53% de la muestra de estudio). Para el caso de las del rango 1 el 7% restante se repartió entre las casadas y solteras, y en las del rango 2 el 8% restante se encuentran solteras.

Tabla n° 8. *Tabla de contingencia Ocupación * Rango Edad*

			RANGO EDAD		Total
			1	2	
Ocupación	Estudiante	Recuento	7	7	14
		% de Ocupación	50,0%	50,0%	100,0%
		% del total	13,2%	13,2%	26,4%
	Ama de casa	Recuento	17	21	38
		% de Ocupación	44,7%	55,3%	100,0%
		% del total	32,1%	39,6%	71,7%
	Empleada de hogar	Recuento	1	0	1
		% de Ocupación	100,0%	,0%	100,0%
		% del total	1,9%	,0%	1,9%
Total		Recuento	25	28	53
		% de Ocupación	47,2%	52,8%	100,0%
		% del total	47,2%	52,8%	100,0%

En la tabla n° 8 se puede evidenciar que del 100% de las adolescentes con ENP, el 72% de las adolescentes son amas de casa: 55% con edades entre 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 39% de la muestra de estudio) y 45% con edades entre 12 a 16 años (rango1, agrupando aproximadamente al 53% de la muestra de estudio). El 26% de la población, corresponden a las adolescentes con ENP que son estudiantes: 50% con edades entre los 12 y los 16 años (rango1, agrupando el 13% de la muestra de estudio) 50% con edades entre los 17 y los 19 años (rango 2, agrupando el 13% de la muestra de estudio). El 2% restante equivale a una adolescente con ENP que se dedica a empleos domésticos ubicada en el rango 1 con edades entre los 12 y los 16 años.

Tabla n° 9. *Tabla de contingencia Grado de escolaridad * Rango Edad*

			RANGO EDAD		Total
			1	2	
Grado de escolaridad	No asistí al colegio	Recuento % de Grado de escolaridad % del total	4 80,0% 7,5%	1 20,0% 1,9%	5 100,0% 9,4%
	Primaria incompleta	Recuento % de Grado de escolaridad % del total	4 80,0% 7,5%	1 20,0% 1,9%	5 100,0% 9,4%
	Secundaria incompleta	Recuento % de Grado de escolaridad % del total	11 44,0% 20,8%	14 56,0% 26,4%	25 100,0% 47,2%
	Secundaria completa	Recuento % de Grado de escolaridad % del total	5 35,7% 9,4%	9 64,3% 17,0%	14 100,0% 26,4%
	Superior incompleto	Recuento % de Grado de escolaridad % del total	0 ,0% ,0%	1 100,0% 1,9%	1 100,0% 1,9%
	intermedio incompleto	Recuento % de Grado de escolaridad % del total	1 50,0% 1,9%	1 50,0% 1,9%	2 100,0% 3,8%
	Intermedio Completo	Recuento % de Grado de escolaridad % del total	0 ,0% ,0%	1 100,0% 1,9%	1 100,0% 1,9%
	Total	Recuento % de Grado de	25 47,2%	28 52,8%	53 100,0%

escolaridad			
% del total	47,2%	52,8%	100,0%

En la tabla n° 9, del 100% de las adolescentes con ENP, el 47% de las adolescentes han realizado **la secundaria incompleta**, 56% con edades entre 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 26% de la muestra de estudio) y 44% con edades entre 12 a 16 años (rango 1, agrupando aproximadamente al 21% de la muestra de estudio). El 26% de la población, corresponden a las adolescentes con **estudios secundario completos**: 64% con edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 17% de la muestra de estudio) 36% con edades entre los 12 y los 16 años (rango 1, agrupando el 9% de la muestra de estudio). El 9% de la población **no ha terminado sus estudios primarios**, 80% con edades entre los 12 y 16 años (rango 1, agrupando el 7% de la muestra de estudio) y 20% con edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 2% de la muestra de estudio). Así mismo, el 9% de la población de adolescentes con ENP, **no han asistido al colegio**. 80% con edades entre los 12 y 16 años (rango 1, agrupando el 7% de la muestra de estudio) y 20% con edades entre los 17 y 19 años (de la muestra de estudio). El 4% de las adolescentes tienen **estudios intermedios incompletos**, el 50% con edades entre los 12 y 16 años (rango 1, agrupando el 2% de la muestra de estudio) el 50% restante comprende las edades de 17 a 19 años (rango 2, agrupando el 2% de la muestra de estudio). El 2% restante equivale a una adolescente con ENP realizó estudios intermedio completo, ubicada en el rango 2 con edades entre los 17 y los 19 años agrupando el 2% de la población.

Tabla n° 10. *Tabla de contingencia Lugar de Procedencia * Rango Edad*

			RANGO EDAD		Total
			1	2	
Lugar de Procedencia	Urban o	Recuento	20	18	38
		% de Lugar de Procedencia	52,6%	47,4%	100,0%
		% del total	37,7%	34,0%	71,7%

Total	Rural	Recuento	5	10	15
		% de Lugar de Procedencia	33,3%	66,7%	100,0%
		% del total	9,4%	18,9%	28,3%
		Recuento	25	28	53
		% de Lugar de Procedencia	47,2%	52,8%	100,0%
		% del total	47,2%	52,8%	100,0%

En la tabla n° 10, del 100% de las adolescentes con ENP, el 72% son prevenientes del **sector urbano**, 53% en edades de los 12 a los 16 años (rango 1, agrupando el 38% de la muestra de estudio) y 47% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 34% de la muestra de estudio). El 28% restante son prevenientes del **sector rural**, 33% en edades entre los 12 y los 16 años (rango 1, agrupando el 9% de la muestra de estudio) y 67% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 19% de la muestra de estudio).

Tabla n° 11. *Tabla de contingencia estrato socioeconómico * Rango Edad*

			RANGO EDAD		Total
			1	2	
Estrato Socioeconómico	medio 2-3	Recuento	5	11	16
		% de Estrato Socioeconómico	31,3%	68,8%	100,0%
		% del total	9,4%	20,8%	30,2%
	bajo 0-1	Recuento	20	17	37
		% de Estrato Socioeconómico	54,1%	45,9%	100,0%
		% del total	37,7%	32,1%	69,8%
Total		Recuento	25	28	53
		% de Estrato Socioeconómico	47,2%	52,8%	100,0%
		% del total	47,2%	52,8%	100,0%

En la tabla n° 11, del 100% de las adolescentes con ENP, el 70% provienen de **estratos socioeconómicos bajos**, 54% en edades de los 12 a los 16 años (rango 1, agrupando el 38% de la muestra de estudio) y 46% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 32% de la muestra de estudio). El 30% restante son provenientes de **estratos socioeconómicos medios**, 31% en edades entre los 12 y los 16 años (rango 1, agrupando el 9% de la muestra de estudio) y 69% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 21% de la muestra de estudio).

Tabla n° 12. *Tabla de contingencia Actualmente convives con * Rango Edad*

			RANGO EDAD		Total
			1	2	
Actualmente convives con	Padres y Hermanos	Recuento	1	2	3
		% de Actualmente convives con % del total	33,3%	66,7%	100,0%
			1,9%	3,8%	5,7%
	Mamá y Hermanos	Recuento	1	1	2
		% de Actualmente convives con % del total	50,0%	50,0%	100,0%
			1,9%	1,9%	3,8%
	Sólo con Mamá	Recuento	2	1	3
		% de Actualmente convives con % del total	66,7%	33,3%	100,0%
			3,8%	1,9%	5,7%
	Con mi pareja/cónyuge	Recuento	21	23	44
		% de Actualmente convives con % del total	47,7%	52,3%	100,0%
			39,6%	43,4%	83,0%
	Otro	Recuento	0	1	1
		% de Actualmente convives con % del total	,0%	100,0%	100,0%
			,0%	1,9%	1,9%
Total		Recuento	25	28	53

% de Actualmente convives con % del total	47,2%	52,8%	100,0%
	47,2%	52,8%	100,0%

En la tabla n° 12, del 100% de las adolescentes con ENP, el 83% **conviven con su pareja o cónyuge**, 48% en edades de los 12 a los 16 años (rango 1, agrupando el 40% de la muestra de estudio) y 52% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 43% de la muestra de estudio). El 6% de las participantes actualmente **conviven con sus padres y hermanos**, 67% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 4% de la muestra) y el 33% comprendidas en edades de 12 y 16 años (rango 1 agrupando el 2% de la población). Siguiendo con el análisis, las adolescentes con ENP, el 6% actualmente **conviven con sus madres**, 67% en edades entre los 17 y 19 años (rango 1, agrupando el 4% de la muestra) y el 33% comprendidas en edades de 12 y 16 años (rango 2, agrupando el 2% de la población). El 4% de la población actualmente se encuentran con **sus madres y hermanos**, el 50% se encuentran en edades entre los 12 y 16 años (rango 1, que representa el 2% de la muestra), y el otro 50% están en el rango 2 (17 y 19 años) y constituyen el 2% de la población total vinculadas a la investigación. Solo el 2% de las participantes conviven con **otros**, 100% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 2% de la población general de adolescente con ENP).

