



**DETERMINANTES SOCIALES DEL EMBARAZO PRESENTES EN  
ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE LOS MUNICIPIOS DE MANATÍ Y  
SANTA LUCÍA - ATLÁNTICO EN EL AÑO 2022**

**LAURA VANESSA ACOSTA GIL  
ZAHIRA PATRICIA DE LA OSSA MONTENEGRO  
MARTHA CECILIA OJEDA ROCHA  
CAROLINA ISABEL POSADA JULIO  
SALEM ROMERO VELEZ  
JUAN PABLO VARELA ESQUEA**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE  
DIVISIÓN CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

**BARRANQUILLA, COLOMBIA, 2022**



**DETERMINANTES SOCIALES DEL EMBARAZO PRESENTES EN  
ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE LOS MUNICIPIOS DE MANATÍ Y  
SANTA LUCÍA - ATLÁNTICO EN EL AÑO 2022**

**LAURA VANESSA ACOSTA GIL  
ZAHIRA PATRICIA DE LA OSSA MONTENEGRO  
MARTHA CECILIA OJEDA ROCHA  
CAROLINA ISABEL POSADA JULIO  
SALEM ROMERO VELEZ  
JUAN PABLO VARELA ESQUEA**

**ASESOR METODOLÓGICO:  
ANA LILIANA RIOS GARCÍA**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE  
DIVISIÓN CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

**BARRANQUILLA, COLOMBIA, 2022**

## **PÁGINA DE ACEPTACIÓN**

**DETERMINANTES SOCIALES DEL EMBARAZO PRESENTES EN  
ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE LOS MUNICIPIOS DE MANATÍ Y  
SANTA LUCÍA - ATLÁNTICO EN EL AÑO 2022**

---

**FIRMA DEL ASESOR METODOLÓGICO  
ANA LILIANA RÍOS GARCÍA  
MD, ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR.  
ESPECIALISTA EN GESTIÓN PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
UNIVERSIDAD DEL NORTE**

Martha Elena Peñuela Epalza

---

**JURADOS**

**Barranquilla, 2022**

## **AGRADECIMIENTOS:**

A la Dra. Ana Liliana Ríos García por la orientación ofrecida durante el desarrollo de la totalidad de la investigación. A Uninorte social, iniciativa liderada por Lucía Avendaño Geves en colaboración con Yender Mendoza Cienfuegos, por su valiosa labor en los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico. Además, a las instituciones públicas educativas que participaron en el estudio: Normal Superior de Manatí, IED de Algodonal, IED MegaColegio de Santa Lucía y Colegio de las Compuertas.

## CONTENIDO

<b>GLOSARIO</b>	<b>1</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>2</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>9</b>
4.1. Objetivo general	9
4.2. Objetivos específicos	9
<b>CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO</b>	<b>10</b>
5.1. Adolescencia	10
5.1.2. Clasificación de la adolescencia	10
5.1.2.1. Adolescencia inicial	10
5.1.2.2. Adolescencia media	10
5.1.2.3. Adolescencia final o tardía	11
5.1.2.4. Según la Resolución 3280 de 2018	11
5.2. Embarazo	11
5.2.1. Definición	11
5.2.2. Cambios fisiológicos	12
5.3. Embarazo adolescente	12
5.3.1. Factores de riesgo para el embarazo	12
5.3.1.1. Factores de riesgo biológicos	12
5.3.1.2. Factores de riesgo sociales:	13
5.3.2. Factores protectores para el embarazo	14
5.4. Determinantes sociales en salud	15
5.4.1. Determinantes proximales	16
5.4.2. Determinantes intermedios	16
5.4.3. Determinantes distales	17
<b>CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA</b>	<b>19</b>
6.1. Tipo de estudio	19
6.2. Población de estudio	19
6.2.1. Población diana	19
6.2.2. Población accesible	19
6.2.3. Población elegible	19
6.2.3.1. Criterios de inclusión	20
6.2.3.2. Criterios de exclusión	20
6.2.4. Cálculo muestral	20
6.2.5. Técnica de muestreo	21
6.3. Variables de estudio	21
6.4. Recopilación de datos	22
6.4.1. Fuentes de datos	22
6.4.2. Técnica de recopilación	22

6.5. Aspectos éticos	23
6.6. Procesamiento de datos	24
6.6.1. Presentación	24
6.6.2. Análisis	24
<b>CAPÍTULO 3: RESULTADOS</b>	<b>25</b>
7.1. Objetivo 1. Describir las características sociodemográficas y de salud sexual y reproductiva en la población de estudio.	25
7.2. Objetivo 2. Determinar los factores interpersonales del embarazo adolescente reportados en la literatura, prevalentes en la población de estudio.	35
7.3. Objetivo 3. Relacionar los factores sociodemográficos con los factores interpersonales y características de la salud sexual y reproductiva.	39
7.3.1. Asociación entre los factores sociodemográficos y los factores interpersonales del embarazo en adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022.	39
7.3.2. Asociación entre los factores sociodemográficos y características de salud sexual y reproductiva en adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022.	40
7.4. Objetivo 4. Relacionar los factores interpersonales con las características de salud sexual y reproductivo	44
<b>CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN</b>	<b>46</b>
<b>CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES</b>	<b>53</b>
<b>CAPÍTULO 6: RECOMENDACIONES</b>	<b>54</b>
<b>CAPÍTULO 7: BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>56</b>

Pág.

## LISTAS ESPECIALES

Pág

### Lista de tablas:

**Tabla 1.** Edad según sexo de adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022. **24**

**Tabla 2.** Características sociodemográficas de adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022. **24**

**Tabla 3.** Conocimiento y Asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva según sexo de adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022. **26**

**Tabla 4.** Características de Salud Sexual y Reproductiva según sexo de adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022. **27**

**Tabla 5.** Características de salud sexual y reproductiva según sexo de adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022. **29**

**Tabla 6.** Edad de la menarquia y espermarquia de adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022. **33**

**Tabla 7.** Factores interpersonales del embarazo en adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022. **34**

**Tabla 8.** Factores interpersonales del embarazo relacionados con el entorno familiar de los adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022. **35**

**Tabla 9.** Asociación entre el sexo y la constante supervisión parental. **38**

**Tabla 10.** Asociación entre el sexo y presión para iniciar relaciones sexuales. **38**

**Tabla 11.** Asociación entre la religión y el inicio de la vida sexual.  
**39**

**Tabla 12.** Asociación entre la edad y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos.  
**40**

**Tabla 13.** Asociación entre la edad y el estado de embarazo.  
**40**

**Tabla 14.** Asociación entre el sexo y la asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva.  
**41**

**Pág**

**Tabla 15.** Asociación entre la asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos.  
**42**

**Tabla 16.** Asociación entre la constante supervisión parental y el inicio de la vida sexual.  
**43**

#### **Lista de gráficos:**

**Gráfico 1.** Asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva.  
**27**

**Gráfico 2.** Actualmente embarazada o pareja en estado de embarazo.  
**29**

**Gráfico 3.** Edad de inicio de vida sexual.  
**32**

**Gráfico 4.** Uso de métodos anticonceptivos con regularidad.  
**33**

**Gráfico 5.** Constante supervisión parental.  
**37**

#### **ANEXOS**

**Anexo A:** Árbol del problema – causas.  
**62**



**Anexo B:** Árbol del problema – efectos.  
62

**Anexo C:** Tabla de operacionalización de variables.  
63

**Anexo D:** Cuestionarios sobre determinantes sociales del embarazo adolescente según el sexo.  
71

**Anexo E:** Consentimiento informado.  
79

**Anexo F:** Asentimiento informado.  
83

**Anexo G:** Tabla de plan de presentación y análisis de información.  
87

**Anexo H:** Presupuesto.  
91

**Anexo I:** Cronograma de actividades.  
91

## 1. GLOSARIO

- **Aborto:** Es la interrupción del embarazo, es decir, cuando el embrión o feto todavía no es viable fuera del vientre materno. El feto expulsado con menos de 0,5 kg o 20 semanas de gestación se considera abortado (feto abortado). Esta interrupción puede ser de manera natural y sin intención (Aborto espontáneo) o deliberadamente (Aborto inducido).
- **Adolescencia:** Según la OMS, se define como el periodo comprendido entre la niñez y la etapa adulta, entre los 10 y 19 años. Se caracteriza por importantes cambios físicos y mentales en el ser humano.
- **Determinantes sociales de la salud:** son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.
- **Embarazo:** Es el periodo comprendido desde el final de la implantación, que es el proceso durante el cual se da la adherencia del blastocisto a la pared uterina, hasta el nacimiento.
- **Factor de riesgo:** Es cualquier característica o exposición de un individuo que aumente la probabilidad de sufrir una lesión o padecer una enfermedad.
- **Método anticonceptivo:** Un anticonceptivo (anticoncepción) es cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para evitar un embarazo no deseado.

## 2. RESUMEN

El embarazo durante la adolescencia constituye una problemática social y de salud pública a nivel mundial; según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente dieciséis millones de adolescentes entre los 15 a 19 años dan a luz anualmente. El municipio de Manatí obtuvo la tasa de fecundidad en el grupo de 15 a 19 años más alta entre todos los municipios del Atlántico durante el año 2020. En el mismo año, el municipio de Santa Lucía tuvo la quinta cifra más alta de fecundidad en el grupo de 15 a 19 años.

**Objetivo general:** identificar los determinantes sociales del embarazo presentes en la población adolescente entre 14 a 18 años que residen en los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022.

**Metodología:** es un estudio descriptivo de tipo transversal. La población de estudio constó de adolescentes estudiantes de las instituciones públicas educativas Normal Superior de Manatí, IED de Algodonal, IED MegaColegio de Santa Lucía y Colegio de las Compuertas en el año 2022. Se realizó el envío de los consentimientos informados en cooperación con los docentes a los padres de familia o acudientes, con un plazo máximo para diligenciamiento de 2 semanas, una vez obtenidos los consentimientos informados firmados por los padres de familia, se entregó el asentimiento informado a los estudiantes desde los 14 a los 18 años, pertenecientes a las instituciones educativas. Dentro de las variables a estudiar se incluyeron los factores sociodemográficos, las características de salud sexual y reproductiva y los factores interpersonales. La recopilación de datos se realizó por medio de un cuestionario sobre determinantes sociales del embarazo adolescente según el sexo, diseñado por los investigadores principales, revisado y validado por docentes del departamento de Salud Pública de la Universidad del Norte. La presentación de los resultados se efectuó acorde con los objetivos específicos.

**Resultados:** Las adolescentes femeninas tienen un *odds* 1.7 veces mayor de tener una constante supervisión parental en comparación con aquellos participantes de sexo masculino (IC 1,1012-2,7421) El *odds* de iniciar vida sexual en aquellos adolescentes participantes que no practican una religión es 1.7 veces mayor que en aquellos adolescentes participantes que sí la practican (IC 1,0275-3,1072). Aquellos participantes que pertenecen a la adolescencia media tienen un *odds* 3.2 veces mayor de tener desconocimiento sobre métodos anticonceptivos en comparación con aquellos participantes pertenecientes a la adolescencia tardía (IC 1,5882 – 6,60043). El *odds* de asistir a los servicios de salud sexual y reproductiva en aquellos participantes que son adolescentes masculinos fue 0.6 veces menor que el de aquellas participantes de sexo femenino (IC 0,4005 – 0,9880). El *odds* de tener desconocimiento sobre métodos anticonceptivos en aquellos participantes que no asisten a los servicios de salud sexual y reproductiva fue 3.1 veces mayor en comparación con aquellos participantes que sí asisten a los servicios de salud sexual y reproductiva (IC 1,8419 – 5,4610).

**Conclusiones:** La mayoría de los estudiantes inició vida sexual a los 14 años, correspondiente a 9,57% de los encuestados. En el caso de las adolescentes femeninas, la edad de la menarquia con mayor prevalencia fue entre los 10 a 12 años, y el 3,48% ha tenido embarazos previos. Lo anterior, de acuerdo con la literatura, aumenta el riesgo de presentar embarazos adolescentes. La probabilidad de iniciar vida sexual en aquellos adolescentes que no practican una religión es mayor, también se identificó una mayor asistencia de adolescentes femeninas a los servicios de salud sexual y reproductiva, los participantes asistentes a estos servicios tienen un mayor conocimiento en cuanto a los métodos anticonceptivos en contraste con los adolescentes no asistentes.

**PALABRAS CLAVES:**

Embarazo en adolescencia; Determinantes sociales de la salud; Adolescente; Embarazo; Factores de riesgo.

### 3. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente dieciséis millones de adolescentes entre los 15 a 19 años y un millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría residen en países con ingresos bajos o medianos y se presentan con mayor frecuencia en comunidades rurales, con bajos recursos y poco instruidas (1).

La etapa de la adolescencia presenta riesgos considerables en la que los patrones de conducta que se establecen, incluyendo la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y en el bienestar futuro del individuo (2). Durante este periodo el proceso de desarrollo de la corteza prefrontal aún está en marcha y culmina alrededor de los 20 años, esto se evidencia a través de estudios de imágenes cerebrales (3).

Es la asunción de riesgos durante las prácticas sexuales lo que puede conllevar al embarazo adolescente y su consecuencia inmediata, la maternidad temprana; estos configuran uno de los mayores desafíos sociales, políticos y económicos para los países de América Latina y el Caribe (4). Por tal motivo, la articulación de todas las entidades del estado se constituye una necesidad inminente para que esta situación no se convierta en una amenaza mayor de los derechos en las adolescentes (3). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), la tasa de fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe es la segunda más alta del mundo y se presentan grandes inequidades entre los países y al interior de ellos (4).

En Colombia hasta el año 2015 según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, la tasa de fecundidad era de 74 por cada mil mujeres entre los 15 y 19 años, presentando una tendencia a disminuir desde el 2010 (5). Sin embargo, en el año 2016 la administración departamental del Atlántico dio a conocer que de cada 1.000 nacidos vivos, el 3% eran hijos de madres adolescentes (6).

Si bien es importante mencionar cifras, es crucial considerar la evidencia en cuanto a consecuencias de la maternidad adolescente. Estudios demuestran que el ser madre joven implica una gran cantidad de riesgos tanto para la madre como el recién nacido; por lo tanto, se deben considerar posibles escenarios adversos como lo son las muertes materno-fetales, preeclampsia, restricción del crecimiento fetal, parto pretérmino, bajo peso al nacer, daño neurológico, muerte infantil y retraso mental (7)(8). Según James Rose, consultor en salud de adolescentes a cargo de un estudio de investigación del departamento de Reducción de los riesgos del embarazo de la OMS, “Las adolescentes menores de 16 años, corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior” (9).

La salud mental en las adolescentes embarazadas se ve afectada tanto en la gestación como en el período posparto (10). En una revisión sistemática se informó

que las tasas de depresión posparto en adolescentes representan entre el 7 y 37%, la ideación suicida sobreviene durante el embarazo y el período posparto en aproximadamente 5-14% de las mujeres, y son las adolescentes quienes tienen un mayor riesgo en comparación con las mujeres mayores de cometer el acto suicida (10).

Se han realizado múltiples estudios alrededor del mundo sobre los efectos a largo plazo del embarazo adolescente, uno de estos fue una cohorte en Suecia, la cual informó que las madres adolescentes tienen un mayor riesgo de muerte prematura más adelante en la vida en comparación con las madres de mayor edad, esto fue atribuido a factores biológicos y sociales entre los que se encontraron suicidio, violencia infligida y abuso de alcohol (10).

La problemática no afecta sólo a la madre adolescente como unidad independiente, se ve involucrada también la familia debido a decisiones que se toman en torno a este evento, y dichas decisiones interfieren directamente con la dinámica familiar. Un estudio realizado en Bogotá y zonas aledañas demostró que los padres de la menor juegan un papel determinante en la labor de maternidad que asuma la adolescente; pueden asumir un rol de apoyo o estar al margen volviendo la labor de la madre inexperta más compleja. Esta repercusión familiar es de importante consideración, ya que la mayoría de las madres tienden a no contraer matrimonio con el padre del bebé y consecuentemente terminan viviendo en casa de sus padres (11).

A nivel social, el embarazo adolescente tiene un gran impacto y esto se debe principalmente por las implicaciones en la deserción escolar. La madre joven, en la mayoría de los casos, debe abandonar los estudios y hacer frente a una situación para la cual ni ella, ni los familiares están preparados (11). A su vez, el truncamiento de la trayectoria formativa y la deserción escolar conlleva a la persistencia de bajo nivel educativo lo que conduce a potenciales limitaciones en la participación laboral, el desempleo, exclusión y desigualdad de género (12). También se ha documentado que entre el 20 y el 45% de los adolescentes que dejan de asistir a las instituciones educativas, lo hacen debido a su paternidad o maternidad según la Encuesta Nacional de Deserción Escolar del Ministerio de Educación Nacional realizada en 2011 (13). Se considera que “el embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen al círculo de enfermedad y pobreza” (1). Se estima, además, que las mujeres que son madres en la adolescencia tienen tres veces menos oportunidades de obtener un título universitario que las que decidieron postergar su maternidad a la vida adulta (14).

El FPNU realizó un estudio para el año 2020 en seis países de América Latina, dentro de los cuales debutó Colombia, y se encontró que el embarazo adolescente genera un gran impacto en la economía del país, ya que todos los recursos serán destinados con el fin de cubrir los gastos asistenciales que surgirían debido a esta problemática social. Así mismo, se estima que habrá una disminución en cuanto a la participación por parte de las adolescentes en el mercado laboral y esto se verá reflejado en un descenso del aporte al sistema tributario. El mismo estudio reporta que, el costo de oportunidad promedio del embarazo en la adolescencia es el 0,35%

de su PIB en Latinoamérica, lo que equivale a 1,242 millones por país y por año (14). En el caso de Colombia se estima que el costo es de 0,58% de su PIB, situándose por encima del costo promedio en América Latina. Se estima que en Colombia el Estado deja de recaudar aproximadamente USD \$60,520,522 debido al embarazo en la adolescencia (14).

La atención integral de niñas, niños y adolescentes con énfasis en la prevención del embarazo en la infancia y adolescencia, además de la implementación del Consejo Nacional de Política Económica y Social 147 de 2012 que tiene como uno de sus objetivos establecer los lineamientos para la implementación de la estrategia de prevención del embarazo en la adolescencia permitieron que el embarazo en adolescentes entre 15 y 19 años descendiera de 74 nacimientos por cada 1000 mujeres, a 57 nacimientos por cada 1000 mujeres en el año 2019, de acuerdo con estimaciones realizadas a partir de las estadísticas vitales del DANE. Esto fue publicado en septiembre del 2020 por el Ministerio de Salud y Protección Social, en un boletín de prensa (15)(16).

A nivel nacional en nuestro país, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, ha articulado normas y políticas de tipo nacional e internacional, adoptado a través del decreto 3039 de 2007 (17), el cual tiene como principio orientar las políticas institucionales de salud en diferentes enfoques conceptuales, con el fin de lograr de manera ecuánime la mejora en la calidad de vida, condiciones de salud y el bienestar de la población colombiana (18). Así mismo, en Colombia la tasa de fecundidad en el grupo de 15 a 19 años aumentó rápidamente hasta llegar a 90 por mil desde 1990 al 2005 (5). En el 2005, el embarazo adolescente era de 20,5% en Colombia, uno de los niveles más altos de la región suramericana (19). Sin embargo, desde el 2005 se ha confirmado una tendencia decreciente en la tasa de fecundidad adolescente hasta llegar a 74 por mil en 2015 (5).

Además, en el 2018 se llevó a cabo el programa Generaciones con Bienestar por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el cual constó de 216 adolescentes, de las cuales 108 fueron procedentes del municipio de Santa Lucía. Este programa dejó en evidencia que el índice de embarazo adolescente en el Atlántico era del 20,5 para la fecha del año en que se realizó el programa, siendo el municipio de Santa Lucía uno de los que más incidencia de embarazo adolescente tenía (20). En el año 2013 se tuvo conocimiento de que las cifras de embarazo adolescente en el Atlántico eran del 13.3%, lo cual demuestra que las acciones implementadas desde dicho año no han ayudado a disminuir significativamente estos eventos. Es relevante también mencionar que en el municipio de Santa Lucía la tasa de fecundidad en el grupo de 15 a 19 años durante el año 2020 fue de 107, 91% siendo esta cifra la quinta más alta en los municipios del Atlántico. A lo largo de ese mismo año, se registraron al menos 29 nacimientos, y al menos 4 entre enero y febrero del 2021, producto de madres adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 17 años. La región del Atlántico se encuentra por debajo de la media nacional en las estadísticas en cuanto a prevención de embarazo adolescente (21).

Por otra parte, en el municipio de Manatí al año 2015 se presentaron 55 casos de embarazo adolescente, cifra preocupante para la Secretaría de Salud municipal de ese año, puesto que esta cifra se encontraba por encima de los niveles adecuados de aceptación para ese municipio (22), incluso 5 años después esta cifra sigue preocupando, puesto que en el año 2020 se registraron al menos 54 nacimientos producto de madres adolescentes entre los 13 y 17 años. Dentro de la misma línea, el municipio de Manatí obtuvo la tasa de fecundidad más alta en el grupo de 15 a 19 años, entre todos los municipios del Atlántico durante el año 2020; la tasa fue de 149,01% (22).

Con el fin de intervenir en esa problemática, Colombia cuenta con un contexto normativo que garantiza la protección de los adolescentes bajo estas circunstancias. En la Constitución Política de Colombia, a través del Artículo 42, artículo 43, artículo 44 y artículo 45, encontramos que es obligación de la sociedad y el Estado garantizar derechos a las adolescentes que se encuentren en situaciones de embarazo a muy temprana edad; no solo garantiza la protección de la madre adolescente, también de su hijo, porque dicha protección se extiende hasta después del parto, así lo establece el artículo 43 de la Norma de Normas. De igual forma el artículo 44 establece los derechos fundamentales de los niños y la obligación que tiene la familia, la sociedad y el Estado de asistirlos y protegerlos en situaciones irregulares, brindándoles una formación integral.

El Gobierno nacional, en cumplimiento a los derechos que establece nuestra Constitución Política a los adolescentes, ha promulgado diferentes Leyes y Decretos entre los cuales cabe destacar los siguientes: la Ley 100 de 1993, Ley 1098 de 2006, Ley 1112 de 2007, Ley 1146 de 2007, la Ley 1257 de 2008, el Decreto 2968 de 2010 y el Decreto 3705 de 2007, el Decreto 3705 de 2007. Dichas normas se han establecido con el fin de garantizar el derecho a la seguridad social, al libre desarrollo de la personalidad; la prevención de cualquier tipo de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes, entre otros. Así mismo, exaltan la adopción de normas que permitan garantizar que las mujeres se desarrollen en un entorno libre de violencia a lo largo de su vida; indistintamente garantizan el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, junto a la implementación de acciones que aseguren la armonización de las políticas y estrategias encaminadas a la promoción y garantía de estos.

Si bien dichas normas permiten accionar sobre la problemática de interés (Embarazo adolescente) la situación a lo largo de los años en Colombia y América Latina ha sido resaltada por la Organización Panamericana de la Salud en 2003: "América Latina ha sido pionera en el desarrollo de políticas, planes, programas y servicios para adolescentes en la Región. Sin embargo, muchos de los programas que existen actualmente se adhieren al concepto de prevención de enfermedades y se centran en un comportamiento muy específico, como VIH, prevención de embarazo y promoción de la abstinencia. Los programas y políticas tradicionales han sido de naturaleza curativa y con frecuencia han definido el éxito como la ausencia de problemas, en lugar de como un desarrollo saludable. Dichos programas y servicios



son verticales en su enfoque y no integran los conceptos de familia, cultura, valores y el contexto global en el que ocurre el Comportamiento" (23).

Por todos los aspectos mencionados, este estudio en adolescentes en los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico, resulta prioritario como fuente de información para la comunidad y los entes gubernamentales, de manera que estos puedan desarrollar estrategias de intervención intersectorial, ya sea desde la escuela, el sector salud, o recreación para prevenir el embarazo adolescente en la población que conforma el universo del estudio.

Actualmente, existe un proyecto denominado Uninorte Social, el cual es una iniciativa de la Universidad del Norte para apoyar el desarrollo sostenible de los municipios del departamento del Atlántico. El enfoque principalmente se atribuye a los municipios de Manatí y Santa Lucía, razón por la cual, mediante esta investigación se espera poder contribuir a la identificación de los determinantes sociales que están presentes en el embarazo de adolescentes entre 14 a 18 años, con el fin de poder realizar estrategias direccionadas en la prevención e intervención de esta problemática.

En el presente informe se provee un panorama actual sobre la tasa de adolescentes embarazadas y las problemáticas que se manifiestan, así como las relaciones entre los factores sociodemográficos y personales con las características de la salud sexual y reproductiva, por lo cual, logra ser considerado como bibliografía para próximas investigaciones, contribuyendo significativamente al campo de Salud Pública.

Si bien el embarazo en adolescentes en Colombia ha demostrado una tendencia a disminuir en la última década, la trayectoria de vida de las adolescentes en estado de embarazo se ve gravemente afectada, por tal motivo, con el fin de entender el embarazo en la adolescencia se requiere tener una visión amplia sobre las variables que inciden de manera significativa en esta etapa de la vida, entre ellas, los determinantes sociales en salud. Adquiere relevancia tener en cuenta además que la adolescencia es una etapa compleja, donde ocurren muchos cambios orgánicos, físicos, mentales y a nivel del entorno social de los individuos. La falta de apoyo e información educativa en esta etapa de la vida favorece que el embarazo adolescentes, sea considerado como un problema de salud pública. Sin lugar a duda, para lograr esto es necesario el estudio de las comunidades y la identificación de los determinantes sociales que generan vulnerabilidad y la posibilidad de embarazo en dichas adolescentes (24).

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo general**

Identificar los determinantes sociales del embarazo presentes en la población adolescente entre 14 a 18 años que residen en los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022.

### **4.2. Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas y de salud sexual y reproductiva en la población de estudio.
- Determinar los factores interpersonales del embarazo adolescente reportados en la literatura, prevalentes en la población de estudio.
- Relacionar los factores sociodemográficos con los factores interpersonales y características de la salud sexual y reproductiva.
- Relacionar los factores interpersonales con las características de salud sexual y reproductivo.

## **5. CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO**

### **5.1. Adolescencia**

#### **5.1.1. Definición**

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Es un periodo de transición de crucial importancia en la vida del ser humano, la cual se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por una serie de procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el fin de la niñez y el inicio de la adolescencia (2).

Durante la adolescencia, se logra un importante crecimiento y desarrollo físico, pero más que los cambios físicos habrá una transición hacia la independencia. En esta etapa se alcanzan los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del joven a la edad adulta como son: lograr su identidad, aceptar su imagen corporal, adquirir capacidades con el fin de establecer relaciones y asumir funciones adultas. Los adolescentes constituyen un subgrupo poblacional muy importante desde la perspectiva de salud pública, no solo por su número, capacidad reproductora y poder adquisitivo, sino también porque su estado de salud, su comportamiento y sus hábitos actuales tendrán una enorme repercusión en su estilo de vida y su salud futura (25).

#### **5.1.2. Clasificación de la adolescencia**

Se puede esquematizar la adolescencia en tres etapas:

##### **5.1.2.1. Adolescencia inicial**

Esta se abarca desde los 10 a los 13 años y se caracteriza principalmente por la presencia de los cambios puberales. Es una etapa en donde comienzan a ser evidentes los cambios corporales, y es por esta razón que el adolescente empieza a sentir curiosidad y sentimiento de ansiedad. Es posible también que comiencen a explorar las formas para independizarse de su familia (26).

##### **5.1.2.2. Adolescencia media**

Este periodo va desde los 14 a los 16 años y se caracteriza por los conflictos que surgen con los miembros de la familia. Se considera una etapa clave, ya que aquí es donde pueden comenzar a surgir conductas de riesgo. Así mismo, en este periodo de

tiempo suelen tener inicio la mayoría de las relaciones sexuales. Es una etapa donde comienzan a explorar y se cuestionan su identidad sexual (26).

### **5.1.2.3. Adolescencia final o tardía**

Abarca desde los 17 a los 19 años y se caracteriza por una etapa en donde hay más control en cuanto a las conductas y el adolescente comienza a asumir responsabilidades propias de la madurez. En esta fase, se tiene una mayor determinación a la hora de tomar decisiones, basadas en sus valores e ideales. Las relaciones son más estables y se centran más en los planes hacia el futuro (26).

### **5.1.2.4. Según la Resolución 3280 de 2018**

La Resolución 3280 de 2018 emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, establece que la adolescencia abarca desde los 12 hasta los 17 años y se caracteriza por diversos cambios y transformaciones a nivel psicosocial, neurocognitivo, físico y sexual que influyen de manera significativa en el desarrollo y futuro de las personas (27). Se considera universal en cuanto a los cambios físicos, neurológicos y características sexuales que se generan; sin embargo, los procesos psicosociales incluyendo la sexualidad, no lo son, ya que está determinado por las distintas sociedades y culturas que dan sentido a estas transformaciones biológicas (27).

## **5.2. Embarazo**

### **5.2.1. Definición**

El embarazo o también conocido como gestación, se define como el periodo comprendido entre la fertilización y el nacimiento, en el que los mamíferos llevan al embrión o feto que se está desarrollando en su útero (28).

“La gestación es un proceso complejo, en el que se llevan a cabo cambios importantes en la mujer, tanto a nivel fisiológico como psicológico, en el cual el medio ambiente familiar y el entorno social cumplen roles trascendentales para la salud del binomio madre-hijo” (29).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define al embarazo como el periodo que procede al final de la implantación, definido como los 5-6 días posteriores a la fecundación, durante la cual se da la adherencia del blastocisto a la pared uterina (30).

### **5.2.2. Cambios fisiológicos**

Los cambios fisiológicos que ocurren durante la gestación son multifactoriales, van desde cambios en el aspecto físico, como aumento de peso, cambio en la pigmentación de la piel, la hiperflexibilidad de la sínfisis pubiana, entre otros (29).

A nivel orgánico, está el inminente cambio hormonal que se presenta durante el embarazo, que causa diversos cambios tanto en el estado de ánimo materno como en su aspecto físico y metabolismo. La demanda fisiológica aumenta, incrementando el gasto cardíaco, renal, la demanda energética y respiratoria. Son notorios los cambios a nivel del sistema digestivo, reproductor, e incluso en el sistema de coagulación (31).

### **5.3. Embarazo adolescente**

El embarazo adolescente típicamente se ha definido como el embarazo que se presenta en mujeres con edades entre los 10 a 19 años (32). El embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud pública, que tiene consecuencias a nivel social y económico, que incluye la reproducción intergeneracional de la pobreza, el bajo logro escolar y la falta de oportunidades; así como con profundas consecuencias para la salud física, mental y social de las mujeres más jóvenes y es uno de los principales factores de mortalidad materna e infantil (33). Así pues, el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública que requiere soluciones multifactoriales (34).

#### **5.3.1. Factores de riesgo para el embarazo**

##### **5.3.1.1. Factores de riesgo biológicos**

La edad se constituye en un factor de riesgo para el embarazo adolescente esto debido a que las adolescentes más jóvenes se preparan menos, con menor lógica en sus decisiones y su actividad sexuales es con más frecuencia esporádica o incluso forzada, lo que contribuye a un menor uso de anticoncepción y un mayor riesgo de embarazo no deseado (34)(35).

Desde la década de 1970, se han dado varios enfoques para comprender el desarrollo del sistema de procesamiento cognitivo que ocurre durante la adolescencia Daniel P. Keating evidencia una meseta en la velocidad de este procesamiento al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta. Al igual que ocurre con la velocidad de procesamiento cognitivo, la capacidad de procesamiento, que con mayor frecuencia se mide como el lapso de la memoria de trabajo, presenta un crecimiento a lo largo de la niñez, con una meseta parecida en la adolescencia

tardía o poco después; las estructuras conceptuales centrales, (36) una red teórica que presentan el conocimiento básico en un dominio, también mostraron un patrón de crecimiento congruente con el observado para la velocidad y la capacidad de procesamiento (36).

Keating plantea que a pesar de que la evidencia sostiene que, con mayor conocimiento y experiencia, existe una mayor probabilidad de que el adolescente haya visto patrones iguales o semejantes anteriormente, lo que le permite aprovechar esa experiencia pasada para guiar la acción actual, las habilidades cognitivas avanzadas generalizadas, dadas por el sistema de procesamiento cognitivo, pueden estar limitadas entre los niños y los adolescentes más jóvenes. La mielinización de las vías neurales aumenta sustancialmente la velocidad de procesamiento y este proceso incrementa más no culmina durante la adolescencia. La evidencia de la neurociencia del desarrollo ha encontrado la existencia de una proliferación de sinapsis o sinaptogénesis en la adolescencia temprana, seguida de un período de poda sináptica, en el que los subsistemas neuronales más fuertemente activados y comprometidos se retienen selectivamente en comparación con los subsistemas no activados. Esta experiencia en la poda sináptica es parecida a la observada durante la infancia y la primera infancia. En esta etapa aún se está desarrollando una organización entre los sistemas neuronales, el crecimiento gradual de las funciones ejecutivas y la autorregulación interna. Por ende, es posible afirmar que la maduración cerebral y cognitiva, en particular los principales desarrollos en la corteza prefrontal tienen lugar durante la pubertad, razón por la cual se puede ver comprometida la correcta toma de decisiones durante la adolescencia, incluyendo aquellas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, lo que podría traer consecuencias como el embarazo adolescente (37).

Otro aspecto biológico importante de destacar es la menarquia, definida como la aparición de un primer período menstrual, indica el inicio de la edad reproductiva en la mujer durante la cual esta puede quedar en embarazo (38). Se ha hallado una asociación entre una menor edad de la menarquia y el inicio precoz de la actividad sexual que potencialmente conduce al embarazo adolescente (39).

### **5.3.1.2. Factores de riesgo sociales:**

El estado marital se asocia con el embarazo adolescente, si bien las adolescentes casadas tienen mayor probabilidad de quedar embarazada (40). se debe tener en cuenta que hay menos probabilidad de que el embarazo sea no deseado en comparación con las adolescentes no casadas (41). Además, se ha encontrado que el apoyo de la pareja aumenta el riesgo de embarazo, al igual que la depresión y un historial de aborto (42). Múltiples estudios han evidenciado que la depresión está asociada con conductas anticonceptivas como el uso o el no uso en lo absoluto de anticonceptivos en adolescentes y embarazos en la adolescencia. El momento del primer episodio depresivo en relación con la edad de la primera relación sexual juega un papel fundamental en la determinación del riesgo de embarazo en la

adolescencia. Si se realiza un diagnóstico y tratamiento oportuno de la depresión en adolescentes esto ayuda al bienestar mental y a la prevención del embarazo durante la adolescencia (43).

Se ha notado que ser hijo o hija de una madre adolescente es un factor de riesgo para repetir el modelo de embarazo adolescente (44). Incluso cuando se controlan el nivel socioeconómico y la demografía, los hijos de madres adolescentes tienen mayor riesgo de embarazo en su futura adolescencia (34).

La escasa educación de las mujeres se asocia con unas tasas mayores de embarazos en adolescentes (34). La ausencia escolar persistente después de los 14 años y un progreso académico por debajo de lo esperado se relacionan con el embarazo adolescente (45). La ignorancia acerca de la sexualidad y reproducción en los padres de los adolescentes, sus profesores y los adolescentes mismos aumenta el inicio temprano de las relaciones sexuales y de embarazos no deseados (44).

Estudios demuestran una correlación significativa entre el estado económico y el embarazo adolescente. Las adolescentes con menor estrato socioeconómico, pobreza y menores ingresos tienen una mayor probabilidad de quedar embarazadas (46). La pobreza infantil y el desempleo son los dos indicadores con mayor influencia en las tasas de concepción de menores de 18 años (45).

### **5.3.2. Factores protectores para el embarazo**

Las tasas de natalidad en adolescentes estadounidenses se hallan en un mínimo histórico; esta mejoría se le atribuye a tres factores: el retraso del inicio de las relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos y mayor utilización de la anticoncepción de larga duración (34)(47). Las adolescentes que utilizan métodos de barrera, como el condón, tienen menos riesgo de quedar embarazadas (48). Las revisiones sistemáticas de los programas de prevención del embarazo sugieren que el éxito de los programas está basado en una combinación de intervenciones que brindan educación sexual integral y que promueven el uso constante y correcto de anticonceptivos eficaces (10). Las adolescentes que participan en programas con una educación sexual integral suelen tener menos tasas de embarazo que las expuestas sólo a programas centrados únicamente en la abstinencia o que no han recibido ningún tipo de educación sexual (34).

El asesoramiento individual, el suministro de anticonceptivos o recetas de anticonceptivos y los servicios gratuitos o de bajo costo también contribuyen a la eficacia del programa (10). En los países industrializados con políticas que apoyan el acceso a la protección frente al embarazo y las infecciones de transmisión sexual, las adolescentes tienden a usar más anticonceptivos hormonales y preservativos, disminuyendo así la tasa de embarazo adolescente. Una cultura abierta y honesta en torno al sexo y las relaciones también se asocia con tasas más bajas de embarazo durante la adolescencia (45).

Numerosos estudios han demostrado que un mayor nivel de escolaridad y ser estudiante es un factor protector contra el embarazo (49)(41). Ser estudiante genera mejores expectativas laborales, personales y en conjunto con un objetivo educativo superior conllevan a una menor probabilidad de embarazos en la mayoría de los grupos (34). En una revisión sistemática realizada en el año 2017, se indica que el nivel educativo, en particular la asistencia escolar continua y la obtención de al menos una educación secundaria, posee un papel protector para el embarazo adolescente (42).

#### **5.4. Determinantes sociales en salud**

La OMS ha definido la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. De igual manera lograr ese estado pleno de salud es considerado por la OMS como un derecho fundamental (50). La Salud no solo se limita al concepto físico, también abarca la capacidad del individuo para adaptarse al medio de forma biológica y sociocultural (51).

Así mismo, la OMS define los determinantes sociales de la salud como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”. Su estudio no debe ser individualizado sino integral, entendiendo los determinantes como una red compleja de factores que se encuentran interrelacionados (15). Para lograr su intervención, se incluyen sistemas económicos, políticas y programas de desarrollo; sin embargo, dichas condiciones pueden variar dependiendo cada población, lo cual termina ocasionando inequidades sanitarias (15).