Tabla n° 13. *Tabla de contingencia Dependencia económica * Rango Edad*

			RANGO EDAD		Total
			1	2	
Dependencia económica	De mis padres	Recuento	4	5	9
		% de Dependencia económica	44,4%	55,6%	100,0%
		% del total	7,5%	9,4%	17,0%
	De la pareja/cónyuge	Recuento	21	21	42
		% de Dependencia económica	50,0%	50,0%	100,0%

	% del total	39,6%	39,6%	79,2%
Otro	Recuento	0	1	1
	% de Dependencia económica	,0%	100,0%	100,0%
	% del total	,0%	1,9%	1,9%
De mis padres y mi pareja	Recuento	0	1	1
	% de Dependencia económica	,0%	100,0%	100,0%
	% del total	,0%	1,9%	1,9%
Total	Recuento	25	28	53
	% de Dependencia económica	47,2%	52,8%	100,0%
	% del total	47,2%	52,8%	100,0%

En la tabla n° 13, del 100% de las adolescentes con ENP, el 79% **dependen económicamente de su pareja o cónyuge**, 50% en edades de los 12 a los 16 años (rango 1, agrupando el 40% de la muestra de estudio) y 50% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 40% de la muestra de estudio). El 17% **dependen económicamente de sus padres**, 44% en edades entre los 12 y los 16 años (rango 1, agrupando el 7% de la muestra de estudio) y 56% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 9% de la muestra de estudio). El 4% restante corresponde a las adolescentes que **dependen económicamente de los padres y pareja y otros** cada uno con un 2% (rango 2, agrupando el 4% de la muestra de estudio).

Tabla n° 14. *Tabla de contingencia la información que tiene sobre educación sexual es *
Rango Edad.*

			RANGO EDAD		Total
			1	2	
La información que tiene sobre educación sexual es	Bastante	Recuento	2	3	5
		% de La información que tiene sobre educación sexual es	40,0%	60,0%	100,0%
		% del total	3,8%	5,7%	9,4%
	Lo necesario	Recuento	16	21	37
		% de La información que tiene sobre educación sexual es	43,2%	56,8%	100,0%
		% del total	30,2%	39,6%	69,8%
	Regular	Recuento	4	4	8
		% de La información que tiene sobre educación sexual es	50,0%	50,0%	100,0%
		% del total	7,5%	7,5%	15,1%
	Escasa	Recuento	1	0	1
		% de La información que tiene sobre educación sexual es	100,0%	,0%	100,0%
		% del total	1,9%	,0%	1,9%
Ninguna	Recuento	2	0	2	
	% de La información que tiene sobre educación sexual es	100,0%	,0%	100,0%	
	% del total	3,8%	,0%	3,8%	
Total		Recuento	25	28	53

% de La información que tiene sobre educación sexual	47,2%	52,8%	100,0%
% del total	47,2%	52,8%	100,0%

En la tabla n° 14, del 100% de las adolescentes con ENP, el 70% tienen **lo necesario en cuanto a información relacionada con la educación sexual**, 43% en edades de los 12 a los 16 años (rango 1, agrupando el 30% de la muestra de estudio) y 57% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 40% de la muestra de estudio). El 15% **tienen información regular con respecto a la educación sexual**, 50% en edades entre los 12 y los 16 años (rango 1, agrupando el 7% de la muestra de estudio) y 50% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 7% de la muestra de estudio). El 9% **posee bastante información con respecto a la educación sexual**, 40% en edades entre los 12 y los 16 años (rango 1, agrupando el 4% de la muestra de estudio) y 60% en edades entre los 17 y los 19 años (rango 2, agrupando el 6% de la muestra de estudio). El 4% **no posee información alguna con respecto a la educación sexual**, 100% en edades de 12 a 16 años (rango 1, agrupando el 4% de la muestra de estudio). El 2% **posee escasa información sobre educación sexual**, 100% en edades de 12 a 16 años (rango 1, agrupando el 2% de la muestra de estudio).

Tabla n° 15. *Tabla de contingencia el motivo que te llevó a tener relaciones sexuales **

Rango Edad.

			RANGO EDAD		Total
			1	2	
El motivo que te llevó a tener relaciones sexuales	Tu enamorado te lo pidió	Recuento	2	2	4
		% de El motivo que te llevó a tener relaciones sexuales	50,0%	50,0%	100,0%
		% del total	3,8%	3,8%	7,5%

Tu lo quisiste	Recuento	2	3	5
	% de El motivo que te llevó a tener relaciones sexuales % del total	40,0% 3,8%	60,0% 5,7%	100,0% 9,4%
Decidieron los dos tenerlas	Recuento	20	22	42
	% de El motivo que te llevó a tener relaciones sexuales % del total	47,6% 37,7%	52,4% 41,5%	100,0% 79,2%
Te obligaron a tenerlas	Recuento	0	1	1
	% de El motivo que te llevó a tener relaciones sexuales % del total	,0% ,0%	100,0% 1,9%	100,0% 1,9%
Otro motivo	Recuento	1	0	1
	% de El motivo que te llevó a tener relaciones sexuales % del total	100,0% 1,9%	,0% ,0%	100,0% 1,9%
Total	Recuento	25	28	53
	% de El motivo que te llevó a tener relaciones sexuales % del total	47,2% 47,2%	52,8% 52,8%	100,0% 100,0%

En la tabla n° 15, del 100% de las adolescentes con ENP, el 79% **manifestaron haber tomado la decisión de tener relaciones sexuales en compañía de sus parejas**, 48% en edades de los 12 a los 16 años (rango 1, agrupando el 38% de la muestra de estudio) y 52% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 41% de la muestra de estudio). El 9% **tuvo relaciones sexuales porque así lo quiso**, 40% en edades entre los 12 y los 16 años (rango 1, agrupando el 4% de la muestra de estudio) y 60% en edades

entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 6% de la muestra de estudio). El 7% manifestó haber tenido **relaciones sexuales por demanda de la pareja**, 50% en edades de 12 a 16 años (rango 1, agrupando el 4% de la muestra de estudio) y el 50% en edades de 17 a 19 años (rango 2, agrupando el 4% de la muestra de estudio). El 4% manifestó haber tenido **relaciones sexuales obligadas y por otros motivos**, cada uno con un 2% (rango 1 y 2, agrupando el 4% de la muestra de estudio)

Tabla n° 16. Tabla de contingencia los medios de comunicación estimulan o influyen para que tengas relaciones sexuales * Rango Edad

			RANGO EDAD		
			1	2	Total
Los medios de comunicación estimulan o influyen para que tengas relaciones sexuales	Sí	Recuento	6	17	23
		% de Los medios de comunicación estimulan o influyen para que tengas relaciones sexuales % del total	26,1%	73,9%	100,0%
	No	Recuento	19	11	30
		% de Los medios de comunicación estimulan o influyen para que tengas relaciones sexuales % del total	63,3%	36,7%	100,0%
Total		Recuento	25	28	53
		% de Los medios de comunicación estimulan o influyen para que tengas relaciones sexuales % del total	47,2%	52,8%	100,0%

En la tabla n° 16, del 100% de las adolescentes con ENP, el 57% considera que **los medios de comunicación no estimulan ni influyen para tener relaciones sexuales**, 63% en edades de los 12 a los 16 años (rango 1, agrupando el 36% de la muestra de estudio) y 37% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 21% de la muestra de estudio). El 43% % considera que **los medios de comunicación estimulan e influyen para tener relaciones sexuales**, 26% en edades entre los 12 y los 16 años (rango 1, agrupando el 11% de la muestra de estudio) y 74% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 32% de la muestra de estudio).

Tabla n° 17. *Edad de Inicio de las Relaciones Sexuales.*

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 12	5	9,4
13	5	9,4
14	13	24,5
15	16	30,2
16	6	11,3
17	7	13,2
18	1	1,9
Total	53	100,0

En la tabla n° 17, del 100% de las adolescentes con ENP, el 30% **inició relaciones sexuales** a los 15 años, el 24% a la edad de 13 años, el 13% a los 17 años, el 11% a los 16 años, el 20% equivalen a las edades de 12 y 13 años y el 2% restantes **inicio relaciones** a los 18 años.

Tabla n° 18. Tabla de contingencia ha usado anteriormente métodos de Planificación familiar * Rango Edad * Tipo de método de planificación familiar que utiliza.