Teniendo en cuenta evidencias científicas sobre los determinantes sociales de la salud, Richard Wilkinson y Michael Marmot indican que las clases sociales más bajas son más propensas a enfermar, las circunstancias que producen mucho estrés terminan generando incapacidad para afrontarlas, lo cual como consecuencia ocasiona deterioro en la salud y muertes prematuras (52). Así mismo, la exclusión social, el estrés laboral y el desempleo incrementan el riesgo de complicaciones en salud. Finalmente, se destaca la importancia del apoyo social y que desde la primera infancia la persona se sienta valorada, con el fin de evitar la ansiedad, depresión, hostilidad y sentimientos de desesperanza que suelen ser frecuentes en momentos de transición críticos a lo largo de la vida (52)(53).

Teniendo en cuenta la conceptualización de la Estrategia de Prevención del Embarazo realizada por el manual operativo territorial, Conpes Social 147/2012: instrumentos para la intersectorialidad a nivel local, es importante resaltar que la edad de aparición de la menarquia, el inicio de relaciones sexuales, la nupcialidad, el uso de métodos de anticoncepción, el acceso a servicios de salud y educación, el consumo de sustancias tóxicas y psicoactivas, son los determinantes que mayor contribuyen al desarrollo del embarazo adolescente. Así mismo, se identificaron



determinantes intermedios tales como las condiciones familiares, el abuso o violencia, la supervisión o diálogo entre padres y adolescentes y la formación de calidad en Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Sexuales y Reproductivos en la escuela. Finalmente, en los determinantes sociales distales cabe destacar la existencia de oportunidades de desarrollo personal y alternativas de vida, junto con la prevención de su vulneración y la adecuada valoración de los mensajes transmitidos a través de las Tecnologías de la información y la Comunicación (TIC'S) (33)(54).

#### **5.4.1. Determinantes proximales**

Los determinantes proximales se relacionan con las características individuales, donde cabe destacar los factores biológicos como el desarrollo puberal y factores de comportamiento como el uso de métodos anticonceptivos, el inicio de relaciones sexuales, la nupcialidad, acceso a servicios de salud y educación. Dentro de este grupo también se encuentra la configuración de proyectos de vida propios, las creencias del individuo, las prácticas de género y su comportamiento con respecto a la sexualidad. Las variables mencionadas anteriormente pueden incidir significativamente en las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (23).

Durante un estudio realizado en 2007 en Colombia se evidencio que los determinantes de exposición para el riesgo al embarazo estaban condicionados fuertemente por el uso de métodos de control prenatal, el aborto inducido y un descenso significativo referente a la edad de inicio de las relaciones sexuales (55). Esta última ha sido un tema de interés, por lo tanto, un estudio realizado en 2018 en el cual participaron 522 jóvenes se encontró que durante la adolescencia avanzada e intermedia se encontró que aproximadamente el 86% de los participantes ya habían iniciado su vida sexual (56). De igual manera según Marlene Montes y Luz Argotes establecieron durante un estudio en 2005 que el funcionamiento hormonal que trae consigo la menarquia genera despertar sexual, dicho estudio fue ratificado en 2010 por Argenida Blanco y Fidel Latorre en el Hospital Universitario de Santander, donde los resultados arrojaron una asociación entre la menarquía temprana y el embarazo adolescente (55). En la revisión de la literatura se encontró un estudio de 2005 se identifica la exposición al embarazo en adolescentes y su asociación con patrones de nupcialidad incluyendo legales o consensuales el resultado encontrado fue que la vida en unión de las adolescentes en edades tempranas es uno de los factores que inciden en su fecundidad (57).

#### **5.4.2. Determinantes intermedios**

Los determinantes intermedios en su marco conceptual se definen a través de la estratificación social de los individuos, son de vital importancia al momento de reconocer diferencias en cuanto a la exposición y vulnerabilidad a condiciones que perjudiquen la salud e integridad de las personas (58).

En estos se incluyen la familia, hogar, escuela y condiciones familiares en las cuales se desarrolle el niño, niña o adolescente. Es importante tener en cuenta si hay existencia de abuso o violencia, supervisión y diálogo entre padres y adolescentes, presencia de normas de funcionamiento del hogar, y cuidado por mantener al adolescente en el sistema escolar con una formación de calidad. Este último, el cual hace referencia al nivel educativo, se considera como un factor protector; en primer lugar, por las habilidades que se adquieren y la manera como contribuye el desarrollo propio, y como fin último permite acceder a mejores oportunidades. Además, permite tener mejores percepciones sobre sí mismo, sobre la identidad de género y sobre la capacidad para evaluar la adecuación de normas sociales, creencia sobre el rol de género, trabajo y comunidad (23).

Durante 2014 en un estudio realizado para encontrar los factores determinantes de embarazo adolescente se encontró que el mal funcionamiento familiar puede predisponer al inicio de relaciones sexuales a edades muy tempranas, muchos adolescentes consideraron el embarazo como una posibilidad para huir de un hogar lleno de violencia, alcoholismo y abuso (55). De igual manera Flores y Núñez durante 2002 afirmaron que las familias donde los adolescentes cuentan con la presencia de ambos padres biológicos generan en el adolescente la percepción de altos niveles de aceptación, supervisión y reduce probabilidad de asumir conductas de riesgo (55). En este mismo contexto un estudio en Chile durante 2007 indicó que los conflictos intrafamiliares debilitan la relación de los padres con las adolescentes y por lo que buscan apoyo afectivo e intimidad fuera de la familia (59).

Por último, cabe destacar que dichos factores influyen sobre los comportamientos de autocuidado, lo que a fin de cuentas conlleva a tener conductas sexuales menos riesgosas y más responsables (23).

#### **5.4.3. Determinantes distales**

Los determinantes distales se relacionan con la existencia de opciones para la generación de ingresos, la pobreza, el acceso oportuno a servicios públicos, la oportunidad de poder participar en las decisiones públicas y ejercer la democracia. También, influye el marco del entorno y normas sociales sobre sexualidad, feminidad, masculinidad, relaciones de pareja, participación de adolescentes en procesos de decisión e identidad social y la presencia de oportunidades para el desarrollo personal.

Se encontró entre los determinantes distales de subtipo social que en 2014 se establecieron como comunidades de adolescentes con alto riesgo: las zonas de pobreza, delincuencia y alcoholismo como aquellas donde la cantidad de familias disfuncionales es elevada, no es posible el acceso a sistemas de salud y existe falta de ingresos estables (55).

Por lo tanto, el contexto en el cual se desarrolle la persona, las alternativas de vida, la prevención de su vulneración y la adecuada valoración de los mensajes transmitidos por las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC's) son determinantes que también hacen parte de este grupo y establecen las posibilidades de tener o no una buena salud (23).

## **6. CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA**

### **6.1. Tipo de estudio**

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal para cumplir con el objetivo de identificar los determinantes sociales del embarazo presentes en la población adolescente entre 14 a 18 años que residen en los municipios de Manatí y Santa Lucía - Atlántico en el año 2022.

### **6.2. Población de estudio**

La población de estudio constó de 2677 adolescentes, estudiantes de las instituciones públicas educativas Normal Superior de Manatí, IED de Algodonal, IED MegaColegio de Santa Lucía y Colegio de las Compuertas en el año 2022, ubicadas en los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico, Colombia.

El tamaño del universo de la población se calculó aplicando el porcentaje de 70,24%, correspondiente a la última tasa estimada de matriculación en población de 5 a 16 años de los Municipios de Manatí y Santa Lucía en el año 2019, a la cifra de 3.811 que corresponde al número total de adolescentes entre 14 a 18 años residentes de los municipios del estudio para el año 2021.

#### **6.2.1. Población diana**

Adolescentes entre 14 a 18 años matriculados en instituciones públicas en el departamento del Atlántico, Colombia en el año 2022.

#### **6.2.2. Población accesible**

Adolescentes entre los 14 a 18 años estudiantes de las instituciones públicas educativas Normal Superior de Manatí, IED de Algodonal, IED MegaColegio de Santa Lucía y Colegio de las Compuertas en el año 2022.

#### **6.2.3. Población elegible**

Fue conformada por los adolescentes que se encontraban en la población accesible, cumpliendo debidamente los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

### 6.2.3.1. Criterios de inclusión

Adolescentes entre los 14 a 18 años, estudiantes de las instituciones educativas Normal Superior de Manatí, IED de Algodonal, IED MegaColegio de Santa Lucía y Colegio de las Compuertas, los cuales firmaron previamente el asentimiento informado y sus padres o acudientes el consentimiento establecido para menores de edad.

### 6.2.3.2. Criterios de exclusión

Adolescentes que tuvieron dificultades en cuanto a la comunicación oral y/o escrita y que no estuvieron de acuerdo en participar en el estudio. También fueron excluidos los formularios diligenciados con menos del 80% de los datos.

### 6.2.4. Cálculo muestral

Se realizó el cálculo de la muestra utilizando el software Epidat Versión 3.1. a partir de la fórmula de cálculo de muestra para estudios descriptivos cuya variable principal es de tipo cualitativo.

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

n= tamaño de la muestra.

N= tamaño de la población.

Z= nivel de confianza.

d = nivel de precisión absoluta. Referido a la amplitud del intervalo de confianza deseado en la determinación del valor promedio de la variable en estudio.

p= proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia.

q= proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio.  
(1-p)

El cálculo se hizo teniendo en cuenta que, si bien no se conocía la prevalencia del embarazo adolescente en los municipios de Manatí y Santa Lucía, según la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años madres o embarazadas del primer hijo es de 20.6% en el Departamento del Atlántico (19), por lo que se tomó este porcentaje como la proporción esperada del evento; un nivel de confianza de 95% y un efecto de diseño de 1,0.

Tamaño poblacional:	2677
Proporción esperada:	20,600%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

Precisión (%)	Tamaño de muestra
1,000	1878
1,500	1367
2,000	990
2,500	731
3,000	554
3,500	431
4,000	343
4,500	279
5,000	230

*Nota: Cálculo realizado con software Epidat Versión 3.1.*

El tamaño de muestra calculado teniendo en cuenta una precisión de 2,5% fue de 731 estudiantes.

### **6.2.5. Técnica de muestreo**

La técnica de muestreo fue de tipo no probabilístico de “participantes voluntarios” o “autoseleccionada”, los estudiantes escolarizados entre 14 a 18 años recibieron la invitación mediante las instituciones educativas, posteriormente estos respondieron accediendo a ser partícipes del estudio.

### **6.3. Variables de estudio**

Las variables que se estudiaron en la presente investigación fueron fundamentadas en la revisión efectuada en la literatura discutida anteriormente. Las variables se agruparon en 3 macrovariables: factores sociodemográficos, que incluyen edad, sexo, religión, estrato social, afiliación a salud, asistencia a programa de salud sexual y reproductiva; las características de salud sexual y reproductiva, que incluyen el estado de embarazo, edad de menarquia y espermarquia, embarazos previos o pareja con embarazos previos, abortos previos o pareja con abortos previos, edad inicio de vida sexual, uso de métodos anticonceptivos con regularidad, acceso a servicios de salud, antecedentes familiares de embarazo adolescente; y factores interpersonales, que incluyen estructura del hogar, presión social para iniciar relaciones sexuales, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas, consumo de alcohol, tabaquismo, supervisión parental, inestabilidad familiar, comunicación intrafamiliar y nivel educativo de los padres. Para el análisis de asociación se tomaron como variables independientes: sexo, religión, edad,

asistencia a programas de salud sexual y reproductiva y supervisión parental; como variables dependientes se tomaron: constante supervisión parental, presión social para iniciar relaciones sexuales, inicio de vida sexual, conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, estado de embarazo y asistencia a programas de salud sexual y reproductiva.

**(Ver Anexo C. Tabla de Operacionalización de las variables)**

#### **6.4. Recopilación de datos**

Se esperó la autorización por parte del comité de ética de la Universidad del Norte, para hacer entrega de los consentimientos a los rectores de los Colegios, los cuales proporcionaron los consentimientos a los padres o cuidadores responsables de los estudiantes. En la información brindada por los investigadores se indicó el carácter de confidencialidad brindado por los estudiantes (Exceptuando casos donde se solicitó notificación obligatoria según requerimientos ético-legales).

##### **6.4.1. Fuentes de datos**

La información provino de fuentes primarias, constituida por hombres y mujeres entre los 14 y 18 años, quienes asisten a las instituciones educativas IED Santa Lucía y Normal en Manatí.

##### **6.4.2. Técnica de recopilación**

**Primera etapa:** Con el fin de identificar posibles errores en la interpretación de las preguntas, se realizó una prueba piloto donde se envió el cuestionario en formato virtual a estudiantes de primer semestre de medicina de la Universidad del Norte, los cuáles se encontraban en el rango de edad de nuestra población de estudio. Se solicitó a los estudiantes validadores informar cualquier dificultad en la resolución de las preguntas para su posterior corrección.

**Segunda etapa:** El proceso de recopilación de la información inició en Noviembre del año 2021, con la primera fase de sensibilización, en esta se efectuó la presentación del proyecto a los diferentes entes políticos y gubernamentales de los municipios de Manatí y Santa Lucía, en el departamento del Atlántico y a los rectores de las instituciones educativas donde se pretendía ejecutar el proyecto, además, se realizó la entrega del resumen ejecutivo del mismo y la carta de autorización, que debía ser firmada por los rectores. El día 7 de febrero del año 2022, se ejecutó la segunda fase de sensibilización, en donde se efectuó la solicitud de autorización a los directivos de las instituciones educativas de los respectivos municipios en las instalaciones de la Universidad del Norte.

Dentro de esta segunda fase de sensibilización, posterior a la autorización por parte de los rectores, nos dirigimos a los padres de familia de las instituciones educativas con la ayuda de Lucía Avendaño Gelves, coordinadora de la iniciativa Uninorte Social. Se enviaron cartas y video informativos a los padres de familia en donde se plasmaron los objetivos de la investigación.

**Tercera etapa:** Se obtuvo una base de datos facilitada por los rectores de cada institución educativa, la cual contenía información sobre los estudiantes que posiblemente se encontraban dentro de los rangos de edad requeridos para la investigación, teniendo en cuenta el grado que cursaban, posteriormente se confirmó vía telefónica que los estudiantes pertenecientes a la base de datos cumplieran con los criterios de inclusión. Una vez identificado este número de estudiantes, se hizo envío de los consentimientos informados en cooperación con los docentes a los padres de familia o acudientes, con un plazo máximo para diligenciamiento de 2 semanas.

**Cuarta etapa:** Una vez obtenidos los consentimientos informados firmados por los padres de familia, se entregó el asentimiento informado a los estudiantes desde los 14 a los 18 años, pertenecientes a las instituciones educativas de los respectivos municipios y posteriormente se recolectaron los datos mediante un cuestionario sobre determinantes sociales del embarazo adolescente, diseñado por los investigadores principales, revisado y validado por docentes del departamento de Salud Pública de la Universidad del Norte. La recolección de datos se realizó de carácter confidencial, ya que en los cuestionarios no se solicitó el nombre de los estudiantes que participaron en el estudio.

**(Ver Anexo D. Cuestionario sobre determinantes sociales del embarazo adolescente)**

## **6.5. Aspectos éticos**

Se considera que este estudio presentó un riesgo mínimo teniendo en cuenta la Resolución Número 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Título II. De la investigación en seres humanos. Capítulo 1. De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Artículo 11. El riesgo mínimo está dado por el registro de datos a través de cuestionarios que tratan aspectos potencialmente sensitivos de la conducta.

El acta de aprobación del Comité de Ética corresponde a la número 247, expedida el 26 de agosto del 2021.

Los datos se recolectaron mediante auto diligenciamiento y se garantizó el anonimato de cada participante al no demandar el nombre de los entrevistados, respetando así la confidencialidad de la información. Se solicitó el consentimiento informado firmado por los padres o tutores legales si el entrevistado era menor de edad, y el asentimiento por todos los participantes.



**(Ver Anexo E. Consentimiento informado, Anexo: Asentimiento informado).**

El presente proyecto fue sometido a evaluación por parte del Comité de Ética de la Universidad del Norte para su aval y posterior inicio de la fase de recopilación de datos.

## **6.6. Procesamiento de datos**

El proceso de tabulación de datos se realizó de forma mecánica, por medio del software privativo Microsoft Excel, de modo que con las variables del estudio fue posible construir una base de datos, las variables fueron codificadas en Excel v.2013; posteriormente, se importó al software estadístico Epi Info versión 7.2.2.16, el cual se utilizó para el procesamiento y la interpretación de los datos.

### **6.6.1. Presentación**

La presentación de los resultados de este estudio descriptivo transversal fue realizada en conformidad con los objetivos específicos relacionados con la naturaleza de las variables, tipos de gráfico y tipos de tabla, algunas fueron univariadas y otras de doble entrada. El tipo de presentación asignada a cada objetivo se resumió en el anexo G.

**(Ver anexo G. Plan de presentación y análisis de información).**

### **6.6.2. Análisis**

Para el análisis descriptivo, al ser variables cualitativas en su mayoría, se utilizaron medidas de frecuencia absoluta y relativas, como el porcentaje. Se utilizó la prueba de Chi Cuadrado y razón de momios con el fin de asociar las variables de interés, estableciendo la significancia a un valor de  $p < 0.05$ .

**(Ver. Anexo G. Plan de presentación y análisis de información)**

## 7. CAPÍTULO 3: RESULTADOS

7.1. Objetivo 1. Describir las características sociodemográficas y de salud sexual y reproductiva en la población de estudio.

**Tabla 1. Edad según sexo de adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022.**

Edad	Sexo		
	Masculino	Femenino	Total
14	<b>34</b> 27,42%	<b>70</b> 31,67%	<b>104</b> 30,14%
15	<b>38</b> 30,65%	<b>66</b> 29,86%	<b>104</b> 30,14%
16	<b>20</b> 16,13%	<b>31</b> 14,03%	<b>51</b> 14,78%
17	<b>21</b> 16,94%	<b>31</b> 14,03%	<b>52</b> 15,07%
18	<b>11</b> 8,87%	<b>23</b> 10,41%	<b>34</b> 9,86%
<b>Total</b>	<b>124</b> 100,00%	<b>221</b> 100,00%	<b>345</b> 100,00%

*Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador.*

La mayor parte de las adolescentes femeninas escolarizadas participantes del estudio tienen 14 años, lo cual corresponde al 31.67% por otra parte, la mayor parte de los adolescentes masculinos escolarizados participantes del estudio tienen 15 años, lo cual corresponde al 30.65% del total de adolescentes masculinos. (Tabla 1).