Tipo de método de planificación familiar que utiliza				RANGO EDAD		Total 1
				1	2	
No usa	Ha usado anteriormente métodos de Planificación familiar	No	Recuento	14	15	29
			% de Ha usado anteriormente métodos de Planificación familiar	48,3%	51,7%	100,0%
			% del total	26,4%	28,3%	54,7%
Pastillas	Ha usado anteriormente métodos de Planificación familiar	Sí	Recuento	5	1	6
			% de Ha usado anteriormente métodos de Planificación familiar	83,3%	16,7%	100,0%
			% del total	9,4%	1,8%	11,3%
Inyección	Ha usado anteriormente métodos de Planificación familiar	Sí	Recuento	2	6	8
			% de Ha usado anteriormente métodos de Planificación familiar	25,0%	75,0%	100,0%
			% del total	3,7%	11,3%	15,0%
Condón	Ha usado anteriormente métodos de Planificación familiar	Sí	Recuento	4	4	8
			% de Ha usado anteriormente métodos de	50,0%	50,0%	100,0%

		Planificación familiar			
		% del total	7,5%	7,5%	15,0%
DIU	Ha usado anteriormente métodos de Planificación familiar	Sí	Recuento	2	2
			% de Ha usado anteriormente métodos de Planificación familiar	100,0%	100,0%
			% del total	3,7%	3,7%

En la tabla n° 18 del 100% de las adolescentes con ENP, el 55% de la muestra **no emplean métodos de planificación familiar**, 52% en edades comprendidas entre los 17 y 19 años (rango 1, agrupando el 28% de la muestra de estudio) y 48% en edades entre los 12 y 16 años (rango 2, agrupando el 26% de la muestra de estudio). El 15% de la población estudiada, utilizan como método de planificación familiar **inyecciones anticonceptivas**, 75% de la muestra en edades que comprenden los 17 y 19 años (rango 2, agrupando 11% de la población total), el 25% se encuentran en las edades de 12 y 16 años (rango 1, agrupando el 4% de la población estudiada). De la misma forma, el 15% de las adolescentes con ENP, han usado como método anticonceptivo **el uso de preservativo (condón)**, (los rangos 1 y 2, representan el 15% de la población total estudiada). El 11% de las adolescentes con ENP, han usado como método de planificación familiar las **pastillas anticonceptivas**, 83% en edades entre los 12 y 16 años (rango 1, agrupando el 9% de la población estudiada), 17% comprenden las edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 9% de la muestra). 4% de las adolescentes han usado como método de anticoncepción el uso de **DIU**, el 100% comprenden edades entre los 17 y 19 años de edad (rango 2, agrupando el 4% de las adolescentes estudiadas).

Tabla n° 19. Tabla de contingencia Autoestima * Rango Edad

			RANGO EDAD		Total
			1	2	1
Autoestima	Bajo	Recuento	4	1	5
		% de Autoestima	80,0%	20,0%	100,0%
		% del total	7,5%	1,9%	9,4%
Autoestima	Medio	Recuento	4	3	7
		% de Autoestima	57,1%	42,9%	100,0%
		% del total	7,5%	5,7%	13,2%
Autoestima	Alto	Recuento	17	24	41
		% de Autoestima	41,5%	58,5%	100,0%
		% del total	32,1%	45,3%	77,4%
Total		Recuento	25	28	53
		% de Autoestima	47,2%	52,8%	100,0%
		% del total	47,2%	52,8%	100,0%

En la tabla n° 19, del 100% de las adolescentes con ENP, el 77% **tiene un nivel de autoestima alto**, tiene metas sanas y realizables, ideas constantes de progreso, tiene sentido del humor, siente aprecio sincero por ella como persona, le gustan las cualidades y disfrutar sus logros sin jactancia, se acepta a sí mismo, está conforme con lo que es, prefiere triunfar, el 58% con autoestima alta se encuentran en edades de los 17 a los 19 años (rango 2, agrupando el 45% de la muestra de estudio) y 41% en edades entre los 12 y 16 años (rango 1, agrupando el 32% de la muestra de estudio). El 13% **tiene un nivel de autoestima medio**, 57% en edades entre los 12 y los 16 años (rango 1, agrupando el 7% de la muestra de estudio) y 43% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 6% de la muestra de estudio) no presentan problemas de auto estima grave. El 9% restante, **tiene un nivel de autoestima bajo**, por lo que probablemente se pueden considerar como adolescentes que no tienen metas, no generan ideas de progreso, viven aburridas, deprimidas y con poco entusiasmo, tienen poco sentido del humor, por lo tanto son

normalmente tristes, no creen que su vida tenga sentido ni trascendencia, no aceptan su realidad, son tímidas e introvertidas, tienen la conversación pobre y sin entusiasmo, Prefieren que otros hablen de sus éxitos y tienen dificultad para socializarse, Son personas generalmente aisladas, Calladas y huidizas, Dificultad de integración al grupo, de estas el 80% en edades entre los 12 y los 16 años (rango 1, agrupando el 7% de la muestra de estudio) y el 20% en edades entre los 17 y 19 años (rango 2, agrupando el 7% de la muestra de estudio), 20% se encuentran en edades entre los 12 y 16 (rango 1, agrupando el 2% de la muestra).

Tabla n° 20. *Tabla de contingencia FACES III * Rango Edad.*

		RANGO EDAD			
FACES III	Categoría	1 (12 -16 años)	2 (17 -19 años)	Total	
Disfunción Leve	Caóticamente Semirrelacionada	2	4	6	52,8%
	Caóticamente Relacionada	4	3	7	
	Flexiblemente Disgregada	0	1	1	
	Flexiblemente Aglutinada	1	0	1	
	Estructuralmente Disgregada	1	0	1	
	Estructuralmente Aglutinada	3	3	6	
	Rígidamente Semirrelacionada	3	2	5	
	Rígidamente Aglutinada	0	1	1	
Disfunción Grave	Caóticamente Disgregada	1	4	5	18,9%
	Caóticamente Aglutinada	0	1	1	

	Rígidamente Disgregada	3	1	4	
Funcional	Flexiblemente Semirrelacionada	3	3	6	28,3%
	Flexiblemente Relacionada	1	0	1	
	Estructuralmente Semirrelacionada	3	3	6	
	Estructuralmente Relacionada	0	2	2	
Total		25	28	53	100%

En la tabla n° 20, del 100% de las adolescentes con ENP, el 53%, están vinculadas a una familia con disfuncionalidad leve y que se ubican en las subcategorías de familia caóticamente semirrelacionada , caóticamente relacionada, flexiblemente disgregada, flexiblemente aglutinada, estructuralmente disgregada, estructuralmente aglutinada, rígidamente semirrelacionada y rígidamente aglutinada. El 28% se encuentran vinculadas a familia funcionales y que se ubican en las subcategorías de familia flexiblemente semirrelacionadas y relacionadas; familias estructuralmente semirrelacionadas y relacionada. Y finalmente el 19% de las adolescentes se encuentran vinculadas a familias con disfuncionalidad grave y que se ubican en las subcategorías de familias caóticamente disgregada y aglutinada; rígidamente disgregada.

Tabla n° 21. *Tabla de contingencia EPQ-R Introversión-Extroversión * Rango Edad.*

			RANGO EDAD		Total
			1	2	
EPQ-R Introversión-Extroversión	Introversión	Recuento	11	8	19
		% de EPQ-R Introversión-Extroversión % del total	57,9%	42,1%	100,0%
	Media	Recuento	5	8	13
		% de EPQ-R Introversión-	38,5%	61,5%	100,0%

	Extroversión			
	% del total	9,4%	15,1%	24,5%
Extroversión	Recuento	9	12	21
	% de EPQ-R			
	Introversión-Extroversión	42,9%	57,1%	100,0%
	% del total	17,0%	22,6%	39,6%
Total	Recuento	25	28	53
	% de EPQ-R			
	Introversión-Extroversión	47,2%	52,8%	100,0%
	% del total	47,2%	52,8%	100,0%

En la tabla 21, se observa que el 39% de las adolescentes con ENP presenta extroversión, de las cuales aproximadamente el 57% se encuentra en el rango de 17 a 19 años (rango 2, comprendiendo el 23% de la muestra) y aproximadamente el 43% se ubica en el rango de 12 a 16 años (rango 1, agrupando el 17% de la muestra de estudio); presentando características como: sociables, les gustan las fiestas, su grupo de amigos tiende a ser numeroso, generalmente necesitan a alguien con quien hablar, anhela la excitación, se arriesga, frecuentemente se meten en todo, actúa por impulso del momento y generalmente pueden presentar impulsividad, le gustan las bromas, despreocupados, de fácil cambio, optimistas, sus sentimientos no se mantienen bajo un fuerte control.