**Tabla 2. Características sociodemográficas de adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022.**

Sexo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Intervalo de Confianza (%)
Masculino	124	35,94%	31,06%-41,13%
Femenino	221	64,06%	58,87%-68,94%
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>100,00%</b>	<b>-</b>

<b>Religión</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Intervalo de Confianza (%)</b>
No respuesta	1	0,29%	0,05%-1,62%
Católica	192	55,65%	50,38%-60,80%
Cristiana	66	19,13%	15,33%-23,61%
Evangélica	9	2,61%	1,38%-4,88%
Testigo de jehová	3	0,87%	0,30%-2,53%
No practica	67	19,42%	15,59%-23,92%
Otra	7	2,03%	0,99%-4,13%
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>100,00%</b>	<b>-</b>
<b>Estrato socioeconómico</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Intervalo de Confianza (%)</b>
No respuesta	7	2,03%	0,99%-4,13%
1	191	55,36%	50,09%-60,52%
2	107	31,01%	26,37%-36,08%
3	32	9,28%	6,65%-12,80%
4	5	1,45%	0,62%-3,35%
5	1	0,29%	0,05%-1,62%
6	2	0,58%	0,16%-2,09%
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>100,00%</b>	<b>-</b>
<b>Tipo de afiliación al sistema de salud</b>	<b>Frecuencia (N)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Intervalo de Confianza (%)</b>
No respuesta	25	7,25%	4,96%-10,48%
Subsidiado	206	59,71%	54,45%-64,75%
Contributivo	30	8,70%	6,16%-12,14%
Vinculado	12	3,48%	2,00%-5,98%
Magisterio	4	1,16%	0,45%-2,94%
No afiliado	68	19,71%	15,86%-24,23%
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>100,00%</b>	<b>-</b>

*Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador.*

Del total de los estudiantes participantes del estudio, la mayoría fueron mujeres en un 64.06%. El 55.65% de los estudiantes del estudio practican la religión católica. Del total de estudiantes tenidos en cuenta en el estudio, la mayoría corresponden al estrato socioeconómico 1, seguido del estrato socioeconómico 2 con porcentajes de 55.36% y 31.01% respectivamente. El tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en la mayoría de los estudiantes que participaron en el estudio es el subsidiado, equivalente al 59.71%. **(Tabla 2).**

**Tabla 3. Conocimiento y Asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva según sexo de adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022.**

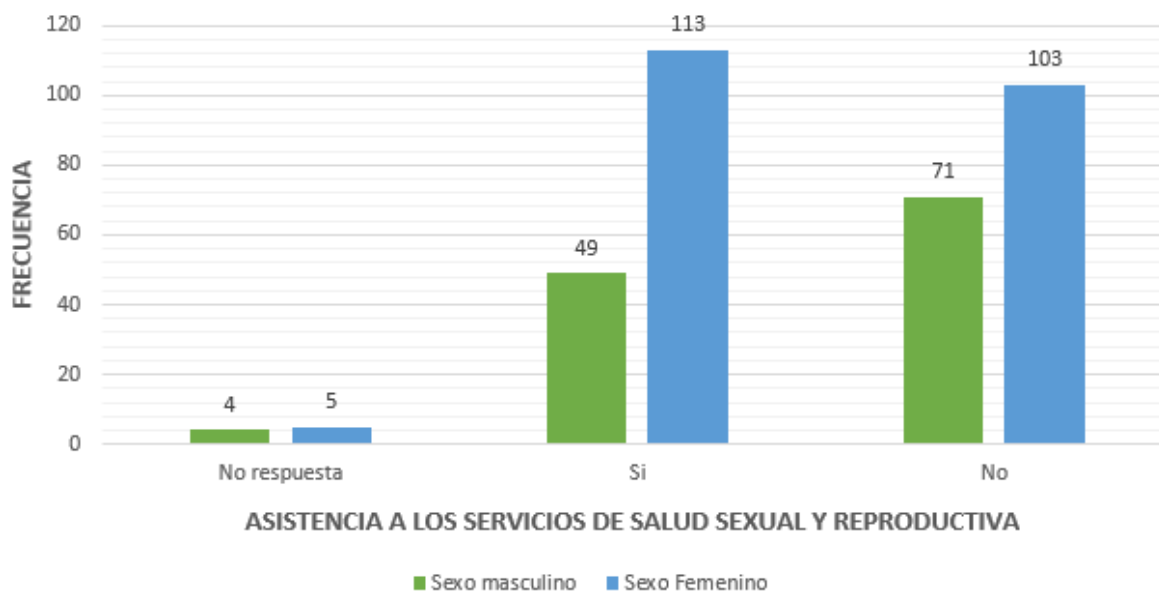
<b>Conocimiento sobre de los servicios de salud sexual y reproductiva</b>				
<b>Sexo</b>	<b>No respuesta</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Masculino	<b>3</b> 2,42% 42,86%	<b>72</b> 58,06% 34,78%	<b>49</b> 39,52% 37,40%	<b>124</b> 100% 35,94%
Femenino	<b>4</b> 1,81% 57,14%	<b>135</b> 61,09% 65,22%	<b>82</b> 37,10% 62,60%	<b>221</b> 100% 64,06%
<b>Total</b>	<b>7</b> 2,03% 100,00%	<b>207</b> 60,00% 100,00%	<b>131</b> 37,97% 100,00%	<b>345</b> 100,00% 100,00%
<b>Asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva</b>				
<b>Sexo</b>	<b>No respuesta</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Masculino	<b>4</b> 3,23% 44,44%	<b>49</b> 39,52% 30,25%	<b>71</b> 57,26% 40,80%	<b>124</b> 100,00% 35,94%
Femenino	<b>5</b> 2,26% 55,56%	<b>113</b> 51,13% 69,75%	<b>103</b> 46,61% 59,20%	<b>221</b> 100,00% 64,06%
<b>Total</b>	<b>9</b> 2,61% 100,00%	<b>162</b> 49,96% 100,00%	<b>174</b> 50,43% 100,00%	<b>345</b> 100,00% 100,00%

*Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador*

Del total de adolescentes entre 14 a 18 años participantes del estudio, la mayoría afirma conocer sobre los servicios de salud sexual y reproductiva, lo cual corresponde al 60.00% del total de adolescentes participantes tanto masculinos como femeninas. Y del total de adolescentes que afirman conocer sobre los servicios de salud sexual y reproductiva la mayoría son mujeres, lo cual corresponde al 65.22%. Del total de estudiantes encuestados el 50.43% no han asistido a servicios de salud sexual y reproductiva, siendo el 59.20% mujeres y el 40.80% hombres, en

contraste con el 46.96% del total de la muestra que sí han asistido a servicios de salud sexual y reproductiva (**Gráfico 1**) (**Tabla 3**).

**Gráfico 1. Asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva.**



*Fuente. Tabla 3. Conocimiento y asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva.*

**Tabla 4. Características de Salud Sexual y Reproductiva según sexo de adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022.**

Sexo	Actualmente embarazada			
	No respuesta	Si	No	Total
Masculino	<b>3</b> 2,42% 60,00%	<b>2</b> 1,61% 40,00%	<b>119</b> 95,97% 35,52%	<b>124</b> 100,00% 35,94%
Femenino	<b>2</b> 0,90% 40,00%	<b>3</b> 1,36% 60,00%	<b>216</b> 97,74% 64,48%	<b>221</b> 100,00% 64,06%
<b>Total</b>	<b>5</b> 1,45% 100,00%	<b>5</b> 1,45% 100,00%	<b>335</b> 97,10% 100,00%	<b>345</b> 100,00% 100,00%

	<b>Embarazos previos/pareja con embarazos previos</b>			
<b>Sexo</b>	<b>No respuesta</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Masculino	<b>1</b> 0,81% 20,00%	<b>5</b> 4,03% 41,67%	<b>118</b> 95,16% 64,02%	<b>124</b> 100,00% 35,94%
Femenino	<b>4</b> 1,81% 80,00%	<b>7</b> 3,17% 58,33%	<b>210</b> 95,02% 64,02%	<b>221</b> 100,00% 64,06%
<b>Total</b>	<b>5</b> 1,45% 100,00%	<b>12</b> 3,48% 100,00%	<b>328</b> 95,07% 100,00%	<b>345</b> 100,00% 100,00%
	<b>Historia de embarazo adolescente en la familia</b>			
<b>Sexo</b>	<b>No respuesta</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
Masculino	<b>0</b> 0,00% 0,00%	<b>41</b> 33,06% 26,80%	<b>83</b> 66,94% 43,92%	<b>124</b> 100,00% 35,94%
Femenino	<b>3</b> 1,36% 100,00%	<b>112</b> 50,68% 73,20%	<b>106</b> 47,96% 56,08%	<b>221</b> 100,00% 64,06%
<b>Total</b>	<b>3</b> 35,94% 100,00%	<b>153</b> 44,35% 100,00%	<b>189</b> 54,78% 100,00%	<b>345</b> 100,00% 100,00%

*Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador.*

Del total de las adolescentes femeninas escolarizadas, el 97.74% no se encuentra actualmente en estado de embarazo, solo el 1.36% se encuentra actualmente en gestación (**Gráfico 2**). Y del total de adolescentes masculinos escolarizados, el 95.97% no tiene actualmente una pareja en estado de embarazo, solo el 1.61% tiene actualmente una pareja en estado de embarazo. La mayoría de los adolescentes entre 14 a 18 años participantes del estudio afirman no haber tenido embarazos previos o pareja con embarazos previos, lo cual corresponde al 95.07% del total de adolescentes participantes tanto masculinos como femeninas. Del total de adolescentes masculinos participantes solo el 4.03% afirma tener pareja con embarazos previos y del total de adolescentes femeninas participantes solo el 3.17% afirma haber tenido embarazos previos. Del total de adolescentes participantes del

estudio tanto masculinos como femeninas, el 54.78% afirman no tener antecedente familiar de embarazo adolescente en comparación con el 44.35% que afirman si tener antecedente de embarazo adolescente en la familia. (Tabla 4).

**Gráfico 2. Actualmente embarazada o pareja en estado de embarazo.**



Fuente. Tabla 4. Características de Salud Sexual y Reproductiva según sexo.

**Tabla 5. Características de salud sexual y reproductiva según sexo de adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022.**

Ya inició su vida sexual	Sexo		
	Masculino	Femenino	Total
No respuesta	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
	100,00%	0,00%	100,00%
	3,23%	0,00%	1,16%
Si	<b>55</b>	<b>54</b>	<b>109</b>
	50,46%	49,54%	100,00%
	44,35%	24,43%	31,59%
No	<b>65</b>	<b>167</b>	<b>232</b>
	28,02%	71,98%	100,00%
	52,42%	75,57%	67,25%
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>221</b>	<b>345</b>
	35,94%	64,06%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

<b>Edad de inicio de vida sexual</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
No respuesta	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
	100,00%	0,00%	100,00%
	3,23%	0,00%	1,16%
Menos de 12	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
	100,00%	0,00%	100,00%
	1,61%	0,00%	0,58%
12	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
	100,00%	0,00%	100,00%
	0,81%	0,00%	0,29%
13	<b>13</b>	<b>2</b>	<b>15</b>
	86,67%	13,33%	100,00%
	10,48%	0,90%	4,35%
14	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>33</b>
	51,52%	48,48%	100,00%
	13,71%	7,24%	9,57%
15	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>28</b>
	46,43%	53,57%	100,00%
	10,48%	6,79%	8,12%
16	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>19</b>
	31,58%	68,42%	100,00%
	4,84%	5,88%	5,51%
17	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>9</b>
	22,22%	77,78%	100,00%
	1,61%	3,17%	2,61%
18	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	50,00%	50,00%	100,00%
	0,81%	0,45%	0,58%
No ha iniciado vida sexual	<b>65</b>	<b>167</b>	<b>232</b>
	28,02%	71,98%	100,00%
	52,42%	75,57%	67,25%
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>221</b>	<b>345</b>
	35,94%	64,06%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%
<b>Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
No respuesta	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
	50,00%	50,00%	100,00%
	3,23%	1,81%	2,32%



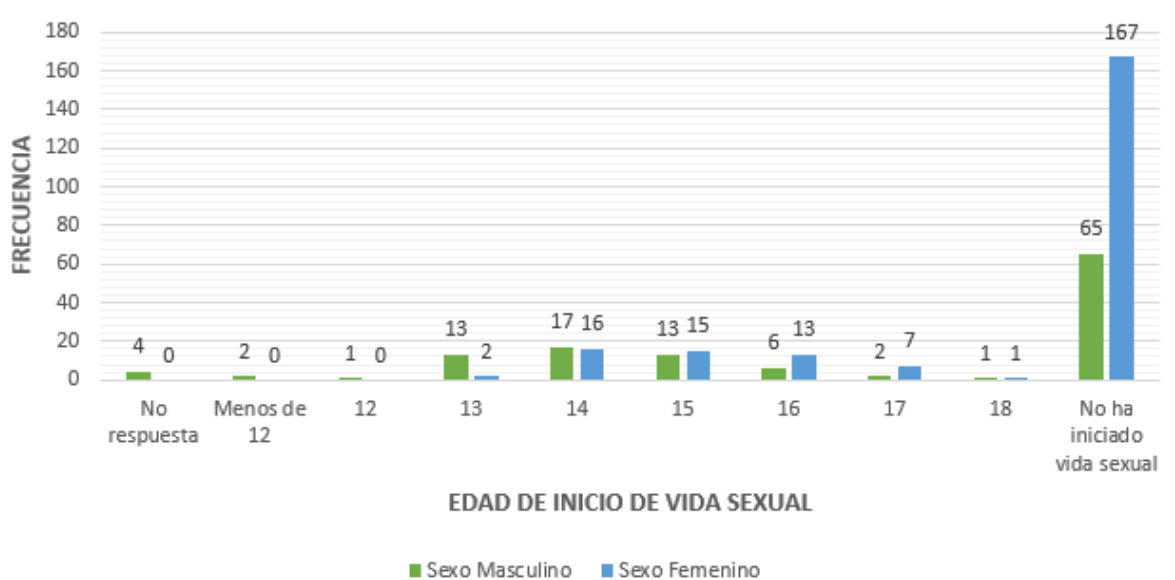
Si	<b>87</b>	<b>164</b>	<b>251</b>
	34,66%	65,34%	100,00%
	70,16%	74,21%	72,75%
No	<b>33</b>	<b>53</b>	<b>86</b>
	38,37%	61,63%	100,00%
	26,61%	23,98%	24,93%
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>221</b>	<b>345</b>
	35,94%	64,06%	100,00%
<b>Uso de métodos anticonceptivos con regularidad</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
No respuesta	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
	87,50%	12,50%	100,00%
	5,65%	0,45%	2,32%
Si	<b>36</b>	<b>29</b>	<b>65</b>
	55,38%	44,62%	100,00%
	29,03%	13,12%	18,84%
No	<b>16</b>	<b>24</b>	<b>40</b>
	40,00%	60,00%	100,00%
	12,90%	10,86%	11,59%
No ha iniciado vida sexual	<b>65</b>	<b>167</b>	<b>232</b>
	28,02%	71,98%	100,00%
	52,42%	75,57%	67,25%
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>221</b>	<b>345</b>
	35,94%	64,06%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%
<b>Abortos previos/Parejas con abortos previos</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
No respuesta	<b>62</b>	<b>106</b>	<b>168</b>
	36,90%	63,10%	100,00%
	50,00%	47,90%	48,70%
Si	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	50,00%	50,00%	100,00%
	0,81%	0,45%	
No	<b>54</b>	<b>112</b>	<b>166</b>
	32,53%	67,47%	100,00%
	43,55%	50,68%	48,12%
No sé	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>9</b>
	77,78%	22,22%	100,00%
	5,65%	0,90%	2,61%

<b>Total</b>	<b>124</b> 35,90% 100,00%	<b>221</b> 64,06% 100,00%	<b>345</b> 100,00% 100,00%
--------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador.

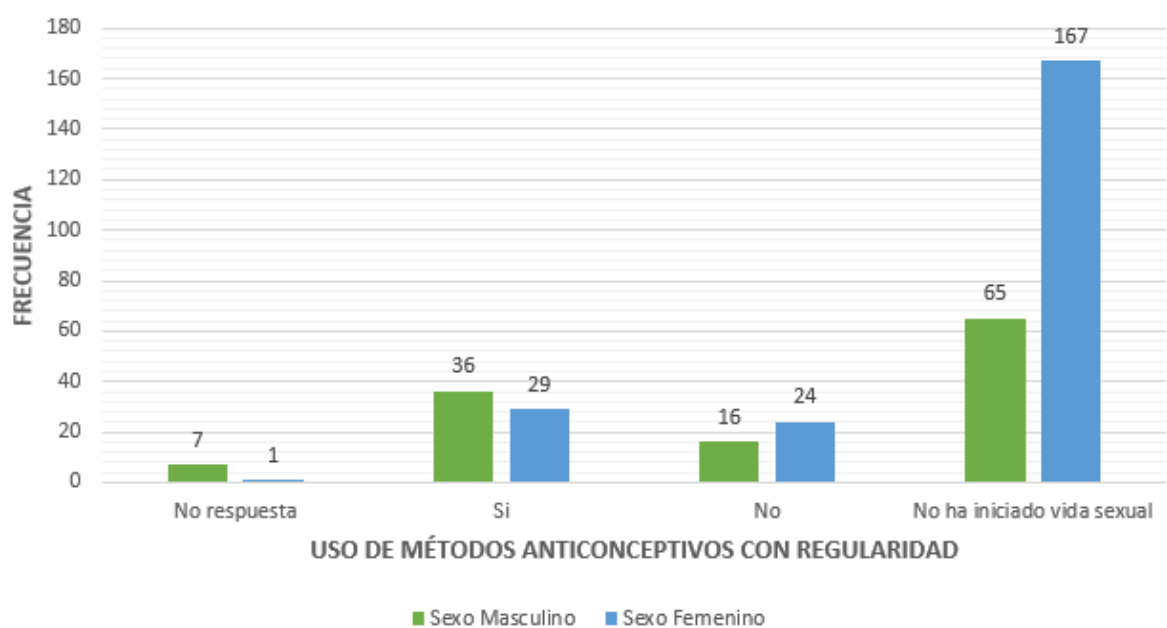
La mayoría de los adolescentes entre 14 a 18 años participantes del estudio afirman no haber iniciado su vida sexual, lo cual corresponde al 67.25% del total de adolescentes participantes tanto masculinos como femeninas. El 31.59% de los estudiantes que hacen parte de la muestra afirman que ya han iniciado su vida sexual; de estos el 50.46% son hombres y el 49.54% mujeres. Dentro de los adolescentes participantes que ya han iniciado su vida sexual, la mayoría la ha iniciado a la edad de 14 años, lo cual corresponde al 9.57% del total de adolescentes (**Gráfico 3**). Del anterior porcentaje, el 51.52% son hombres y el 48.48% son mujeres. El 72.75% de los estudiantes tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, siendo la mayoría del sexo femenino (65.34%). La mayoría de los estudiantes no han iniciado su vida sexual, lo cual corresponde al 67.25% del total de adolescentes participantes tanto masculinos como femeninas. Entre de los adolescentes participantes que ya han iniciado su vida sexual, el 18.84% si usa métodos anticonceptivos con regularidad, el sexo masculino es quien en mayor parte manifiesta usar métodos anticonceptivos con regularidad (55.38%). El 48.70% de los estudiantes participantes, no respondieron si tienen historia de abortos previos o parejas con abortos previos. Sin embargo, del grupo de estudiantes que respondieron, el 48.12% manifiesta que no; de estos el 67.47% son adolescentes femeninas que afirman no tener historia de abortos previos y el 32.53% son adolescentes masculinos que afirman no tener pareja con abortos previos. (**Gráfico 4**) (**Tabla 5**).

**Gráfico 3. Edad de inicio de vida sexual.**



Fuente. Tabla 5. Características de salud sexual y reproductiva según sexo.

**Gráfico 4. Uso de métodos anticonceptivos con regularidad.**



*Fuente. Tabla 5. Características de salud sexual y reproductiva según sexo.*

**Tabla 6. Edad de la menarquia y espermarquia de adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022.**

Edad de la menarquia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Intervalo de confianza (%)
No respuesta	28	8,12%	5,67%-11,48%
10-12	139	40,29%	35,25%-45,55%
13-15	70	20,29%	16,38%-24,85%
16-18	2	0,58%	0,16%-2,09%
No aplica (hombres)	106	30,72%	26,09%-35,78%
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>100,00%</b>	<b>-</b>
Edad de la espermarquia	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Intervalo de confianza (%)

No respuesta	14	4,06%	2,43%-6,70%
10-12	34	9,86%	7,14%-13,46%
13-15	76	22,04%	17,98%-26,70%
16-18	3	0,87%	0,30%-2,53%
No aplica (mujeres)	218	63,19%	57,98%-68,11%
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>100,00%</b>	<b>-</b>

*Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador*

La edad de la menarquia en la mayoría de las adolescentes participantes del estudio fue entre los 10 a los 12 años, lo cual corresponde al 40.29%, seguido de los 13 a los 15 años correspondiente al 20.29%. La edad de la espermarquia en la mayoría de los adolescentes participantes del estudio fue entre los 13 a los 15 años, lo cual corresponde al 22.04%, seguido de los 10 a los 12 años correspondiente al 9.86%. (Tabla 6).

**7.2. Objetivo 2. Determinar los factores interpersonales del embarazo adolescente reportados en la literatura, prevalentes en la población de estudio.**

**Tabla 7. Factores interpersonales del embarazo en adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022.**

<b>Consumo de drogas o sustancias psicoactivas</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Intervalo de confianza (%)</b>
No respuesta	5	1,45%	0,62%-3,35%
Si	2	0,58%	0,16%-2,09%
No	338	97,97%	95,87%-99,01%
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>100,00%</b>	<b>-</b>
<b>Consumo de alcohol</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Intervalo de confianza (%)</b>
No respuesta	2	0,58%	0,16%-2,09%
Si	94	27,25%	22,82%-32,18%
No	249	72,17%	67,22%-76,64%
<b>Total</b>	<b>345</b>	<b>100,00%</b>	<b>-</b>
<b>Tabaquismo</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Intervalo de confianza (%)</b>
No respuesta	4	1,16%	0,45%-2,94%
Si	3	0,87%	0,30%-2,53%
No	338	97,97%	95,87%-99,01%

<b>Total</b>	345	100,00%	-
<b>Presión/Obligación para iniciar relaciones sexuales</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Intervalo de confianza (%)</b>
No respuesta	2	0,58%	0,16%-2,09%
Si	8	2,32%	1,18%-4,51%
No	103	29,86%	25,27%-34,88%
No ha iniciado su vida sexual	232	67,25%	62,13%-71,99%
<b>Total</b>	345	100,00%	-

*Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador*

Del total de estudiantes encuestados, el 97.97% no consume drogas o sustancias psicoactivas. La mayoría de los estudiantes pertenecientes al estudio no consumen alcohol, lo cual corresponde al 72.17%, en comparación con los que sí consumen alcohol que corresponde al 27.25%. Del total de la muestra estudiada, el 97.97% no consume tabaco. Dentro de los estudiantes que hacen parte de la muestra que ya han iniciado su vida sexual; el 29.86% afirma no haber sentido presión u obligación para iniciar relaciones sexuales, en comparación con el 2.32% que afirma si haber sentido presión u obligación para iniciar relaciones sexuales. (**Tabla 7**).

**Tabla 8. Factores interpersonales del embarazo relacionados con el entorno familiar de los adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022.**

<b>Estructura del hogar</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Intervalo de confianza (%)</b>
No respuesta	1	0,29%	0,05%-1,62%
Nuclear biparental	111	32,17%	27,46%-37,28
Nuclear monoparental	46	13,33%	10,15%-17,33% %
Extensa	167	48,41%	43,18%-53,67%
Compuesta	17	4,93%	3,10%-7,75%
Fraterna	3	0,87%	0,30%-2,53%
<b>Total</b>	345	100,00%	-
<b>Violencia intrafamiliar en el hogar</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Intervalo de confianza (%)</b>
No respuesta	1	0,29%	0,05%-1,62%
Si	24	6,96%	4,72%-10,14%
No	320	92,75%	89,52%-95,04%
<b>Total</b>	345	100,00%	-
<b>Constante supervisión parental</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Intervalo de confianza (%)</b>
No respuesta	17	4,93%	3,10%-7,75%

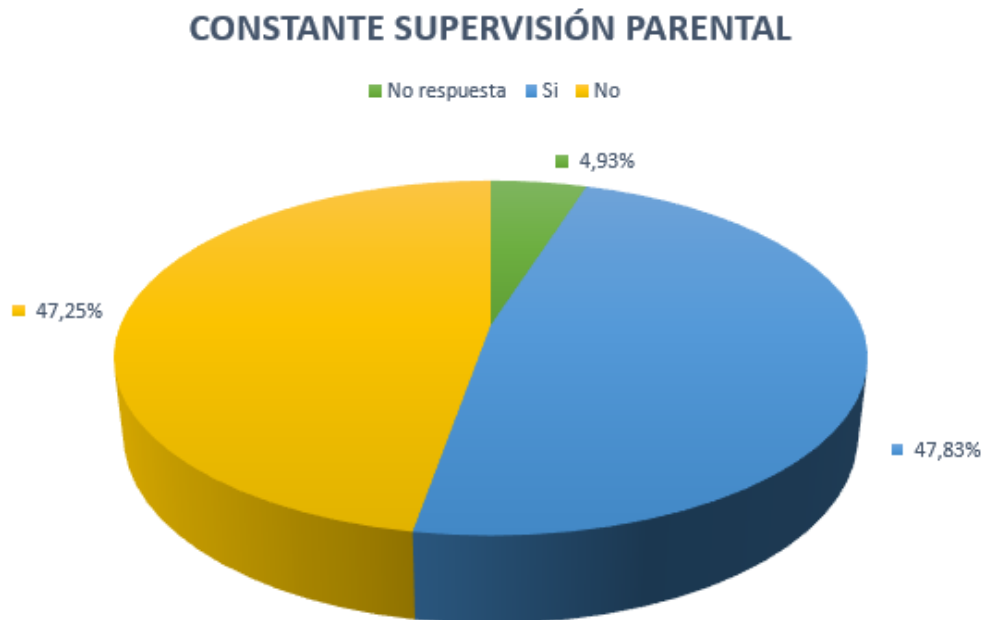
Si	165	47,83%	42,61%-53,09%
No	163	47,25%	42,04%-52,52%
<b>Total</b>	345	100,00%	-
<b>Inestabilidad familiar</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Intervalo de confianza (%)</b>
No respuesta	7	2,03%	0,99%-4,13%
Si	67	19,42%	15,59%-23,92%
No	271	78,55%	73,92%-82,56%
<b>Total</b>	345	100,00%	-
<b>Comunicación intrafamiliar</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Intervalo de confianza (%)</b>
Mala	9	2,61%	1,38%-4,88%
Regular	58	16,81%	13,24%-21,12%
Buena	146	42,32%	37,22%-47,59%
Excelente	132	38,26%	33,29%-43,49%
<b>Total</b>	345	100,00%	-
<b>Nivel educativo de la madre</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Intervalo de confianza (%)</b>
No respuesta	13	3,77%	2,22%-6,34%
Analfabeta	8	2,32%	1,18%-4,51%
Preescolar	3	0,87%	0,30%-2,53%
Básica primaria	65	18,84%	15,07%-23,30%
Básica secundaria (bachiller)	172	49,86%	44,61%-55,10%
Técnico profesional	24	6,96%	4,72%-10,14%
Tecnológico	9	2,61%	1,38%-4,88%
Profesional Universitario	32	9,28%	6,65%-12,80%
Postgrado	2	0,58%	0,16%-2,09%
Desconoce	17	4,93%	3,10%-7,75%
<b>Total</b>	345	100,00%	-
<b>Nivel educativo del padre</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Intervalo de confianza (%)</b>
No respuesta	13	3,77%	2,22%-6,34%
Analfabeta	6	1,74%	0,80%-3,74%
Preescolar	3	0,87%	0,30%-2,53%
Básica primaria	69	20,00%	16,12%-24,54%
Básica secundaria (bachiller)	156	45,22%	40,05%-50,49%
Técnico profesional	27	7,83%	5,43%-11,15%
Tecnológico	6	1,74%	0,80%-3,74%
Profesional Universitario	27	7,83%	5,43%-11,15%
Desconoce	38	11,01%	8,13%-14,76%

<b>Total</b>	345	100,00%	-
--------------	-----	---------	---

*Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador*

La estructura del hogar en la mayoría de los estudiantes que participaron en el estudio es extensa, correspondiendo al 48.41% de la muestra, seguido del tipo nuclear biparental que representa el 32.17%. El 92.75% de los estudiantes que participaron en el estudio no han vivenciado violencia intrafamiliar en sus hogares. El 47.83% de los estudiantes presentan una constante supervisión parental, mientras que el 47.25% manifiesta que no la presenta (**Gráfico 5**). La mayoría de los estudiantes del presente estudio no perciben inestabilidad familiar, lo cual corresponde al 78.55% de la muestra; sólo el 19.42% de los adolescentes participantes perciben inestabilidad en sus familias. La mayor parte de la población del estudio refiere que la comunicación intrafamiliar es buena o excelente, lo cual corresponde al 42.32% y 38.26% respectivamente. Dentro de las madres de los adolescentes participantes del estudio el nivel educativo predominante es básica secundaria (bachiller) con un 49.86%, seguido de básica primaria con un 18.84% y dentro de los padres de los adolescentes participantes el nivel educativo predominante es también, básica secundaria (bachiller), con un 45.22%. Cabe destacar que el 11.01% de los adolescentes encuestados desconocen el nivel educativo de su padre. (**Tabla 8**).

**Gráfico 5. Constante supervisión parental. 28**



*Fuente. Tabla 8. Factores interpersonales del embarazo relacionados con el entorno familiar*

**7.3. Objetivo 3. Relacionar los factores sociodemográficos con los factores interpersonales y características de la salud sexual y reproductiva.**

**7.3.1. Asociación entre los factores sociodemográficos y los factores interpersonales del embarazo en adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022.**

**Tabla 9. Asociación entre el sexo y la constante supervisión parental**

Sexo	Constante supervisión parental		
	Si	No	Total
Femenino	116 55,24% 70,30%	94 44,76% 57,67%	210 100,00% 64,02%
Masculino	49 41,53% 29,70%	69 58,47% 42,33%	118 100,00% 35,98%
<b>Total</b>	165 50,30% 100,00%	163 49,70% 100,00%	328 100,00% 100,00%
<b>OR = 1,7377 IC 95% = [1,1012 – 2,7421] X<sup>2</sup> = 5,6826 Valor-p= 0,017</b>			

*Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador.*

De los adolescentes participantes en el estudio que afirman tener una constante supervisión parental el 70.30% son adolescentes femeninas en contraste con el 29.70% los cuales son adolescentes masculinos. 17 estudiantes no respondieron esta pregunta, de los cuales 11 son adolescentes femeninas y 6 son adolescentes masculinos.

**OR = 1,7377.**

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y la presencia de una constante supervisión parental teniendo en cuenta el IC 95%: 1.10-2.74 y el  $X^2$ : 5.68.

**Tabla 10. Asociación entre el sexo y presión para iniciar relaciones sexuales**

Sexo	Presión / obligación para iniciar relaciones sexuales		
	Si	No	Total
Femenino	4 7,41%	50 95,59%	54 100,00%



	50,00%	48,54%	48,65%
Masculino	4	53	57
	7,02%	92,98%	100,00%
	50,00%	51,46%	51,35%
Total	8	103	111
	7,21%	92,79%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%
<b>OR = 1,0600 IC 95% = [0,2514 – 4,4685] X<sup>2</sup> = 0,0063 Valor-p= 0,936</b>			

Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador.

De los adolescentes participantes en el estudio que afirman haber sentido presión u obligación para iniciar relaciones sexuales el 50.00% son adolescentes femeninas y el otro 50.00% son adolescentes masculinos. De las adolescentes femeninas participantes en el estudio el 95.59% afirma no haber sentido presión u obligación para iniciar relaciones sexuales y de los adolescentes masculinos participantes en el estudio el 92.98% afirma no haber sentido presión u obligación para iniciar relaciones sexuales. 232 estudiantes afirman no haber iniciado su vida sexual y 2 estudiantes no respondieron esta pregunta

OR = 1,0600.

No es posible afirmar que existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo femenino y la presión u obligación para iniciar relaciones sexuales teniendo en cuenta el IC 95%: 0.25-4.46 y el  $X^2$ : 0.006.

### 7.3.2. Asociación entre los factores sociodemográficos y características de salud sexual y reproductiva en adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2022.

Tabla 11. Asociación entre la religión y el inicio de la vida sexual

Practica alguna religión	Inicio de vida sexual		
	Si	No	Total
No practica	28	38	66
	42,42%	57,58%	100,00%
	25,93%	16,38%	19,41%
Si practica	80	194	274
	29,20%	70,80%	100,00%
	74,07%	83,62%	80,59%
Total	108	232	340
	31,76%	68,24%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%

**OR = 1,7868 IC 95% = [1,0275 – 3,1072] X<sup>2</sup> = 4,2933 Valor-p= 0,0382**

*Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador*

De los adolescentes participantes en el estudio que afirman ya haber iniciado su vida sexual el 25.93% no practica ninguna religión, en comparación con el grupo de adolescentes que afirman no haber iniciado su vida sexual, de los cuales el 16,38% no practica ninguna religión. Por otra parte, de los adolescentes que afirman practicar alguna religión el 29.20% ya han iniciado su vida sexual, en contraste con el 70.80% los cuales no han iniciado vida sexual. 4 estudiantes no respondieron la pregunta sobre su inicio de vida sexual y 1 estudiante no respondió la pregunta sobre la práctica de alguna religión.

**OR = 1,78.**

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre no practicar ninguna religión y el inicio de la vida sexual teniendo en cuenta el IC 95%: 1.02-3.10 y el X<sup>2</sup>: 4.29.

**Tabla 12. Asociación entre la edad y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos**

Edad	Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos		
	No conoce	Si conoce	Total
Adolescencia media	76	176	252
	30,16%	69,84%	100,00%
	88,37%	70,12%	74,78%
Adolescencia tardía	10	75	85
	11,76%	88,24%	100,00%
	11,63%	29,88%	25,22%
Total	86	251	337
	25,52%	74,48%	100,00%
	100,00%	100,00%	100,00%
<b>OR = 3,238 IC 95% = [1,5882 – 6,6043] X<sup>2</sup> = 11,314 Valor-p= 0,0007</b>			

*Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador*

De los adolescentes participantes en el estudio que afirman no conocer sobre los métodos anticonceptivos el 88.37% se clasifica dentro de la adolescencia media, en comparación con el grupo de adolescentes que afirman si conocer sobre los métodos anticonceptivos, de los cuales el 70.12% se clasifica dentro de la adolescencia media. 8 estudiantes no respondieron esta pregunta, de los cuáles 7 se clasifican dentro de la adolescencia media y 1 dentro de la adolescencia tardía.

**OR = 3,23**

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la adolescencia media y el desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos teniendo en cuenta el IC 95%: 1.58-6.60 y el  $\chi^2$ : 11.31.

**Tabla 13. Asociación entre la edad y el estado de embarazo**

Edad	Actualmente embarazada / Pareja en estado actual de embarazo		
	Si	No	Total
Adolescencia tardía	2 2,35% 40,00%	83 97,65% 24,78%	85 100,00% 25,00%
Adolescencia media	3 1,18% 60,00%	252 98,82% 75,22%	255 100,00% 75,00%
<b>Total</b>	5 1,47% 100,00%	335 98,53% 100,00%	340 100,00% 100,00%
<b>OR = 2,024 IC 95% = [0,3325 – 12,3229] <math>\chi^2 = 0,609</math> Valor-p= 0,435</b>			

*Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador*

De los adolescentes participantes en el estudio aquellas que afirman estar actualmente en estado de embarazo o aquellos que afirman tener una pareja en estado actual de embarazo el 40.00% se clasifica dentro de la adolescencia tardía y el 60.00% se clasifica dentro de la adolescencia media. Por otra parte, el grupo de adolescentes que afirman no estar actualmente en estado de embarazo o no tener una pareja en estado actual de embarazo el 24,78% se clasifica dentro de la adolescencia tardía. 5 estudiantes no respondieron esta pregunta, de los cuáles 4 se clasifican dentro de la adolescencia media y 1 dentro de la adolescencia tardía.

**OR = 2,024.**

No es posible afirmar que existe asociación estadísticamente significativa entre la adolescencia tardía y el estado actual de embarazo o el tener pareja en estado actual de embarazo teniendo en cuenta el IC 95%: 0.33-12.32 y el  $\chi^2$ : : 0.60.

**Tabla 14. Asociación entre el sexo y la asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva**

Sexo	Asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva		
	Si	No	Total
Masculino	49 40,83%	71 59,17%	120 100,00%

	30,25%	40,80%	35,71%
Femenino	113 52,31% 69,75%	103 47,69% 59,20%	216 100,00% 64,29%
<b>Total</b>	162 48,21% 100,00%	174 51,79% 100,00%	336 100,00% 100,00%
<b>OR = 0,6291 IC 95% = [0,4005 – 0,9880] X<sup>2</sup> = 4,072 Valor-p= 0,043</b>			

*Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador*

De los adolescentes participantes en el estudio que afirman si asistir a los servicios de salud sexual y reproductiva el 30.25% son adolescentes masculinos en comparación con el grupo de adolescentes que afirman no asistir a los servicios de salud sexual y reproductiva, de los cuales el 40.80% son adolescentes masculinos. 9 estudiantes no respondieron esta pregunta, de los cuales 5 son adolescentes femeninas y 4 son adolescentes masculinos.

**OR = 0,6291.**

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el sexo masculino y la inasistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta el IC 95%: 0.40-0.98 y el  $X^2$ : 4.07.

**Tabla 15. Asociación entre la asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva y el conocimiento sobre métodos anticonceptivos**

Asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva	Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos		
	No conoce	Si conoce	Total
No	59 34,91% 71,95%	110 65,09% 44,72%	169 100,00% 51,52%
Si	23 14,47% 28,05%	136 85,53% 55,28%	159 100,00% 48,48%
<b>Total</b>	82 25,00% 100,00%	246 75,00% 100,00%	328 100,00% 100,00%
<b>OR = 3,1715 IC 95% = [1,8419 – 5,4610] X<sup>2</sup> = 18,26 Valor-p= 0,00001</b>			

*Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador*

De los adolescentes participantes en el estudio que afirman no conocer sobre los métodos anticonceptivos el 71.95% no asiste a servicios de salud sexual y reproductiva, en comparación con el 28.05% que afirma si asistir a servicios de salud sexual y reproductiva. Por otra parte, del grupo de adolescentes que afirman si conocer sobre los métodos anticonceptivos el 44.72% no asiste a servicios de salud sexual y reproductiva. 9 estudiantes no respondieron la pregunta sobre la asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva y 8 estudiantes no respondieron la pregunta sobre el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

**OR = 3,1715**

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre no la asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva y el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos teniendo en cuenta el IC 95%: 1.84-5.46 y el  $X^2$ : 18.26.