Así mismo aproximadamente el 36% de las adolescentes con ENP se ubicaron en el polo de introversión, de las cuales aproximadamente el 58% se encuentran en el rango de 12 a 16 años (rango 1, agrupando el 21% de la muestra estudio) y el 42% con edad comprendidas de 17 a 19 años (rango 2, agrupando el 15% de la estudio), con las siguientes características: por lo general son tranquilas, retraídas, introspectivas, prefieren actividades en solitario como leer más que estar en compañía de otros, son reservadas y pueden mostrarse distantes, excepto con los amigos íntimos, los cuales generalmente son pocos, suelen ser previsoras, desconfían de sus impulsos del momento, poco les gusta salir a divertirse ya que consideran seriamente los asuntos cotidianos y disfrutar de un modo de

vida ordenado, controlan la expresión de sus sentimientos y tienen en gran estima las normas éticas.

Tabla n° 22. *Tabla de contingencia EPQ-R Neuroticismo * Rango Edad*

			RANGO EDAD		Total	
			1	2		
EPQ-R Neuroticismo	Neuroticismo Bajo	Recuento	12	10	22	
		% de EPQ-R Neuroticismo	54,5%	45,5%	100,0%	
		% del total	22,6%	18,9%	41,5%	
	Neuroticismo Alto	Recuento	11	12	23	
		% de EPQ-R Neuroticismo	47,8%	52,2%	100,0%	
		% del total	20,8%	22,6%	43,4%	
	Media Neuroticismo	Recuento	2	6	8	
		% de EPQ-R Neuroticismo	25,0%	75,0%	100,0%	
		% del total	3,8%	11,3%	15,1%	
	Total	Recuento		25	28	53
		% de EPQ-R Neuroticismo		47,2%	52,8%	100,0%
		% del total		47,2%	52,8%	100,0%

El 43,4% de las adolescentes con ENP presentaron un puntaje alto en la escala de Neuroticismo del EPQ -R, de los cuales aproximadamente el 48% tienen edades comprendidas entre los 12 a 16 años (rango 1, equivalentes aproximadamente al 21% de la muestra de estudio) y el 52% con edades comprendidas entre 17 a 19 años (rango 2, equivalentes al 26% de la muestra de estudio), presentando las siguientes características: se muestran ansiosas, preocupadas, con cambio de humor y frecuentemente presentan deprimidas, exageradamente emotivas, presenta reacciones fuertes a los estímulos, le cuesta volver a la normalidad después de cada experiencia que le provoque una elevación emocional.

El 41,5% de las adolescentes con ENP presentaron Neuroticismo bajo, de las cuales el 22,6% se encuentran en edades comprendidas entre 12 a 16 años (rango 1) y aproximadamente el 20% se encuentra de 17 a 19 años (rango 2)

Tabla n° 23. *Tabla de contingencia EPQ-R Psicoticismo * Rango Edad.*

			EPQ-R Psicoticismo			Total
			Psicoticismo Bajo	Psicoticismo Alto	Media Psicoticismo	
RANG O EDAD	1	Recuento	10	11	4	25
		% de RANGO EDAD	40,0%	44,0%	16,0%	100,0%
		% del total	18,9%	20,8%	7,5%	47,2%
	2	Recuento	7	12	9	28
		% de RANGO EDAD	25,0%	42,9%	32,1%	100,0%
		% del total	13,2%	22,6%	17,0%	52,8%
Total	Recuento	17	23	13	53	
	% de RANGO EDAD	32,1%	43,4%	24,5%	100,0%	
	% del total	32,1%	43,4%	24,5%	100,0%	

El 43,4 % de las adolescentes con ENP presento puntajes altos en la escala de Psicoticismo del EPQ-R), caracterizándose por tender a ser solitarias, despreocupadas de las personas, tienden a crearles problemas a los demás y no compaginan con los otros fácilmente, puede tener falta de empatía, presentar hostilidad y agresividad incluso hacia las personas afectivamente significativas, falta de sentimientos humanitarios hacia los otros. Tales adolescentes intentan suplir su falta de sentimientos entregándose a la búsqueda de sensaciones dolorosas sin pensar en los riesgos implicados, pueden llegar a presentar problemas de conducta; de las cuales el 44% se encuentra con un rango de edad entre los 12 a 16 años (rango 1, agrupando aproximadamente el 21% de la muestra de estudio) y aproximadamente el 43% con edades comprendidas entre 17 a 19 años (rango 2, agrupando el 22,6% de la muestra de estudio).

El 32,1% presentó puntajes bajos en la escala de Psicoticismo caracterizándose por ser más abiertas a la interacción social, compaginando fácilmente con los otros, empáticas, afectivas, humanitarias, antes de tomar decisiones tienden a pensar en los riesgos implicados, de las cuales el 40% presentan edades comprendidas entre los 12 a 16 años (rango 1, agrupando aproximadamente el 19% de la muestra) y el 25% con edades entre los 17 a 19 años (rango 2, agrupando el 13% de la muestra de estudio).

Tabla n° 24. *Tabla de contingencia EPQ-R Labilidad Emocional * Rango Edad*

		EPQ-R Labilidad Emocional			Total	
		Labilidad Emocional Baja	Labilidad Emocional Alta	Media labilidad emocional		
RANG O EDAD	1	Recuento	8	12	5	25
		% de RANGO	32,0%	48,0%	20,0%	100,0%
		% del total	15,1%	22,6%	9,4%	47,2%
	2	Recuento	11	8	9	28
		% de RANGO	39,3%	28,6%	32,1%	100,0%
		% del total	20,8%	15,1%	17,0%	52,8%
Total		Recuento	19	20	14	53
		% de RANGO	35,8%	37,7%	26,4%	100,0%
		% del total	35,8%	37,7%	26,4%	100,0%

Aproximadamente el 38% de las adolescentes con ENP presento puntuaciones altas en la escala L del inventario EPQ –R, caracterizándose por ser rígidas socialmente, muy preocupadas, precavidas casi desconfiadas, tienden a apegarse a las reglas sociales y respetar la ley y ser empáticas; de las cuales el 48% se encuentra en el rango de edad de 12 a 16 años (rango 1, agrupando el 22,6% de la muestra de estudio) y el 28,6% en el rango de 17 a 19 años (rango 2, agrupando el 15,1% de la muestra de estudio).

Aproximadamente el 36% obtuvo puntajes bajos en la escala L del inventario EPQ –R, caracterizando por no apegarse a las reglas sociales, no respetar la ley y ser poco empáticas,

de las cuales aproximadamente el 39,3% se encuentra con edades comprendidas entre los 17 a los 19 años (rango 2, representando aproximadamente el 21% de la muestra de estudio) y el 32% con edades entre los 12 a 16 años (rango 1, agrupando el 15% de la muestra de estudio).

Tabla n° 25. *Tabla de contingencia EPQ-R Neuroticismo * Introversión-Extroversión*

			EPQ-R Introversión-Extroversión			Total
			Introversión	Media	Extroversión	
EPQ-R Neuroticismo	Neuroticismo Bajo	Recuento	7	8	7	22
		% de EPQ-R Neuroticismo	31,8%	36,4%	31,8%	100,0%
		% de EPQ-R Introversión- Extroversión	36,8%	61,5%	33,3%	41,5%
		% del total	13,2%	15,1%	13,2%	41,5%
Neuroticismo Alto	Neuroticismo Alto	Recuento	10	1	12	23
		% de EPQ-R Neuroticismo	43,5%	4,3%	52,2%	100,0%
		% de EPQ-R Introversión- Extroversión	52,6%	7,7%	57,1%	43,4%
		% del total	18,9%	1,9%	22,6%	43,4%
Media Neuroticismo	Media Neuroticismo	Recuento	2	4	2	8
		% de EPQ-R Neuroticismo	25,0%	50,0%	25,0%	100,0%
		% de EPQ-R Introversión- Extroversión	10,5%	30,8%	9,5%	15,1%
		% del total	3,8%	7,5%	3,8%	15,1%
Total	Total	Recuento	19	13	21	53
		% de EPQ-R Neuroticismo	35,8%	24,5%	39,6%	100,0%
		% de EPQ-R Introversión- Extroversión	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	35,8%	24,5%	39,6%	100,0%

El 43,4% de las adolescentes con ENP tienen puntajes altos en la escala de Neuroticismo, indicados valores de inestabilidad emocional de los cuales el 22,6% presenta puntajes altos en la escala E (Extroversión) y aproximadamente el 19% puntajes bajos en esta misma (Introversión); en el primer caso (extrovertido inestables) se caracterizan por ser sensibles, inquietas, excitables, volubles, impulsivas e irresponsables; en el caso del segundo grupo (introvertido inestable) presentan características como ser reservadas, quietas, pesimistas, rígidas, ansiosas y temperamentales.

9. DISCUSIÓN.

El embarazo se está dando a edades cada vez menores, siendo el grupo poblacional de mayor incidencia aquellas adolescentes que tienen entre 15 a 19 años, las mismas que corren riesgo dos veces mayor de morir en el parto, que las mujeres de 20 a 29 años; en las menores de 15 años el riesgo de morir es 5 veces mayor (Padilla del Gil, 2001).

Estos resultados permiten definir algunas características propias de las adolescentes en ENP en nuestro medio. Es pertinente advertir que el grupo de participantes, está adscrito a mujeres con importantes limitaciones sociales y culturales, perteneciendo a estratos socioeconómicos bajos, lo cual les otorga toda una miríada de dificultades propias de esta situación y por tanto no es válido intentar extrapolar estos resultados a toda la población de adolescentes en ENP.

La media de edad al momento de realizar la encuesta sociodemográfica fue de 16 años, edad en la cual la mujer no ha alcanzado suficiente madurez para enfrentar la vida de pareja, sobrellevar los cambios que generan un embarazo y en poco tiempo ser madres, con las consiguientes privaciones de su rol de adolescente a consecuencia de esto (Stobino, Ensminger & Kim, 1992).

Por otro lado, el 85% de las adolescentes manifestó encontrarse ligada a su pareja en una unión libre, lo que sugiere el interés del varón por el proceso de embarazo de la pareja, lo que corrobora lo hallado por Ortiz y otros (2005).

En los datos encontrados con referencia la **ocupación** de las adolescentes, un alto porcentaje se dedica a labores domésticas (72%), y solo un 26% se encuentra realizando estudios, de lo anterior se puede plantear que su nueva condición de madre probablemente les generará dificultades para escalar mayores niveles de educación, esto agravado por el hecho de pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, lo cual es coherente con lo hallado en otras investigaciones (Pérez, 2003; Ortiz, 2005). De la condición de los **estudios realizados** por las adolescentes, el 47% manifestaron tener la **secundaria incompleta** y menos de la mitad de la muestra ya han culminado estos estudios, con referencia a los datos podemos afirmar que los estudios se ven interrumpidos por la nueva condición de madre

que demanda de tiempo y dedicación lo que impide su asistencia al colegio, así mismo la vida de pareja requiere que la adolescente empiece a cumplir con las funciones que se requieren cuando se inicia una vida como ama de casa y que posiblemente se presente un nuevo embarazo. Maynard (1994, citado en Ortiz, 2005), en su estudio encontró que el tener un nivel educativo bajo constituye un factor de riesgo importante para que se presente un segundo embarazo durante los primeros dos años postparto.

Con referencia a la **zona de procedencia** de las adolescentes se encontró que en su gran mayoría, son provenientes de contextos urbanos, lo que se percibe como un problema social en concordancia con lo expuesto por Magdalena y Harrison (s. f). Así mismo, contrario a lo que se expone de la prevalencia en **contextos** rurales, se encontró una alta prevalencia en zonas urbanas, lo cual nos indica que no es del todo exacto aseverar que las altas tasas de embarazo en adolescentes se dan únicamente en zonas rurales. Esto también puede deberse a que las personas migran de las zonas rurales a las urbanas en procura de un “futuro mejor” y además, que la población con la cual se efectuó este estudio era de ubicación geográfica urbana y no rural, lo cual sugiere tener en cuenta para próximos estudios las adolescentes embarazadas de zonas rurales.

En relación con el **nivel socioeconómico** de las adolescentes, se encontró que un alto porcentaje (70%) de la población se encuentran en **estratos bajos** (0-1) lo cual tiene relación con lo expuesto por Flores (2005), quien en sus estudios encontró que la prevalencia de embarazos es más alta en contextos socioeconómicos bajos, donde las adolescentes inician más temprano su primera relación sexual aumentando el riesgo de quedar en estado de embarazo.

En función de los datos relacionados con la **convivencia** se observó que el 83% de las adolescentes viven con su pareja o cónyuge y que está en relación directa con la información consignada en la tabla 7 donde el 85% de las adolescentes tiene una relación en unión libre y que corrobora los datos encontrados por Ortiz y colaboradores (2005).

Referente a la **dependencia económica**, un 79% manifestó que su manutención proviene de su pareja o cónyuge, lo cual tiene una concordancia con la creencia de que el hecho de buscar una acomodación económica es un factor que lleva a la búsqueda de una

pareja quien se encargue de las satisfacción de sus necesidades y que además aumenta la probabilidad de quedar embarazadas, lo anterior guarda una estrecha relación con lo argumentado por A la Torre y Taquín (1991), quienes mencionan que la adolescente frente a los problemas económicos de su familia busca apoyo en un marido quien la ayude a sobrevivir pasando de la dependencia de los padres a la de su pareja.

Conjuntamente, el 70% de las adolescentes encuestadas manifestaron haber recibido **suficiente información sobre educación sexual**, lo cual podría considerarse que no fue lo suficientemente impactante para crear mecanismos preventivos para no quedar en estado de embarazo. Una inadecuada información en educación sexual puede crear en los adolescentes la percepción de que no son susceptibles a un embarazo. Lo anterior guarda estrecha relación con los planteamientos de Vives (1996) y Núñez y otros (2003) donde estos concuerdan en sus planteamientos estableciendo de que los mensajes que promueven la postergación de la sexualidad y la abstinencia, pueden tener un efecto contrario al buscado, ya que hacen que el sujeto inconscientemente sienta que es posible dejar de ser susceptible de embarazarse, y por tanto, no decida deliberadamente el controlar su fecundidad mediante el uso de algún método anticonceptivo.

Con respecto a **la razón que llevó a las adolescentes en ENP a tener relaciones sexuales** se encontró que el 79% tomó la decisión en compañía de su pareja, lo que nos sugiere que de alguna manera no se habla de una inducción o de una manipulación para el inicio de la actividad sexual, de igual forma no está demás considerar que la supuesta creencia de tener información suficiente pueda llevar a que los jóvenes inicien su vida sexual seguros que no habrá ninguna consecuencia negativa en el futuro y que pueden llegar a mantener el control sobre los factores. De igual forma aunque el 57% de las adolescentes consideren que los medios de comunicación no tengan influencia sobre la actividad sexual de los jóvenes no se aleja de la posibilidad de que esto no sea del todo cierto. Al respecto de ello, según Monrroy, Morales y Velasco, (1988), existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales. De igual forma, Lehalle, (citado por González, 2000) reafirma la incidencia de los medios de comunicación, que más bien estimula a las relaciones sexuales.

Hay que destacar que la **primera relación sexual** en las adolescentes, se dio en promedio a los 15 años, lo cual es muy similar a lo observado en los reportes de Salaverry (2005) e Issler (2001) (Citado en Ortíz, 2005). Así mismo, se ha documentado en mayor proporción el riesgo obstétrico en mujeres menores de 18 años, es decir, que a menor edad cabe la posibilidad de tener consecuencias negativas a causa de embarazos prematuros. Por otra parte, Yoder, 1997 (citado por Ortiz, 2005) cataloga un ENP en adolescentes, como de alto riesgo, por la posibilidad de parto prematuro, bajo peso al nacer, pre-eclampsia, eclampsia, retardo en el crecimiento uterino, entre otros.

Un factor importante que llamó la atención en los resultados fue el alto número (55%) de adolescentes de la muestra que **no utiliza ningún tipo de método de planificación familiar**, lo que propone una alta posibilidad de segundos embarazos, o en caso de no haber estado embarazada cuando se inicia la vida sexual. Por otro lado, entonces se asume como relevante que la información que reciben las adolescentes sobre educación sexual no es lo suficientemente completa ni adecuada, entendiendo que no se aplica para su propia vida, tal como lo expone Castro y colaboradores (1995).

Otro de los factores descritos es la **autoestima**, importante en el desarrollo de los aspectos de la personalidad, adaptación social y en la salud en general, que en relación con la información arrojada por las adolescentes en su gran mayoría (77%) puntúan en autoestima alta, lo cual es contrario a lo que algunos autores (Lipovsek, Mehryar, Zielinski, Magnani, & Castro, 2002, citado en Valdivia y Molina en el 2003) han mencionado con respecto a esta característica de las adolescentes, de igual forma para determinar si hay relación directa entre embarazo y autoestima es necesario un estudio previo sobre la autoestima para poder determinar si niveles bajos de autoestima son un factor de riesgo para que se presente un ENP.