#### 7.4. Objetivo 4. Relacionar los factores interpersonales con las características de salud sexual y reproductivo

**Tabla 16. Asociación entre la constante supervisión parental y el inicio de vida sexual.**

Constante supervisión parental	Ya inició su vida sexual		
	Si	No	Total
No	58 36,25% 54,21%	102 63,75% 46,79%	160 100,00% 49,23%
Si	49 29,70% 45,79%	116 70,30% 53,21%	165 100,00% 50,77%
<b>Total</b>	107 32,92% 100,00%	218 67,08% 100,00%	325 100,00% 100,00%
<b>OR = 1,3461 IC 95% = [0,8463 – 2,1412] <math>X^2 = 1,5795</math> Valor-p= 0,208</b>			

*Fuente. Datos recolectados por el grupo investigador*

De los adolescentes participantes en el estudio que afirman ya haber iniciado su vida sexual el 54.21% afirman no tener una constante supervisión parental en comparación con el 45.79% que sí afirman tener una constante supervisión parental. Por otra parte, del grupo de adolescentes que afirman no haber iniciado su vida sexual, el 46.79% afirma no tener una constante supervisión parental. 17 estudiantes no respondieron la pregunta sobre la constante supervisión parental y 4 estudiantes no respondieron la pregunta sobre el inicio de su vida sexual.

**OR = 1,3461**

No es posible afirmar que existe asociación estadísticamente significativa entre ausencia de una constante supervisión parental y el inicio de la vida sexual teniendo en cuenta el IC 95%: 0.84-2.14 y el  $X^2$ : 1.57.

## 8. CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en el presente estudio cabe mencionar que en cuanto a las características sociodemográficas y de salud sexual y reproductiva, la edad de los adolescentes prevalente en esta población es una edad de menor riesgo para el desarrollo de embarazo adolescente, en los resultados se encontró que la mayor parte de las adolescentes femeninas escolarizadas participantes del estudio tienen 14 años de edad, en contraste, con lo reportado en un estudio sobre los factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia, el cual indica que es en la adolescencia tardía, entre los 15 y 19 años de edad, cuando se presenta el mayor número de embarazos (60).

Como hallazgo adicional, se encontró que 18 participantes entre masculinos y femeninos iniciaron vida sexual antes de los 14 años, lo cual sitúa un punto clave en el análisis del comportamiento sexual y reproductivo en la población estudiada ya que teniendo en cuenta lo establecido en la Ley 599 del 2000, Artículo 209 del Código Penal Colombiano sobre Actos Sexuales con Menor de catorce años que establece: “El que realizare actos sexuales diversos del acceso carnal con persona menor de catorce (14) años o en su presencia, o la induzca a prácticas sexuales, incurrirá en prisión de nueve (9) a trece (13) años”, y el Artículo 208, sobre el Acceso Carnal Abusivo con menor de catorce años: “El que acceda carnalmente a persona menor de catorce (14) años, incurrirá en prisión de doce (12) a veinte (20) años”, motivo por el cual se considera delito en dichas circunstancias teniendo en cuenta la edad mencionada (61) (62) (63) (64).

En cuanto a la religión, la gran mayoría de los adolescentes escolarizados participantes, refieren que practican alguna religión, lo cual se considera un factor protector en la literatura, incluso se ha reportado que la adherencia a una religión retrasa el inicio de las relaciones sexuales y se relaciona con un menor número de parejas (60).

Por otra parte, se evidenció en un estudio sobre características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia que el estrato socioeconómico 1 se relaciona con el desarrollo de embarazo adolescente, lo cual concuerda con los resultados del presente estudio en el cual se encontró que el 55.36% de la población corresponden a dicho estrato, lo que constituye otro factor de riesgo para la población de estudio (65).

De los adolescentes escolarizados entre 14 a 18 años que participaron en el estudio, la mayoría se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. En Colombia, según la Encuesta de Fedesarrollo, el 57,4% de las adolescentes con hijos no tiene ningún tipo de afiliación a servicios de salud y el 33,72% de las adolescentes embarazadas tampoco lo tienen (66). Teniendo en cuenta los resultados de esta encuesta, la mayor proporción de estudiantes tienen un menor riesgo de embarazo adolescente.

Considerando que la mayoría de la población de estudio tiene conocimiento sobre los servicios de salud sexual y reproductiva, se considera factor protector según un estudio sobre conocimiento en salud sexual y reproductiva asociados a la prevalencia de embarazo en adolescentes, en el cual se indica que las adolescentes que presentan un nivel elevado de conocimientos en salud sexual y reproductiva tienen menos probabilidad de embarazos a temprana edad (67).

Así mismo, un estudio sobre la evaluación de las opciones de los adolescentes para prevenir el embarazo: Impactos y mecanismos, reportó que gran parte de las adolescentes embarazadas experimentan un embarazo repetido dentro de los dos años posteriores a un parto o aborto anterior (68) teniendo en cuenta dicho estudio, cabe resaltar que en la población encuestada en nuestro estudio el 1,36% de las adolescentes está actualmente en estado de embarazo, el 3.17% ha tenido embarazos previos, lo cual, de acuerdo a la literatura, aumenta el riesgo de presentar embarazos no deseados posteriormente (42). Además, del total de participantes en el estudio que no respondieron si tenían abortos previos o parejas con abortos previos el 36.90% son adolescentes masculinos y el 63.10% son adolescentes femeninas, esto se podría explicar por dos posibles razones: La falta de conocimiento del término “aborto” por parte de los adolescentes pertenecientes a las instituciones educativas participantes y este porcentaje también pudo verse justificado por la redacción de la pregunta, la cual pudo resultar limitante debido a que está condicionada por la respuesta dada en la pregunta previa.

El 1.61% de las parejas de los adolescentes masculinos se encuentran actualmente en estado de embarazo y 4.03% tienen pareja con embarazos previos, razón por la cual también genera para ellas un riesgo. Teniendo en cuenta los resultados expuestos anteriormente, los estudiantes que actualmente no están embarazadas y que no han tenido embarazos ni abortos previos, que representan la mayor proporción de adolescentes encuestadas, tienen un menor riesgo para el desarrollo de embarazo adolescente.

Respecto a la edad de inicio de la vida sexual, dentro de los adolescentes participantes, la mayor proporción inició a la edad de 14 años, de acuerdo a estudios que evalúan el comportamiento sexual, el coito temprano y su relación con el embarazo adolescente,(69)(70) el inicio de vida sexual temprana es un fuerte predictor de la edad del primer embarazo. De los estudiantes que refirieron haber iniciado su vida sexual, la mayoría respondió que no ha sentido presión u obligación para tener relaciones sexuales, de acuerdo con un estudio de coerción reproductiva, violencia de pareja y riesgo de embarazo entre mujeres adolescentes, estas adolescentes tienen 5 veces menos riesgo de embarazo en comparación con aquellas que refirieron coerción reproductiva.

Teniendo en cuenta la edad de la menarquia en las adolescentes femeninas escolarizadas del presente estudio, la mayor prevalencia se obtuvo entre los 10 a 12



años, lo cual constituye un factor de riesgo según un estudio realizado sobre los fundamentos sociales y biológicos transgeneracionales del embarazo en la adolescencia, en el cual se evidencia que la menarquia a edades tempranas parece estar asociado con una edad más temprana al primer parto (71).

Se ha evidenciado que el inicio de la actividad sexual cuando los adolescentes carecen de conocimientos y habilidades adecuadas para protegerse los coloca en mayor riesgo de embarazos no deseados según una Revista de Investigación Clínica en Endocrinología Pediátrica (72), sin embargo, gran parte de los encuestados conocen sobre los métodos anticonceptivos y los usan, lo cual constituye a esta variable como un potencial factor protector en estos municipios.

Si bien el 54.78% de los adolescentes encuestados no tienen antecedentes de embarazo adolescente en la familia, el 44.35% sí, razón por la cual, este último grupo se encuentra en riesgo teniendo en cuenta un estudio sobre la asociación entre el embarazo en la adolescencia y los antecedentes familiares de nacimientos en la adolescencia, en cual indica que las mujeres adolescentes cuya hermana y madre han tenido embarazos en la adolescencia poseen más posibilidades de tener en embarazo en dicho periodo de la vida (73).

Por otra parte, con respecto a los factores interpersonales que influyen en el embarazo adolescente en esta población cabe resaltar que, si bien en cuanto a la supervisión parental, los hallazgos de esta investigación no evidenciaron una gran diferencia entre los adolescentes que sí presentan supervisión parental y los que no, un estudio que evaluó el monitoreo parental y el inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes escolarizados de Colombia, demostró que el incremento en el monitoreo de los hijos acerca de sus actividades sociales, reducen notablemente la probabilidad de que los jóvenes inicien sus relaciones sexuales (74). Por otra parte, la comunicación intrafamiliar es considerado como un factor protector en la literatura (75) concuerda con lo manifestado por los adolescentes participantes en el presente estudio, donde la mayoría tiene buena o excelente comunicación con sus padres.

Así mismo, se considera que la mayor parte de la población no cuenta con violencia intrafamiliar en el hogar, lo cual finalmente disminuye el riesgo de embarazo adolescente, ya que se ha reportado en un estudio sobre Adolescencia, embarazo y violencia doméstica: condiciones sociales y proyectos de vida, que las adolescentes que sí padecieron violencia familiar tienen más probabilidad de tener embarazo durante esta etapa (76).

La estructura del hogar en la mayoría de los estudiantes que participaron en el estudio es extensa, correspondiendo al 48.41% de la muestra. Este porcentaje de estudiantes tienen un mayor riesgo de embarazo de acuerdo con un estudio de Profamilia sobre Determinantes del embarazo adolescente en Colombia (33) que concluyó que vivir en hogares compuestos y extensos se asocian a un mayor riesgo de embarazo en mujeres adolescentes entre 13 y 19 años.

En el presente estudio se halló que la mayoría de la población encuestada no consume sustancias psicoactivas, alcohol o tabaco, al comparar estos resultados con estudios realizados en Brasil y Perú, los cuales exhortan el consumo de estas sustancias nocivas como un factor predisponente a la práctica riesgosa de conductas sexuales como lo son: el inicio temprano de vida sexual; falta de acceso a la información y planificación familiar, teniendo en cuenta esto se fundamenta que el hallazgo encontrado en la presente investigación disminuye el riesgo en los adolescentes estudiados de tener una edad precoz de embarazo (75)(76).

Finalmente, se reportó en un estudio sobre los factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una comunidad rural que el nivel educativo de los padres contribuye al desarrollo de embarazo adolescente en sus hijos (77), tal como evidencia nuestro estudio, al encontrar que el nivel educativo de un gran porcentaje de los padres de los adolescentes corresponde a básica secundaria.

Al relacionar los factores sociodemográficos con los factores interpersonales, se encontraron los siguientes hallazgos. Para la relación entre el sexo y constante supervisión parental, se reportó que el *odds* de tener una constante supervisión parental en aquellas participantes que son adolescentes femeninas fue 1.7 veces mayor en comparación con aquellos participantes de sexo masculino. Esta asociación es estadísticamente significativa teniendo en cuenta el valor *p* (0,017). Este hallazgo es compatible con lo reportado en una investigación realizada en la ciudad de Saltillo, México, en donde se encontró que el control conductual en las mujeres se encamina a la mayor protección y cuidado en contraste con la educación en varones la cual tiende a tener pobre comunicación (78).

Así mismo, se identificó que el *odds* de percibir presión u obligación para iniciar relaciones sexuales en aquellas participantes que son adolescentes femeninas fue 1.0 veces mayor en comparación con aquellos participantes de sexo masculino. Sin embargo, no es posible afirmar que existe asociación estadísticamente significativa teniendo en cuenta el valor *p* (0,936). De igual forma, no fue posible encontrar literatura que reportara resultados específicamente en correlación con estas dos variables, sin embargo, de manera general se identificó en un estudio realizado en el año 2017 en Ecuador, como la opinión de los pares es uno de los factores con mayor influencia para la determinación de conductas tanto sexuales como reproductivas en los adolescentes (79).

En cuanto a la religión, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Luis, Perú; posterior a un estudio se logró establecer que el mayor número de adolescentes que iniciaron precozmente su vida sexual manifestaron ser ateos o agnósticos. Esto concuerda con lo encontrado en el presente estudio, en el cual, al relacionar la variable sociodemográfica (religión) y características de salud sexual y reproductiva (inicio de vida sexual), se encontró que el *odds* de iniciar vida sexual en aquellos adolescentes participantes que no practican una religión es 1.7 veces mayor que en aquellos adolescentes participantes que sí practican una religión. Esta

asociación es estadísticamente significativa teniendo en cuenta el valor p (0,038). (80).

Adicionalmente, los resultados de este estudio contemplan el hecho de que pertenecer a la adolescencia media es un factor de riesgo para el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, ya que se obtuvo un OR de 3.2 lo cual indica que el *odds* de tener desconocimiento sobre métodos anticonceptivos en aquellos participantes que pertenecen a la adolescencia media fue 3.2 veces mayor en comparación con aquellos participantes pertenecientes a la adolescencia tardía. Esta asociación es estadísticamente significativa teniendo en cuenta el valor p (0,000). Dicho hallazgo difiere con lo plasmado en un estudio realizado en México, referente al conocimiento de métodos de planificación familiar en estudiantes universitarios, en el que se concluyó que el rango de edad entre los 13 a 17 años tenían el mayor conocimiento sobre estos métodos (81).

Además, se considera que pertenecer a la adolescencia tardía es un factor de riesgo para el estado actual de embarazo o para tener una pareja en estado actual de embarazo, justificado por el OR 2.0 que se obtuvo. Sin embargo, no es posible afirmar que existe asociación estadísticamente significativa teniendo en cuenta el valor p (0,435). Esto coincide con lo reportado en la revista de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, en donde se evidencia que es en los adolescentes categorizados en la adolescencia tardía donde hay una mayor presencia de casos de embarazo (82).

En cuanto la asociación entre el sexo y la asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva se encontró que el *odds* de asistir a estos en aquellos participantes que son adolescentes masculinos fue 0.6 veces menor en comparación con aquellas participantes de sexo femenino, es decir, que la mayoría de los asistentes a los servicios de salud sexual y reproductiva son adolescentes femeninas. Esta asociación es estadísticamente significativa teniendo en cuenta el valor p (0,043). Los resultados coinciden con lo reportado en un estudio transversal analítico realizado en la Ciudad De México, en donde se evidenció que del total de adolescentes que asistieron a la consejería individual de servicios de salud sexual y reproductiva, el 68.5% corresponde a mujeres y el 31.5% a hombres (83).

También se estableció que el no asistir a los servicios de salud sexual y reproductiva es un factor de riesgo para el desconocimiento sobre métodos anticonceptivos, ya que se obtuvo un OR de 3.1 lo cual indica que el *odds* de tener desconocimiento sobre métodos anticonceptivos en aquellos participantes que no asisten a los servicios de salud sexual y reproductiva fue 3.1 veces mayor en comparación con aquellos participantes que sí asisten a los servicios de salud sexual y reproductiva. Esta asociación es estadísticamente significativa teniendo en cuenta el valor p (0,000). Lo anterior concuerda con lo reportado en un estudio realizado en Perú, en donde se evidenció que la asistencia de las adolescentes de la Institución Educativa Santa Ana a los servicios de salud sexual y reproductiva es muy baja. Se estimó un escaso uso de métodos anticonceptivos; tal hallazgo pudiese ser prevenible si las adolescentes acudiesen a los servicios de salud sexual y reproductiva (84).

Al relacionar los factores interpersonales con las características de salud sexual y reproductiva, se encontró que el no tener una constante supervisión parental es un factor de riesgo para iniciar vida sexual, justificado por el OR 1.3 que se obtuvo. Sin embargo, no es posible afirmar que existe asociación estadísticamente significativa teniendo en cuenta el valor p (0,208). La literatura concuerda con lo anterior, un estudio transversal hecho en El Salvador constató que el 37.2% de los estudiantes que afirmaron poca o ninguna supervisión parental, ya han iniciado su vida sexual. Por lo cual, en los adolescentes se evidenció como factor protector frente al inicio de la vida sexual (85).

Como fortalezas del presente estudio resulta conveniente mencionar que es la primera investigación sobre los determinantes sociales del embarazo adolescente en los municipios donde se llevó a cabo el estudio, además, permitió determinar la prevalencia actual del embarazo adolescente dentro de las instituciones educativas de los municipios Manatí y Santa Lucía, Atlántico. Así mismo, se estudiaron un amplio número de variables, lo que sin lugar a duda permite caracterizar de mejor manera a la población, teniendo en cuenta específicamente cuáles influyen significativamente en la población de estudio.

Así mismo, la información recolectada puede servir como base para el desarrollo de intervenciones educativas orientadas a reforzar, o en su defecto, generar la implementación de cátedras de salud sexual y reproductiva en las instituciones educativas involucradas en el presente estudio.

Afortunadamente, la ejecución de la investigación contó con la colaboración de Uninorte Social, iniciativa liderada por Lucía Avendaño Gelves que tiene como objetivo apoyar el desarrollo sostenible de los mencionados municipios del Atlántico. Lucía y su equipo orientaron el proceso de recolección de la información y facilitó el contacto con las directivas de las instituciones educativas y otras entidades públicas que finalmente son aquellas que implementarán las estrategias para intervenir en esta problemática teniendo en cuenta los resultados de la presente investigación.

Así mismo, con el fin de garantizar que los datos fueran los más confiables posible, se programó la recolección de datos en sinergia con las directivas, asegurando así no interferir con las actividades académicas, encontrando un horario que beneficiara tanto a la población como al resto de partícipes en la investigación. Se garantizó también alimentación durante la jornada de recolección, con el fin de incentivar a los estudiantes a la participación en el estudio. Cabe destacar que la logística llevada a cabo para el proceso de recolección resultó eficaz, cumpliendo con los horarios establecidos de forma coordinada.

En cuanto a las limitaciones presentadas durante el desarrollo de la investigación, con respecto a la participación de las instituciones educativas, resulta conveniente destacar que no todas las instituciones a la que se les invitó a ser partícipes desearon ser parte del estudio, lo cual resultó en una disminución del acceso a potenciales participantes del estudio

Además, cabe resaltar que la firma de los consentimientos informados por parte de los padres de familia o tutores legales de los estudiantes se vio obstaculizada por dificultades al momento de la entrega de los consentimientos, en la mayoría de las instituciones educativas la entrega se hizo a través de los docentes, mientras que en una de las instituciones los consentimientos fueron entregados por un mensajero enviado por los investigadores.

A su vez, hubo limitaciones al momento de la recolección de datos, debido a que las bases de datos facilitadas por las directivas de las instituciones no precisaba con la información actualizada de la población estudiantil del año lectivo y perteneciente a la jornada en la cual se realizó la recolección de los datos, es decir, muchos de los estudiantes que inicialmente habían sido tenidos en cuenta para la recolección de datos, pertenecían a jornada nocturna o en su defecto, al contar con la base de datos antigua, algunos estudiantes ya no hacían parte del grado asignado.

Adicionalmente, cabe mencionar que debido a que se recolectaron los datos en una única fecha se limitó el número de la muestra, ya que no todos los estudiantes asistieron el día de la recolección, a pesar de haber tenido el consentimiento informado diligenciado por los padres de familia o tutores legales.

Todo lo anterior, conllevó a una disminución de la muestra planteada inicialmente en 731 estudiantes y que finalmente terminó abarcando 345 estudiantes, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y contaron con consentimiento y asentimiento informado diligenciado. Esto afectó, en cierto grado, el poder del estudio.

Entre las implicaciones de los hallazgos para la toma de decisiones y la orientación de futuras investigaciones, es importante que la muestra aborde población tanto adolescente escolarizada como no escolarizada, teniendo en cuenta que en esta última hay mayor probabilidad de encontrar casos de embarazo adolescente asociado a deserción escolar. Además, se aconseja verificar que los Consentimientos Informados incluyan los nombres de los estudiantes y el grado al que pertenecen, de esta manera se facilita contactar a los estudiantes cuyos padres de familia o tutores legales firmaron los Consentimientos Informados.

Al utilizar en el estudio técnica de muestreo de tipo no probabilístico de “participantes voluntarios” o “autoseleccionada” se pudo presentar como error sistemático afectando en cierta medida la exactitud y la validez interna un sesgo de información específicamente de no respuesta o de voluntarios.

## **CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES**

Esta investigación permitió caracterizar los determinantes sociales del embarazo presentes en la población adolescente entre 14 a 18 años que residen en los municipios de Manatí y Santa Lucía - Atlántico en el año 2022. Se encontró que la edad de los adolescentes prevalente en la población, la práctica de alguna religión, el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, conocimiento sobre los servicios de salud sexual y reproductiva, el no haber sentido presión u obligación para iniciar las relaciones sexuales, no haber tenido antecedentes de embarazo adolescente dentro de la familia, la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el no estar actualmente en estado embarazo o tener una pareja en estado de embarazo, el no tener antecedente violencia en el hogar, el no consumir tabaco, alcohol o sustancias psicoactivas, el tener supervisión parental y la buena comunicación intrafamiliar son factores protectores para el embarazo adolescente en la literatura que están presentes en la población escolarizada entre 14 a 18 años que participó en el estudio.

No obstante, la mayoría de los estudiantes pertenece al estrato socioeconómico 1, el nivel educativo de los padres de los adolescentes corresponde en mayor proporción a básica secundaria, tienen en mayor proporción una estructura familiar tipo extensa. En el caso de las adolescentes femeninas, la edad de la menarquia con mayor prevalencia fue entre los 10 a 12 años, y el 3,48% ha tenido embarazos previos. Lo anterior, de acuerdo con la literatura, aumenta el riesgo de presentar embarazos adolescentes.

Adicionalmente, se identificó en el estudio que las adolescentes femeninas participantes tenían una mayor supervisión parental en comparación con los adolescentes masculinos. Así mismo, tuvo relevancia el hecho de practicar una religión, ya que se evidenció que la probabilidad de iniciar vida sexual en aquellos adolescentes que no practicaban una religión era mayor que en aquellos que sí la practicaban, lo cual concuerda con lo encontrado en la literatura.

Además, se reportó que los adolescentes participantes pertenecientes a la adolescencia media afirmaron no tener conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, comparado con los que se encontraban en la adolescencia tardía. Se reconoció también, una mayor asistencia de adolescentes femeninas a los servicios de salud sexual y reproductiva, a diferencia de los adolescentes masculinos participantes del estudio. Y de los participantes asistentes a estos servicios, se evidenció que tenían un mayor conocimiento en cuanto a los métodos anticonceptivos en contraste con los adolescentes no asistentes.

## **CAPÍTULO 6: RECOMENDACIONES**

De acuerdo con los resultados del estudio, se recomienda implementar estrategias con el fin de disminuir los determinantes sociales que influyen en el embarazo adolescente identificados en la población perteneciente al estudio.

En primer lugar, es importante seguir incentivando la educación sobre el uso de métodos anticonceptivos, ya que así como se encontró en los resultados los adolescentes pertenecientes a la adolescencia media tuvieron un desconocimiento 3.2 veces mayor en comparación con los adolescentes pertenecientes a la adolescencia tardía, por lo tanto, se recomienda a las instituciones educativas y entidades políticas encargadas implementar estrategias de educación enfocadas en estudiantes de Manatí y Santa Lucía entre los 14 y 16 años. El reforzar programas y estrategias enfocados en la educación sexual desde edades tempranas genera impacto en el comportamiento de futuras generaciones, creando así ambientes favorables para el libre desarrollo sexual de los estudiantes.

Es preciso resaltar que la asistencia a los servicios de salud sexual y reproductiva fue 0,6 veces menor en el sexo masculino, factor que predispone al desconocimiento de los métodos anticonceptivos, por ende, al embarazo adolescente. Por lo tanto, se sugiere estimular la asistencia por parte de los estudiantes del sexo masculino de las instituciones educativas de Manatí y Santa Lucía a los servicios de salud sexual y reproductiva.

En cuanto al inicio temprano de vida sexual, debido al hallazgo significativo de participantes del estudio quienes iniciaron vida sexual antes de los 14 años, se sugiere incentivar la concientización sobre abuso sexual, y consentimiento a la hora de tener relaciones sexuales, así mismo, construir ambientes seguros para los menores, con el objetivo de evitar posibles abusos, a su vez, hacer un llamado al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar con el fin de que se realicen intervenciones eficaces en la temática expuesta, ya que es el organismo encargado de velar por hacer cumplir las leyes estipuladas dentro del Código Penal Colombiano y de esta manera, poder erradicar las violaciones a menores de edad.

Conforme se evidenció en las cifras y la literatura, las estudiantes en estado de embarazo tienen una mayor probabilidad de tener un siguiente embarazo en los dos años posteriores, por consiguiente, se propone hacer seguimiento en el tiempo de las madres adolescentes, con el fin de evitar próximos embarazos no deseados que interrumpen con el proyecto de vida de las estudiantes.

Cobra importancia resaltar la diferencia entre la supervisión parental entre ambos sexos, donde la mencionada fue mayor en las mujeres dejando en evidencia la clara desigualdad de género que se experimenta en las comunidades. Se conoce que el embarazo adolescente se considera una alerta temprana de desigualdad (86), por lo tanto, se torna crucial desarrollar procesos que inviten a la reflexión y apropiación de los derechos en materia de actitudes de género (33), que se encuentra plasmado en

la literatura cómo combatir dichas desigualdades denota una piedra angular en el mecanismo de la reducción del embarazo adolescente.

En relación a lo que la participación parental respecta, así como cobra importancia la educación sexual en los estudiantes, lo hace de igual medida la necesidad de educación parental, ya que el hogar debe ser un pilar fundamental en la formación sobre la salud sexual del adolescente, de este modo, el educar también a los padres en materia de salud sexual y reproductiva asegura que el aprendizaje sea continuo por fuera del sector escuela, reforzando así el trabajo conjunto en pro de evitar el embarazo adolescente y promover prácticas sexuales seguras (84).

En síntesis, se estima que esta investigación aporte datos y evidencia tanto a estrategias como intervenciones, así mismo, a debates y políticas en pro de mejorar el proyecto y calidad de vida de los adolescentes, esperando erradicar las desigualdades, situaciones de vulnerabilidad y el desconocimiento de las prácticas sexuales seguras durante esta etapa tan crucial, asegurando de esta forma el libre desarrollo sexual, la retención escolar y un fructífero plan de vida para las poblaciones que se beneficien del estudio.



## CAPÍTULO 7: BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. El embarazo en la adolescencia [Internet]. Datos y cifras. 2020. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
2. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente [Internet]. Available from: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
3. UNESCO. La educación es esencial en la prevención de los embarazos en la adolescencia [Internet]. 2017. Available from: [http://www.unesco.org/new/es/media-services/single-view/news/education\\_critical\\_in\\_preventing\\_adolescent\\_pregnancy/](http://www.unesco.org/new/es/media-services/single-view/news/education_critical_in_preventing_adolescent_pregnancy/)
4. Organización Panamericana de la Salud. El Embarazo en la Adolescencia en América Latina y el Caribe. 2020;(3). Available from: [https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/final\\_dec\\_10\\_spanish\\_policy\\_brief\\_design\\_ch\\_adolescent.pdf](https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/final_dec_10_spanish_policy_brief_design_ch_adolescent.pdf)
5. Profamilia, Gaviria Uribe A. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Tomo 1. Situación los Niños y Niñas en Colomb. 2015;1:3.
6. Gobernación del Atlántico. Administración Departamental trabaja en prevención para reducir embarazos en adolescentes [Internet]. 2016. Available from: <https://www.atlantico.gov.co/index.php/noticias-capitalsocial-91667/7673-administracion-departamental-trabaja-en-prevencion-para-reducir-embarazos-en-adolescentes>
7. Chacón O'Farril D, Cortes Alfaro A, Álvarez García AG, Sotonavarró Gómez Y. Pregnancy in adolescence, its familiar repercussion and in the society. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2015;41(1):50–8.
8. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG. 2014;121 Suppl:40–8.
9. Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo [Internet]. 2009. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
10. Mariam R Chacko M. Pregnancy in adolescents. Pediatr Clin North Am. 1989;36(3):1–18.
11. Molina Gómez AM, Pena Olivera RA, Díaz Amores CE, Antón Soto M. Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2019;45(2):1–21.
12. UNFPA, Ministerio de Salud y Protección Social. Determinantes sociales de embarazo en menores de 15 años. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Determinantes-embarazo-menores-15.pdf>

13. Ministerio de Salud y Protección Social. Prevención del embarazo adolescente [Internet]. 2021. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Embarazo-adolescente.aspx>
14. UNFPA. Consecuencias socioeconómicas del embarazo en la adolescencia en seis países de América Latina. Implementación de la Metodología Milena en Argentina, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Paraguay. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina Regi. 2020;70.
15. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Available from: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/)
16. OPS, OMS, UNFPA, UNICEF. Acelerar el progreso hacia la reducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe [Internet]. 2016. 56 p. Available from: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
17. Ministerio de la Protección Social. DECRETO 3039 DE 2007. 2007; Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO\\_3039\\_DE\\_2007.PDF](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO_3039_DE_2007.PDF)
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. 2012. Available from: [https://cancer.gov.co/images/pdf/POLITICA-PLANES-PROGRAMAS-Y-COMPRAS/planes\\_y\\_programas/Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.pdf](https://cancer.gov.co/images/pdf/POLITICA-PLANES-PROGRAMAS-Y-COMPRAS/planes_y_programas/Plan_Decenal_de_Salud_Pública_2012-2021.pdf)
19. Florez C, Soto V. Factores Protectores Y De Riesgo Del Embarazo Adolescente En Colombia [Internet]. Vol. 2, Demografía y Salud. 2013. 1–67 p. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INV/5-FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO DEL EMBARAZO EN COLOMBIA.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INV/5-FACTORES_PROTECTORES_Y_DE_RIESGO_DEL_EMBARAZO_EN_COLOMBIA.pdf)
20. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Comunicado de prensa: ICBF busca disminuir embarazo en adolescentes con proyecto piloto en Atlántico. 2018 Jul 16;1. Available from: [https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/com\\_16072018\\_atl\\_icbfcomprometidoconlaprevenciondelembazoenadolescentes\\_0.pdf](https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/com_16072018_atl_icbfcomprometidoconlaprevenciondelembazoenadolescentes_0.pdf)
21. Arbelaez MR. Primer Foro Internacional para la prevención de embarazos en adolescentes [Internet]. Barranquilla; 2013. Available from: <https://www.atlantico.gov.co/index.php/noticias-gobernacion/265-eventosdelatlantico/eventos-de-salud/3404-primer-foro-internacional-para-la-prevencion-de-embarazos-en-adolescentes>
22. Alcaldía de Manatí A. Plan de desarrollo municipal “por amor a Manatí” [Internet]. 2015. Available from: <https://docplayer.es/160583860-Plan-de-desarrollo-municipal.html>
23. Consejo Nacional de Política Económica y social, Departamento Nacional de Planeación. Lineamientos para el desarrollo de una estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. 2012;89. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/147.pdf>

24. Sociedad Colombiana de Pediatría. Embarazo en adolescentes, problema de salud pública creciente en Colombia [Internet]. Available from: <https://scp.com.co/editorial/embarazo-en-adolescentes-problema-de-salud-publica-creciente-en-colombia/>
25. Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro MJ, Hidalgo Vicario MI. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integr.* 2017;21(4):233–44.
26. American Academy of Pediatrics. Etapas de la adolescencia [Internet]. 2019. Available from: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
27. Ministerio de Salud y la Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Resolución 3280 [Internet]. 2018;1–348. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No_3280_de_20183280.pdf%0Ahttps://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf)
28. Organización Panamericana de la Salud. Embarazo - Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]. Available from: [https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=22261&filter=ths\\_exact\\_term&q=GESTACIoN](https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=22261&filter=ths_exact_term&q=GESTACIoN)
29. Bonilla AO. Cambios biológicos, psicológicos y sociales durante el embarazo / Biological, psychological and social changes during pregnancy [Internet]. 2002. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-351858>
30. Guerrero MsGEM, Cabrera MsIN, MSc. Yusleidy Hidalgo Rodríguez MsJEC. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. 2012; Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2012/cog123f.pdf>
31. Kaufman MR. Urologic Considerations in Pregnancy [Internet]. Twelfth Ed. Campbell-Walsh-Wein Urology. Elsevier Inc.; 2021. 282–295 p. Available from: <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-54642-3.00018-5>
32. World Health Organization. Contraception: Issues in Adolescent Health and Development. WHO Discuss Pap Adolesc [Internet]. 2014;36. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42901/1/9241591447\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42901/1/9241591447_eng.pdf)
33. Profamilia. Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia [Internet]. 2018. 1–93 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf>
34. Jatlaoui TC, Ermias Y, Breuner CC. Capítulo 144 - Gestación en adolescentes. 21th Editi. Nelson. Tratado de pediatria. Elsevier España#241;a, S.L.U.; 2021. 1010–1016 p.
35. Amora OE. A comparative analysis of predictors of teenage pregnancy and its

prevention in a rural town in Western Nigeria [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3771409/>

36. Keating DP. Cognitive and Brain Development. *Handb Adolesc Psychol* Second Ed. 2013;45–84.
37. Nyaradi A, Li J, Hickling S, Foster J, Oddy WH. The role of nutrition in children's neurocognitive development, from pregnancy through childhood [Internet]. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2013.00097/full>
38. Rosner J, Samardzic T, Sarao. MS. *Physiology, Female Reproduction* [Internet]. 2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537132/>
39. Leal F I, Stuardo A V, Molina G T, González A E. Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2015;80(1):41–7. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n1/art06.pdf>
40. Beyene A, Muhiye A, Yeneneh Getachew AH, Mariam DH, Derbew M, Mammo D, et al. Assessment of the magnitude of teenage pregnancy and its associated factors among teenage females visiting assosa general hospital [Internet]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26591280/>
41. Beguy D, Mumah J, Gottschalk L. Unintended Pregnancies among Young Women Living in Urban Slums: Evidence from a Prospective Study in Nairobi City, Kenya [Internet]. 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4117474/>
42. Maravilla JC, Betts KS, Couto e Cruz C, Alati R. Factors influencing repeated teenage pregnancy: a review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017;217(5):527-545.e31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.021>
43. Vafai Y, Thoma ME, Steinberg JR. Association Between First Depressive Episode in the Same Year as Sexual Debut and Teenage Pregnancy. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2020;67(2):239–44. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.001>
44. Cartes R M, Araya E G. Teenage Pregnancy. *Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2012; Available from: <https://www.karger.com/Article/Abstract/326706#>
45. Hadley A. Teenage pregnancy: strategies for prevention. *Obstet Gynaecol Reprod Med* [Internet]. 2020;30(12):387–94. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2020.10.004>
46. Maswikwa B, Richter L, Kaufman J, Nandi A. Minimum Marriage Age Laws and the Prevalence of Child Marriage and Adolescent Birth: Evidence from Sub-Saharan Africa [Internet]. 2015. Available from: <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2015/07/minimum-marriage-age-laws-and-prevalence-child-marriage-and-adolescent-birth>
47. Baldwin MK, Edelman AB. The effect of long-acting reversible contraception on rapid repeat pregnancy in adolescents: A review. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2013;52(4 SUPPL.):S47–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.10.278>

48. Toska E, Cluver LD, Boyes M, Pantelic M, Kuo C. From “sugar daddies” to “sugar babies”: exploring a pathway between age-disparate sexual relationships, condom use, and adolescent pregnancy in South Africa [Internet]. 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546918/>
49. Gupta N, Mahy M. Adolescent childbearing in sub-Saharan Africa: Can increased schooling alone raise ages at first birth? *Demogr Res.* 2003;8:93–106.
50. Organización Mundial de la Salud. Quiénes somos y qué hacemos [Internet]. Available from: <https://www.who.int/about/es/>
51. Dr. Gabriel Acevedo, Dr. David Martinez MLU. Manual de Medicina Preventiva y Social I Unidad 1. La salud y sus determinantes. La salud pública y la medicina preventiva. Manueal Med Prev y Soc I [Internet]. 2014;15. Available from: <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>
52. World Health Organization. Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition /edited by Richard Wilkinson and Michael Marmot [Internet]. 2003. 33 p. Available from: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)
53. Hernández FG. Tratado de medicina del trabajo [Internet]. Third Edit. Tratado de medicina del trabajo. Elsevier España#241;a, S.L.U.; 2011. 968 p. Available from: [https://books.google.com.ec/books/about/Tratado\\_de\\_medicina\\_del\\_trabajo+\\_Studen.html?id=bTwl8GIJSeYC&redir\\_esc=y](https://books.google.com.ec/books/about/Tratado_de_medicina_del_trabajo+_Studen.html?id=bTwl8GIJSeYC&redir_esc=y)
54. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala. Available from: [https://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=538-guia-de-prevencion-del-embarazo&category\\_slug=sfc-salud-en-la-adolescencia-y-juventud-nacional&Itemid=518](https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=538-guia-de-prevencion-del-embarazo&category_slug=sfc-salud-en-la-adolescencia-y-juventud-nacional&Itemid=518)
55. Gómez MF, González SY. Factores determinantes del embarazo en la adolescencia en Colombia: revisión sistemática de la literatura. 2014; Available from: [https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/75/1/Factores\\_determinantes\\_del\\_embarazo\\_en\\_la\\_adolescencia\\_en\\_Colombia%2C\\_Revisi%253Bn\\_sistem%25201tica\\_de\\_la\\_literatura.pdf](https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/75/1/Factores_determinantes_del_embarazo_en_la_adolescencia_en_Colombia%2C_Revisi%253Bn_sistem%25201tica_de_la_literatura.pdf)
56. Docal-Millán MDC, Cabrera-García V, Manrique-Mora LM, Cortés-Piraquive JM, Tobón-Aguilar CM. Family and school: Contexts associated with the onset of sexual activity among colombian teenagers. *Rev Salud Publica.* 2018;20(3):279–85.
57. Flórez CE. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2005;18(6):388–402.
58. OMS/OPS. Determinantes e inequidades en salud. Organ Panam la Salud [Internet]. 2012;12–59. Available from: [http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=en%5Cnhttp://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com\\_content](http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=55&lang=en%5Cnhttp://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com_content)