En cuanto a las **relaciones familiares** de la población se pudo establecer que un alto porcentaje de la muestra considera que tienen algún tipo de disfuncionalidad familiar, siendo más alta la disfunción familiar leve (53%), al respecto de esto Libertad y Reyes (2003), exponen que la influencia familiar es fundamental en la determinación del comportamiento sexual de sus miembros y sobre todo de los jóvenes, a través de la

comunicación se transmiten valores, concepciones, acciones y comportamientos sobre sexualidad. Así mismo, Reyes argumenta que un mal funcionamiento en la familia puede predisponer a una relación sexual prematura; este y otros autores han señalado que para algunas adolescentes embarazarse representa la manera de salir de una situación familiar conflictiva (Vives y Lartigue, citado en Núñez y otros, 2003).

Dentro de los **factores de personalidad** se encontró que las adolescentes con ENP participantes en esta investigación presentan una marcada inestabilidad emocional, ya que presentan en todas las escalas de EPQ –R rasgos de interés como retraimiento, introspección, distanciamiento afectivo (36%); ansiedad, cambios bruscos de humor, depresión, alta emotividad (42%) –con mayor presencia en el rango de edad 1-; aislamiento, hostilidad, agresividad, entregarse a la búsqueda de sensaciones dolorosas sin medir las consecuencias (43%), lo cual las lleva a sí mismo a no apegarse a las normas sociales, ser poco empáticas (36%) y además mostrándose pesimistas con respecto a su futuro –con mayor presencia en el rango de edad 2-, lo cual concuerda con hallazgos de otras investigaciones sobre el tema (Reyes, 2005; Silver, 1997; Gutiérrez, Pascasio, De la Cruz y Carrasco, 2000; Chaves y Gutiérrez, 2007).

En conclusión, podemos definir un perfil de la adolescente embarazada en nuestra población objeto de estudio, caracterizado por mujeres de bajo estrato económico y cultural, en 77% con autoestima alta lo cual es corroborado por algunos autores. Igualmente, se puede inferir que las adolescentes buscan su relación de pareja y su embarazo como escape a su entorno familiar disfuncional, donde un 53% de la población presenta disfunción, dificultando la posibilidad de desarrollarse en su ámbito escolar y asumiendo roles para los que su edad no les da las mejores herramientas de abordar una maternidad con madurez emocional. Finalmente se encontraron rasgos de inestabilidad emocional caracterizados por ansiedad, cambios bruscos de humor, depresión, alta emotividad (42%) –con mayor presencia en el rango de edad 1-; aislamiento, hostilidad, agresividad, entregarse a la búsqueda de sensaciones dolorosas sin medir las consecuencias (43%), lo cual las lleva a sí mismo a no apegarse a las normas sociales, ser poco empáticas (36%) y además mostrándose pesimistas con respecto a su futuro.

La ascendente tasa de embarazo en adolescentes en nuestro medio, debe alertar a las autoridades en salud para ejercer un mayor control sobre la eficacia de programas de planificación familiar, las disfuncionalidades a nivel familiar de las adolescentes, del tal manera que estas se vean beneficiadas y puedan llegar a tener relaciones familiares estables que permeen la formación de una personalidad segura, que uno de los principales medios para ello es la educación, basada en principios de eficacia y efectividad, por otro lado se hace necesario el análisis de la información que reciben los jóvenes, puesto que aunque manifiestan tener la suficiente información es posible que esta no sea eficaz y adecuada.

Así mismo, se recomienda un acompañamiento a nivel psicológico para las adolescentes que presenten ENP en cuanto al manejo de las emociones y niveles de ansiedad.

Se recomienda continuar la investigación en esta área para fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva en los adolescentes, utilizando diseños longitudinales que puedan dar cuenta de la asociación entre los factores descritos y el ENP en adolescentes.

REFERENCIAS.

A la Torre, J. y Taquín, L. (1991). El Embarazo Adolescente y la Pobreza. Situación de los adolescentes centroamericanos, tendencias y perspectivas. Universidad de Costa Rica: UNICEF.

Alvarado, R., Martínez, O., Vaquero, M., Valencia C. y Ruiz, A. (2007). Problemática en torno al embarazo en adolescentes de 14 a 19 años, en Nocaima (Cundinamarca). Rev, Ciencias de la Salud. 5(1).

Ávila, E., Cid, M., García, I., González, A. y Rodríguez, P. (2000). Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Recuperado el 03 de Marzo del 2009 desde http://www.bvs.sld.cu/revistas/ped/vol74_4_02/ped08402.htm

Becker, M. & Maiman, L. (1983). Models of health related behavior. Handbook of Health, Health Care and the Health Professions: Free Press. 22-23.

Berner, E. (2003). Embarazo en la adolescencia..Recuperado septiembre 25 de 2008 desde www.crecerjuntos.com.ar/maternaadolesc.htm

Caldas, S. (1993). The Private and societal economic cost of teenage childbearing: the estate of the research. Population and environment. 14 (4). 1-15.

Casper, L. (1990). Does Family Interaction Prevent Adolescent Pregnancy. Rev En Family Planning Perspectives, 22, 109-114.

Castro, M., Cano, A. y Rebollar, M. (1995). Programa Crecer en la Adolescencia. Recuperado el 18-03-08. Desde <http://www.comminit.com/es/node/271941>.

Caracol noticias. (2005). En Colombia sigue creciendo cifra de embarazos en adolescentes. <http://www.caracol.com.co/noticias/193561.asp?id=193561>.

Chaves, A. y Gutiérrez, R. (2007). Antecedentes Psicosociales que Influyen en la Ocurrencia del Embarazo en las Adolescentes. *Acta Universitaria*. 3(17), 48-56.

Craig, A. (1997). Desarrollo Psicológico. Prentice-Hall Hispanoamericana S.A. Séptima Edición. México. 428-429.

Cruz, M. y Romero, M. (2004). Conocimiento sobre los factores de riesgo de las embarazadas adolescentes del B° Teodoro López IV Trimestre 2004. Tesis para otorgar el título en Enfermería técnico superior, Universidad politécnica de Nicaragua.

De Deobold, B., Van Dalen y Meyer, W. (s.f). Síntesis de Estrategia de la investigación descriptiva. Manual de técnica de la investigación educacional. Recuperado: 23 de Abril – 2008. Desde <http://noemagico.blogia.com/2006/091301-la-investigacion-descriptiva.php>

De Irala, J. (2007). Embarazos de adolescentes: Departamento Salud Pública. España: Universidad de Navarra.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud, (2005). www.minprotecciónsocial.gov.co/vblecontent/boletin_estadistico_2005/1_1/SALUD PUBLICA.pdf

Ferrer, Y. (2003). Artículo Colombia: Madres antes de los 15 años. Recuperado: 21/11/2007. Desde <http://www.mujereshoy.com/secciones/1118.shtml>

Flores, C. (2005). Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (6), 2-6.

Garibello, A., Perilla, S. y Fernández, C. (2008). Trabas y desconocimiento dificultan aplicación de sentencia de Corte sobre el aborto. *El Tiempo*, Ed en línea, p 22. Recuperado: 18 de Marzo del 2008. Desde www.eltiempo.com/salud.

González, H. (2000). Aspectos teórico para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente. *Revista frontera norte*, 23 (12), 1-17.

Gutiérrez, T., Pascasio, E., De la Cruz, E. y Carrasco, E. (2000). Situación sociofamiliar y nivel y nivel de autoestima de la madre adolscente. *Rev Enferm*, 10 (1), 21-25

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación: Diseño Metodológico* (4ª. Ed.). Santa Fe de Bogotá, Colombia. : McGraw Hill.

Houston, E. & Armstrong, S. (1985). Preventing fertility, world wide coneains popilation bulletin population. Reference bureau. 40, (2), 1-16.

Issler, J. (2001). Embarazo en la Adolescencia. *Revista de Posgrado de la Cátedra Via de Medicina*, 107, 11-23.

Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 11(3). 192-205.

Lartigue, T., Vives, J. y Córdova, A. (1993). Adolescentes y adultas embarazadas. Un estudio psicológico comparativo. (Ed. 1), 13, (pp. 6-40). México D.F. México: Umbral XXI.

Libertad, M. y Reyes, Z. (2003). Conducta sexual, embarazo y aborto en la adolescencia. Un enfoque integral de promoción de salud. *Revista Cubana Salud Pública*, 29 (2), 87-103. Recuperado el 20/10/2007. Desde http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=79&id_seccion=1250&id_ejemplar=1926&id_articulo=18606

Londoño, P. (sf). La experiencia de la adopción en adolescentes y la prevención secundaria. Recuperado el 25 de septiembre de 2008 desde <http://orientame.org.co/documentos/memorias%203as%20jornadas/mod3paolalondono.doc>

López, S. (2002). El FACES II en la evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar. *Psicothema*. 14(1). 159-166. Recuperado el 03 de abril, 2009 desde <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1090>.

Lugo, A. y Nelvia, V. (2002). El mundo afectivo de la adolescente embarazada. *Revista Educ Enferm*, 20(1), 10 -22.

Magdalena, M. y Harrison, M. (S.F). La salud de la adolescente y del joven. Trabajo presentado en la oficina regional O. M. S, Ginebra.

Martinez, A., Iraurgi, I., Galindez, E. y Sanz, M. (2005). Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2(6), 317-338

Ministerio de Protección Social. (2003). Dirección General de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá. 8 (3), 36-40.

Ministerio de Protección Social. (2008). Dirección General de Salud Pública. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bogotá.

Monrroy, A., Morales. M. y Velasco, M. (1988). La fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Cuaderno técnico, Trabajo presentado a la Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.

Núñez, R., Hernández, B., García, C., Gonzáles, D. y Walter, D. (2003). Embarazo no Deseado en Adolescentes y Utilización de Métodos Anticonceptivos Posparto. México. Instituto Nacional De Salud Pública. 1-12. Recuperado: 18-03-08. Desde <http://www.scielo.unam.com.mx>.

OMS, (2005). La investigación en la organización mundial de la salud. Trabajo presentado en el XXXV Reunión Del Comité Asesor De Investigaciones En Salud. Marzo. La Habana.

Organización Panamericana de la salud. (2000). Perfil de la Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescente de América Latina y el Caribe (Publicación nº 69) Santiago de Chile: Oficina de la Organización Panamericana de la Salud.

Ortiz, R., Anaya, N., Sepúlveda, C., Torres, S. y Camacho, P. (2005). Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal. Revista MedUNAB, 8 (2), 71-77

Padilla del Gil, M. (2000). Sexualidad de los Adolescentes Salvadoreños. *Soc.Shil.obstec.ginecol.infant* 7(3) 64-72 Disponible en: www.cibertesis.edu.p

Palacios, R. (2005). Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del centro Materno Infantil “Juan Pablo II” de Villa el Salvador. Tesis de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Pantelides, E. (2002). Aspectos Sociales del Embarazo y la Fecundidad Adolescente en América Latina. Investigadora independiente del (CONICET) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas e investigadora titular del (CENEP) Centro de Estudios de Población. Argentina. 1-28.

Pantelides, E., Geldstein, R. y Infesta, G. (1995). Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia: Centro de Estudios de Población: Buenos Aires.

Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarila, D. (2004). Adolescencia Y depresión. Revista Colombiana de Psicología, 13, 13-28

Pérez, B. (2003). Caracterización de las familias con adolescentes gestantes Perspectiva de riesgo y grado de salud familiar. Colombia. *Revista Aquichan*. 3, 1-11.

Prada, E., Singh, S. y Wulf, D. (1989). Adolescentes hoy Padre del Mañana. (Ed 1.), Alan Guttmacher Institute, 14, 33-43. Bogota, Colombia.

Profamilia. Powered. Junio de 2005. Recuperado: 10/10/2007. Desde <http://www.profamilia.com/encuestas/02consulta/05fecundidad/01niveles.htm>

Reyes, N. (2005). Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes Colonia flor del campo. Tesis de Maestría en Salud Pública, Centro de Investigación y Estudios en Salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Salazar, B., Álvarez, E., Maestre, L., León, D. y Pérez, O. (2006). Aspectos Fisiológicos, Psicológicos Y Sociales Del Embarazo Precoz Y Su Influencia En La Vida De La Adolescente. *Medisan*, 10 (3), 1-2.

Silber, M. (1997). Manual de Medicina de la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. 525. Washington.

Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. Recuperado: 19/03/08. Desde http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttextpid=S003636341997000200008

Universidad del Magdalena. (2003). Programa de Psicología. Información institucional: Recuperado: 10/10/2007. Desde www.unimagdalena.edu.com.

Valdivia, M. y Molina, M. (2003). Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad en adolescentes menores de 15 años. Revista de Psicología de la Universidad de Chile. 2(13), 85-109.

Van Dalen, D. y Meyer, W. (s.f). Síntesis de estrategia de la investigación descriptiva. Recuperado: 23 de Abril del 2008. Desde <http://www2.uiah.fi/projekti/metodi/250.htm>

Vives, J. (1996). Reproducción Humana. [Revisión del libro El Deseo de tener un hijo]. UIA- Plaza Valdés, 2, 99-112.

Zeidentein, G. (1989). La Fecundidad Adolescente, la Salud y la Condición de la Mujer. Trabajo presentado en la conferencia internacional sobre fecundidad en la adolescencia en América Latina y el caribe, Enero, México.

Zelaya, E. (1996). La Sexualidad y la Reproducción en Nicaragua: Departamento de Epidemiología y Salud Pública. Suecia, Universidad de Umea.

ANEXOS



Anexo No. 1. Calificación del FACES III.

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems nones y la de adaptabilidad a la de los ítems pares, calificándolas según la siguiente tabla:

En esta tabla los espacios en gris oscuro se toman como familias con disfunción grave, los espacios en gris claro como disfunción leve y los espacios en blanco son familias funcionales.

		↓ Cohesión ↑			
		Disgregada 10 a 34	Semirrelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
Adaptabilidad	↓ Caótica 29 a 50	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada 20 a 24	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructural- mente aglutinada
	↑ Rígida 10 a 19	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente Aglutinada

ANEXOS N° 2 INSTRUMENTOS

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Factores psicosociales que predisponen el embarazo en adolescentes de la comuna 5 de la ciudad de Santa Marta.

La siguiente encuesta es totalmente anónima, no escriba su nombre. Es realizada como parte de un proyecto de investigación de estudiantes de Psicología de la Universidad del Magdalena. Agradecemos que responda con la mayor sinceridad. Si tiene alguna duda mientras llena las encuestas puede preguntar a la persona encarga, esta persona con gusto resolverá todas sus inquietudes.

Agradecemos su colaboración.

1. DATOS PERSONALES

Edad: _años

ESTADO CIVIL		OCUPACIÓN		GRADO DE ESCOLARIDAD	
Casada		Estudiante		No asistí al colegio	
Unión libre		Ama de casa		Primaria incompleta	
Soltera		Empleada de hogar		Primaria completa	
Separada		Trabajo eventual		Secundaria incompleta	
				Secundaria Completa	
				Intermedio completo	
				Intermedio incompleto	
				Superior incompleto	
		Trabajo independiente		Superior completo	

2. LUGAR DE PROCEDENCIA: Urbano () Rural ()

2.1. Estrato socioeconómico: alto 4-5 () medio 2-3 () bajo 0-1 ()

3. ¿Con quiénes vives actualmente?

Con mis padres y hermanos	
Con mi papá y hermanos	
Con mi mamá y hermanos	
Sólo con mamá	

Sólo con papá	
Con mi pareja/cónyuge	
Vivo sola	
Otro	

2.1. Dependencia económica:

De mis padres	
De la pareja/cónyuge	
Independiente	
Otro	

4. EDUCACIÓN SEXUAL

La información que tiene sobre Educación Sexual es:

Bastante	
Lo Necesario	
Regular	
Escasa	
Ninguna	

¿Qué motivo te llevó a tener relaciones sexuales?

Tu enamorado te lo pidió	
Tu lo quisiste	
Decidieron los dos tenerlas	
Lo hiciste porque tu grupo de amigos lo hacían	
Te obligaron a tenerlas	
Otro motivo	

5. ¿Crees que los medios de comunicación estimulan o influyen para que uno tenga relaciones sexuales?

Si () No ()

6. Edad de Inicio de relaciones sexuales: _____ años

7. Ha usado anteriormente métodos de planificación familiar Si () No ()

Si marco **Sí** conteste la siguiente pregunta:

7.1 Cuál es el método de planificación familiar que más utiliza:

Pastillas	
Inyección	
Condón	
DIU	

EPQ-R

Por favor, conteste cada pregunta poniendo una X sobre la respuesta Sí o No. No hay respuesta correcta o incorrecta, ni preguntas con trampa. Trabaje rápidamente y no piense demasiado en el significado exacto de las mismas. Por favor, no deje ninguna pregunta sin responder.

1. ¿Realiza muchas actividades de tiempo libre?..... Sí NO
2. ¿Se para a pensar las cosas antes de hacerlas?..... SÍ NO
3. ¿Su estado de ánimo sufre altibajos con frecuencia?.....
SÍ NO
4. ¿Es una persona conversadora?.....
SÍ NO
5. ¿Se siente a veces desdichada sin motivo?.....
SÍ NO
6. ¿Daría dinero para fines caritativos?.....
SÍ NO
7. ¿Alguna vez ha querido llevarse más de lo que le correspondía en un reparto?.....
SÍ NO
8. ¿Es usted una persona más bien animada o vital?.....
SÍ NO
9. ¿Le afectaría mucho ver sufrir a un niño/a o a un animal?.....
SÍ NO
10. ¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber dicho o hecho?.....
SÍ NO
11. Si usted asegura que hará una cosa, ¿siempre mantiene su promesa, sin importar le las

- molestias que ello le podría ocasionar?.....SÍ NO
12. ¿Habitualmente, es capaz de liberarse y disfrutar en una fiesta animada?..... SÍ NO
13. ¿Es una persona irritable?..... SÍ NO
14. ¿Le tiene sin cuidado lo que piensan los demás?..... SÍ NO
15. ¿Alguna vez ha culpado a alguien por algo que había hecho usted?..... SÍ NO
16. ¿Se siente fácilmente herido/a en sus sentimientos?..... SÍ NO
17. ¿Son todos sus hábitos buenos y deseables?..... SÍ NO
18. ¿Tiende a mantenerse apartado/a en las situaciones sociales?.....SÍ NO
19. A menudo, ¿se siente harta?..... SÍ NO
20. ¿Ha cogido alguna vez alguna cosa (aunque no fuese más que un alfiler o un botón) que perteneciese a otra persona?.....
 . SÍ NO
21. ¿Para usted, los límites entre lo que está bien y lo que está mal son menos claros que para la mayoría de la gente?.....
 SÍ NO
22. ¿Le gusta salir a menudo?..... SÍ NO
23. ¿Es mejor actuar como uno/a quiera que seguir las normas

- sociales?.....SÍ NO
24. ¿Disfruta hiriendo a las personas que ama?..... SÍ NO
25. ¿Tiene a menudo sentimientos de culpabilidad?..... SÍ NO
26. ¿Habla a veces de cosas de las que no sabe nada?..... SÍ NO
27. ¿Prefiere leer que a conocer gente?..... SÍ NO
28. ¿Diría de sí misma que es una persona nerviosa?..... SÍ NO
29. ¿Tiene muchos amigos/as?..... SÍ NO
30. ¿Se ha enfrentado constantemente a sus padres?..... SÍ NO
31. ¿Es usted una persona sufridora?..... SÍ NO
32. Cuando era niña, ¿hacía en seguida las cosas que le pedían y sin refunfuñar?.....SÍ NO
33. ¿Se ha opuesto frecuentemente a los deseos de sus padres?..... SÍ NO
34. ¿Se inquieta por cosas terribles que podrían suceder?..... SÍ NO
35. ¿Alguna vez ha roto o perdido algo que perteneciese a otra persona?..... SÍ NO
36. ¿Generalmente toma la iniciativa al hacer nuevas amistades?..... SÍ NO
37. ¿Los deseos personales están por encima de las normas sociales?..... SÍ NO

38. ¿Diría de sí misma que es una persona tensa o muy nerviosa?..... SÍ NO
39. Por lo general, ¿suele estar callada cuando está con otras personas?..... SÍ NO
40. ¿Cree que el matrimonio está anticuado y debería abolirse?..... SÍ NO
41. ¿Es usted más comprensiva que la mayoría de las personas acerca del bien y del mal?..... SÍ NO
42. ¿Puede animar fácilmente una fiesta aburrida?..... SÍ NO
43. ¿Se siente intranquila por su salud?..... SÍ NO
44. ¿Alguna vez ha dicho algo malo o desagradable acerca de otra persona?..... SÍ NO
45. ¿Le gusta cooperar con los demás?..... SÍ NO
46. ¿Le gusta contar chistes e historias divertidas a sus amigos/as?..... SÍ NO
47. ¿La mayoría de las cosas le son indiferentes?..... SÍ NO
48. De niña, ¿fue alguna vez descarada con sus padres?..... SÍ NO
49. ¿Le gusta mezclarse con la gente?..... SÍ NO
50. ¿Se preocupa si sabe que hay errores en su trabajo?..... SÍ NO
51. ¿Se lava siempre las manos antes de comer?..... SÍ NO
52. ¿Casi siempre tiene una respuesta «a punto» cuando le

- hablan?..... SÍ NO
53. ¿Se siente a menudo apática y cansada sin motivo?..... SÍ NO
54. ¿Ha hecho alguna vez trampas en el juego?..... SÍ NO
55. ¿Le gusta hacer cosas en las que tiene que actuar rápidamente?..... SÍ NO
56. ¿Es (o era) su madre una buena mujer?..... SÍ NO
57. ¿A menudo toma decisiones sin pararse a reflexionar?..... SÍ NO
58. ¿A menudo siente que la vida es muy monótona?..... SÍ NO
59. ¿Alguna vez se ha aprovechado de alguien?..... SÍ NO
60. ¿Le preocupa mucho su aspecto?..... SÍ NO
61. ¿Cree que la gente pierde el tiempo al proteger su futuro con ahorros y seguros?..... SÍ NO
62. ¿Alguna vez ha deseado morir?.....SÍ NO
63. ¿Evadiría impuestos si estuviera segura de que nunca sería descubierta?.....
..... SÍ NO
64. ¿Puede organizar y conducir una fiesta?.....SÍ NO
65. ¿Trata de no ser grosera con la gente?..... SÍ NO

66. Después de una experiencia vergonzosa, ¿se siente preocupada durante mucho tiempo?
.....SÍ NO
67. Generalmente, ¿reflexiona antes de actuar?..... SÍ NO
68. ¿Sufre de los “nervios”?.....
..... SÍ NO
69. ¿A menudo se siente sola?..... SÍ NO
70. ¿Hace siempre lo que predica?..... SÍ NO
71. ¿Se siente fácilmente herida cuando la gente encuentra defectos en usted o en su trabajo?.....
.....SÍ NO
72. ¿Es mejor seguir las normas de la sociedad que ir a su aire?..... SÍ NO
73. ¿Alguna vez ha llegado tarde a una cita o trabajo?..... SÍ NO
74. ¿Le gusta el bullicio y la agitación a su alrededor?.....
..... SÍ NO
75. ¿Frecuentemente improvisa decisiones en función de la situación?.....
..... SÍ NO
76. ¿Se siente a veces desbordante de energía y otras muy decaída?..... SÍ NO
77. ¿A veces se deja para mañana lo que debería hacer hoy?.....
.....SÍ NO
78. ¿La gente piensa que usted es una persona animada?.....SÍ NO
79. ¿La gente le cuenta muchas mentiras?.....
..... SÍ NO

80. ¿Se afecta fácilmente por cualquier
cosa?..... SÍ NO
81. Cuando ha cometido una equivocación, ¿está siempre dispuesto a
admitirlo?.....SÍ NO
82. Cuando tiene mal humor, ¿le cuesta
controlarse?.....SÍ NO
83. ¿Cree que los planes de seguros son una buena idea?.....
.... SÍ NO

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este test tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, contesta las siguientes frases con la respuesta que consideres más apropiada.

Respuestas:

A=Muy de acuerdo

B=De acuerdo

C=En desacuerdo

D=Muy en desacuerdo

N o	Preguntas	A	B	C	D
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2	Me inclino a pensar que, en conjunto soy una fracasada.				
3	Creo que tengo varias cualidades buenas.				
4	Puedo hacer cosas también como la mayoría de la gente.				
5	Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí.				
6	Tengo una actitud positiva hacia mi misma.				
7	En general estoy satisfecha de mi misma.				
8	Desearía valorarme más.				
9	A veces me siento verdaderamente inútil.				
10	A veces pienso que no sirvo para nada.				



FACES III

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado:

Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Describa su familia:				
<input type="checkbox"/> 1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí				
<input type="checkbox"/> 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas				
<input type="checkbox"/> 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia				
<input type="checkbox"/> 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina				
<input type="checkbox"/> 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos				
<input type="checkbox"/> 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad				
<input type="checkbox"/> 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia				
<input type="checkbox"/> 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas				
<input type="checkbox"/> 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia				
<input type="checkbox"/> 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos				
<input type="checkbox"/> 11. Nos sentimos muy unidos				
<input type="checkbox"/> 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones				
<input type="checkbox"/> 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente				
<input type="checkbox"/> 14. En nuestra familia las reglas cambian				
<input type="checkbox"/> 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia				
<input type="checkbox"/> 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros				
<input type="checkbox"/> 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones				
<input type="checkbox"/> 18. En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad				
<input type="checkbox"/> 19. La unión familiar es muy importante				
<input type="checkbox"/> 20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar				

**ANEXOS N° 3
FOTOGRAFIAS**