59. González A. E, Molina G. T. Características de la maternidad adolescente de madres a hijas. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2007;72(6):374–82.
60. Ramírez-aranda JM, Gómez-gómez C, Villarreal- JZ, García-elizondo FJ, Rodríguez-rodríguez I, César H, et al. Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia. 2013;15(59):64–72. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-pdf-X1665579613082786>
61. Colombian Legal Corporarion. ¿Qué son Delitos de Actos Abusivos Sexuales a una Menor de Edad en Colombia? [Internet]. 2020. Available from: <https://www.colombialelegalcorp.com/blog/que-son-delitos-de-actos-abusivos-sexuales-a-una-menor-de-edad-en-colombia/>
62. UNICEF. Edades mínimas legales para la realización de los derechos de los y las adolescentes. [Internet]. Available from: [https://www.unicef.org/lac/media/2646/file/PDF Edad mínima para el consentimiento sexual.pdf](https://www.unicef.org/lac/media/2646/file/PDF%20Edad%20m%C3%ADnima%20para%20el%20consentimiento%20sexual.pdf)
63. Código Penal, artículo 208.
64. Código penal, artículo 209.
65. Sánchez Valencia YA, Mendoza Tascón LA, Grisales López MB, Ceballos Molina LY, Bustamente Farfan JC, Castañeda EM, et al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2013 [cited 2022 May 26];78(4):269–81. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262013000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
66. Carrillo U. A. Mortalidad materna en Colombia: Reflexiones en torno a la situación y la política pública durante la última década. *Rev Ciencias la Salud* [Internet]. 2007 [cited 2022 May 26];5(2):72–85. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-72732007000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732007000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
67. Montes CED. Conocimientos en salud sexual y reproductiva asociados a la prevalencia de embarazos en adolescentes en cartagena de indias en el año 2017. [Internet]. Universidad de Cartagena; 2017. Available from: [https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/6996/Informe final Conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva Asociados a la Prevalencia de Embarazos en Adolescentes en Car~1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/6996/Informe%20final%20Conocimientos%20en%20Salud%20Sexual%20y%20Reproductiva%20Asociados%20a%20la%20Prevalencia%20de%20Embarazos%20en%20Adolescentes%20en%20Car~1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
68. Luca DL, Stevens J, Rotz D, Goesling B, Lutz R. Evaluating teen options for preventing pregnancy: Impacts and mechanisms. *J Health Econ* [Internet]. 2021;77:102459. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629621000448>
69. Dunbar J, Sheeder J, Lezotte D, Dabelea D, Stevens-Simon C. Age at Menarche and first pregnancy among psychosocially at-risk adolescents. *Am J Public Health.* 2008;98(10):1822–4.
70. Edgardh K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17 year old Swedish girls. Available from: <http://sti.bmj.com/>

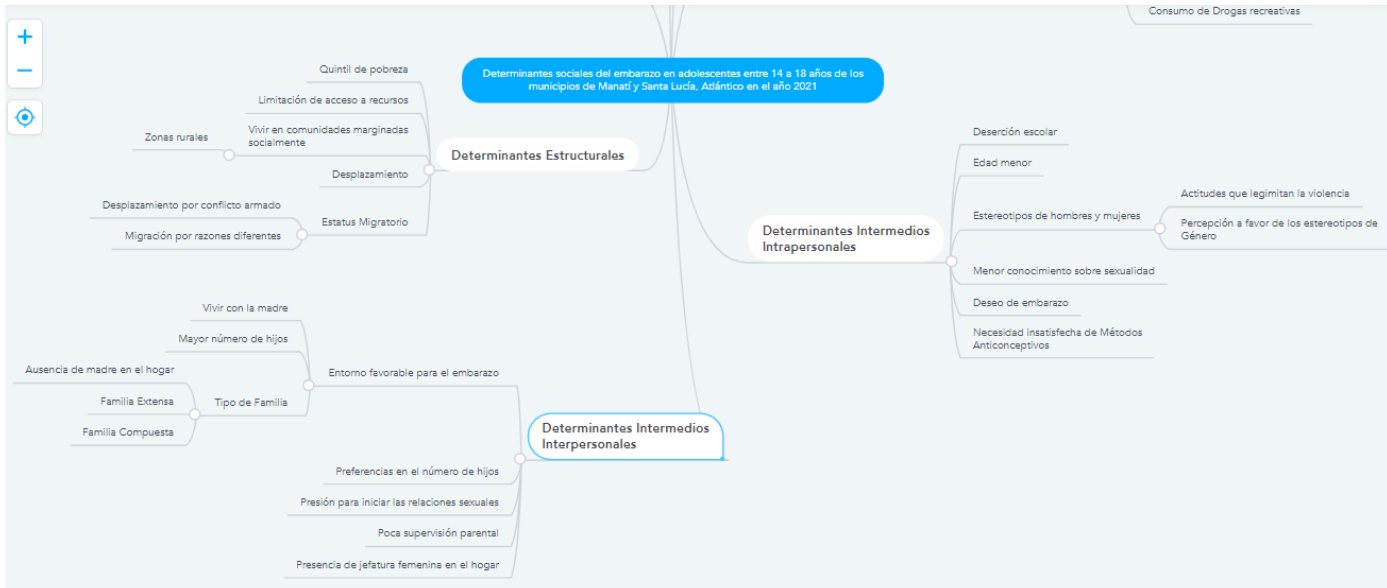
71. Rowlands A, Juergensen EC, Prescivalli AP, Salvante KG, Nepomnaschy PA, Vaillancourt C, et al. Social and Biological Transgenerational Underpinnings of Adolescent Pregnancy. *J Environ Res Public Heal* [Internet]. 2021;18:12152. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph182212152>
72. Todd N, Black A. Contraception for adolescents. *JCRPE J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2020;12(Suppl 1):28–40.
73. East PL, Reyes BT, Horn EJ. Association Between Adolescent Pregnancy And a Family History of Teenage Births. *Perspect Sex Reprod Health*. 2007;39(2):108–15.
74. Rodríguez-López A, Rico-Díaz D, Montero-Meneses OL, Rubio-León ÁM. Relación del consumo de alcohol y el monitoreo parental con el inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes escolarizados de Colombia. *Acad y Virtualidad* [Internet]. 2020 Mar 30 [cited 2022 May 26];12(2):95–106. Available from: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/ravi/article/view/4338>
75. Soto MYC, Chávez YKN. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes del centro de salud de Andahuaylillas, período 2017 - 2019. [Internet]. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2021. Available from: [http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/6169/253T20210364\\_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/6169/253T20210364_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
76. Miura PO, Tardivo LS de LPC, Barrientos DMS, Egry EY, Macedo CM. Adolescence, pregnancy and domestic violence: social conditions and life projects. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2022 May 25];73:e20190111. Available from: <http://www.scielo.br/j/reben/a/kpSZMqX43mdS3rsWNg6Qpyf/?lang=en>
77. Ayala Aguilar M, Posada G. Salud en Tabasco. [cited 2022 May 25]; Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48707204>
78. González Tovar J, Hernández Montaña A. Las prácticas educativas parentales: análisis por género de una muestra de adolescentes Coahuilenses. *Psicumex*. 2013 Jan 9;2(2):42–53.
79. Florez DGR, López ELP. Vista do La Influencia de los Pares y la Familia en el Inicio de la Actividad Sexual en Adolescentes [Internet]. 2017 [cited 2022 May 25]. Available from: [http://fics.edu.br/index.php/augusto\\_guzzo/article/view/427/489](http://fics.edu.br/index.php/augusto_guzzo/article/view/427/489)
80. Sofía Rengifo-Venegas, Viviana Uribe-Godoy, Katherine Yporra-Quijandría. Inicio temprano de relaciones sexuales en adolescentes escolares de la ciudad de Ica, 2014. *Rev Médica Panacea* [Internet]. 2019 [cited 2022 May 25];4(1). Available from: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/159/210>
81. Contreras-Landgrave G, Ibarra-Espinosa ML, Casas-Patiño ÓD, Camacho-Ruiz EJ, Velasco-Cañas DF, Contreras-Landgrave G, et al. El conocimiento sobre métodos anticonceptivos y la conducta sexual en jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción la Salud* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2022 May 26];25(2):70–83. Available from: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista25\(2\)\\_9.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista25(2)_9.pdf)
82. Urbina C, Pacheco J. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 11AD [cited 2022

- May 26];57(2):233–6. Available from:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428180009>
83. Mota V, Tello G, Rivas L. Asistencia de adolescentes mexicanos a servicios de consejería sobre sexualidad y reproducción. *Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. 2010 [cited 2022 May 26];28(1):54–63. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072010000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
  84. Morón Huaroto LV, Aduato DZT. Factores que limitan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de los adolescentes en la institución educativa Santa Ana de Chíncha en el periodo de octubre – diciembre 2018. Universidad privada de Ica; 2019.
  85. Ruiz-Canela M, López-Del Burgo C, Carlos S, Calatrava M, Osorio A, De Irala J. Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2012;31(1):54–61.
  86. Alicia Barcena CEPAL. Embarazo adolescente, alerta temprana de la desigualdad | Article | Comisión Económica para América Latina y el Caribe [Internet]. Abril. 2013 [cited 2022 May 26]. Available from: <https://www.cepal.org/es/articulos/2013-embarazo-adolescente-alerta-temprana-la-desigualdad>
  87. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Preguntas frecuentes sobre estratificación. Available from: [https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas\\_frecuentes\\_estratificacion.pdf](https://www.dane.gov.co/files/geoestadistica/Preguntas_frecuentes_estratificacion.pdf)
  88. Ministerio de Salud y Protección Social. Glosario [Internet]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Glosario.aspx#:~:text=Afiliación%3A Es el procedimiento mediante,de Seguridad Social en Salud.&text=\(Régimen Subsidiado%2C Contributivo y Regímenes especiales\)](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Glosario.aspx#:~:text=Afiliación%3A%20Es%20el%20procedimiento%20mediante%20de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud.&text=(Régimen%20Subsidiado%2C%20Contributivo%20y%20Regímenes%20especiales))
  89. Médicos sin fronteras. Salud sexual y reproductiva. 2017; Available from: <https://www.msf.org.co/conocenos/actividades-medicas/salud-sexual-y-reproductiva>
  90. Astete A. C, Beca I. JP, Lecaros U. A. Propuesta de un glosario para la discusión del aborto. *Rev Med Chil*. 2014;142(11):1449–51.
  91. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Violencia intrafamiliar. *Plan Nac Educ* [Internet]. 2014;12. Available from: <https://es.slideshare.net/dracrm/violencia-intrafamiliar-41485365>
  92. Observatorio de Drogas de Colombia. Sustancias psicoactivas [Internet]. Available from: <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/sustancias-psicoactivas>
  93. Organización Mundial de la Salud. Tabaquismo [Internet]. Available from: <https://www.who.int/topics/tobacco/es/>

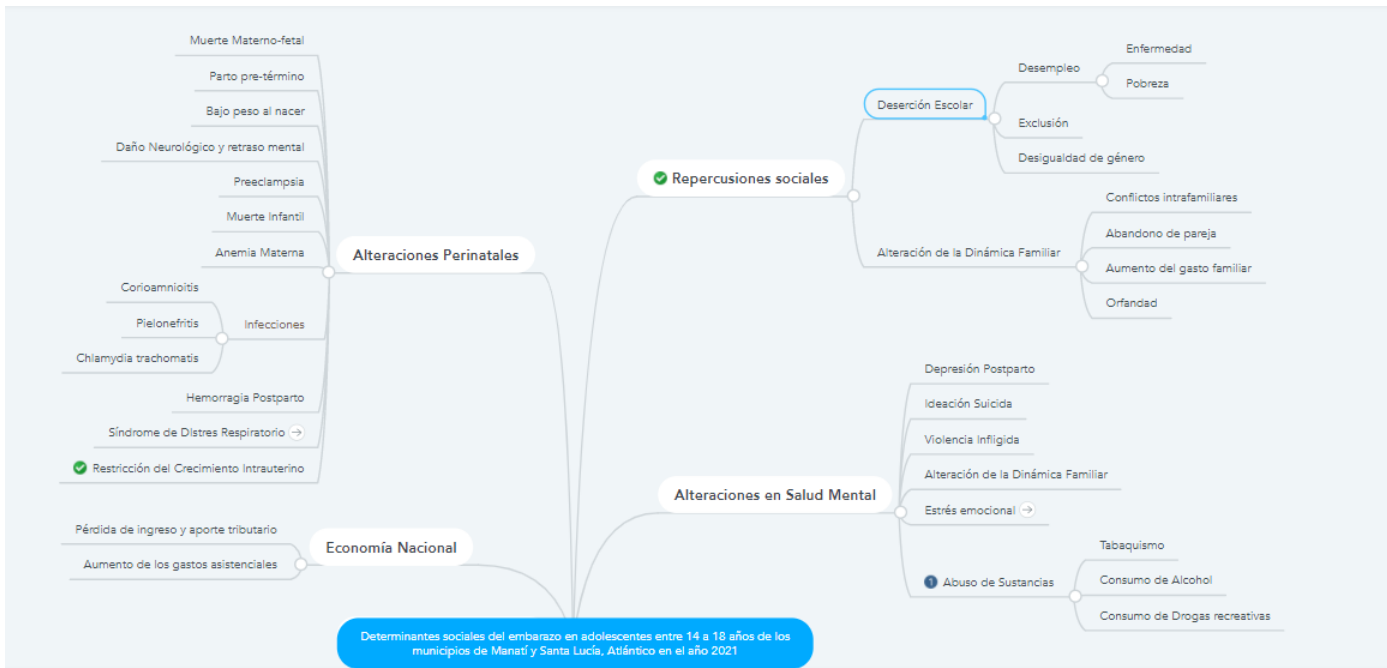


## CAPÍTULO 8. ANEXOS

### ANEXO A: ÁRBOL DEL PROBLEMA - Causas



### ANEXO B: ÁRBOL DEL PROBLEMA - Efectos



### ANEXO C: TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Macrovariables	Variables	Definición	Naturaleza	Nivel de Medición	Criterio de Clasificación
<b>Sociodemográficos</b>	Edad.	Tiempo en años cumplidos que ha vivido una persona hasta el día en que realiza el cuestionario.	Cuantitativa continua.	Razón.	14,15,16,17,18
	Religión.	Sistema de creencias, costumbres y símbolos establecidos en torno a una idea de algo sagrado.	Cualitativa politómica.	Nominal.	Católica. Cristiana. Evangélica. Testigo de jehová. Gnóstica. No practica. Otra.
	Estrato socioeconómico.	Es una clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos, con el fin de realizar un cobro diferencial y establecer si se debe asignar subsidio o cobrar sobrecostos y contribuciones.	Cualitativa politómica	Ordinal	1,2,3,4,5,6

		(87)			
	Afiliación a salud	Es el procedimiento mediante el cual las personas que hacen parte del régimen subsidiado y el núcleo familiar se vinculan al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (88)	Cualitativa politómica	Nominal	Subsidiado. Contributivo. Vinculado. Magisterio. Fuerzas militares. No afiliado.
	Asistencia a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva	Es el acceso que tengan los adolescentes a herramientas que beneficien los aspectos relativos a la sexualidad y salud reproductiva (89).	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
	Sexo	Condición biológica que distingue a los hombres de las mujeres.	Cualitativa politómica.	Nominal.	Masculino. Femenino.
	Estado de embarazo	Hace referencia a si la persona o la pareja actualmente se encuentra en estado de embarazo.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No

<b>Características de Salud Sexual y Reproductiva</b>	Edad de menarquia	Edad de inicio del primer ciclo de la menstruación en la mujer.	Cuantitativa continua	Intervalo	10-12; 13-15; 16-18
	Edad de espermaturia	Edad de la primera eyaculación en el hombre.	Cuantitativa continua	Intervalo	10-12; 13-15; 16-18
	Edad Inicio de vida sexual	Hace referencia a la edad en la que tuviste tu primera relación sexual	Cuantitativa continua	Intervalo	12-14; 15-16; 17-18
	Uso de métodos anticonceptivos con regularidad	Hace referencia al uso de algún medicamento, dispositivo o procedimiento que se realiza con el fin de prevenir el embarazo en mujeres sexualmente activas.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
	Antecedentes familiares de embarazo o adolescente	Registro de los miembros de una familia y la distribución de estos miembros en el antecedente o no de embarazo adolescente. Esto abarca embarazos actuales y pasados.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No

	Embarazos previos	Hace referencia a si la persona que diligencia el formulario o su pareja ha estado embarazada	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
	Abortos previos	Hace alusión a si tú o tu pareja han tenido interrupción de algún embarazo previo, es decir, cuando el embrión o feto todavía no es viable fuera del vientre materno. Esta interrupción pudo ser de manera natural y sin intención (Aborto espontáneo) o deliberadamente (Aborto inducido) (90).	Cualitativa politómica	Nominal	Si. No. Desconoce.
	Estructura del hogar	Tipo de familia determinada por las personas que residen juntas y el parentesco que existe entre ellas.	Cualitativa politómica	Nominal	Unipersonal, Nuclear biparental, Nuclear monoparental, , extensa, compuesta, otra.
	Presión social para iniciar	Hace referencia al acto de iniciar relaciones	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No

<b>Factores interpersonales</b>	relaciones sexuales	sexuales por obligación o por estar sometido a presión social			
	Violencia intrafamiliar	Se concibe como toda acción protagonizada por uno o varios miembros de la familia que genera daño físico, psicoemocional, sexual, económico o social a otros parientes (91).	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
	Consumo de sustancias psicoactivas	Se concibe toda sustancia que, al ser introducida en el organismo, por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (92).	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No

	Consumo de alcohol	Antecedente de consumo de alcohol a lo largo de la vida.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
	Tabaquismo	Se entiende como el consumo actual de productos hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen como ingrediente psicoactivo la nicotina (93).	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
	Supervisión parental	Hace referencia a si tus padres saben a dónde vas cuando sales y las actividades que realizas a diario.	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No

	Inestabilidad familiar	<p>Se refiere a la ocurrencia acumulativa de eventos familiares disruptivos que interrumpen la continuidad y la cohesión dentro del entorno de crianza proximal.</p> <p>Por eventos familiares disruptivos se entiende: número de cambios de residencia, cambios en las relaciones íntimas con los cuidadores y eventos de vida negativos recientes.</p>	Cualitativa dicotómica	Nominal	Si/No
	Comunicación intrafamiliar	Se define como los procesos de transacción e información generados dentro del sistema familiar; es un proceso de influencia mutua y evolutiva que incluye mensajes verbales y no verbales,	Cualitativa dicotómica	Ordinal	Mala/Regular/Buena/Excelente



		percepciones, significado de las cosas, sentimientos y cogniciones de los integrantes del grupo familiar.			
	Nivel educativo de los padres	Nivel educativo más alto que el padre y/o madre del encuestado ha terminado	Cualitativa dicotómica	Ordinal	Analfabeta, Preescolar, Básica primaria, Básica Secundaria (Bachiller), Técnico Profesional, Tecnológico, Profesional universitario, postgrado, desconoce

*Fuente. Elaborado por los investigadores*

**ANEXO D: CUESTIONARIO SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE SEGÚN SEXO**

**CUESTIONARIO SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE PARA MUJERES**

**1. ¿Cuántos años tienes?**

14

15

16

17

18

**2. ¿Qué religión practicas?**

Católica.

Cristiana.

Evangélica.

Testigo de jehová

Gnóstica

No practica

Otra: \_\_\_\_\_

**3. ¿A qué estrato socioeconómico perteneces?**

1

2

3

4

5

6

**4. ¿Qué tipo de afiliación al Sistema de Salud tienes?**

Subsidiado  
Contributivo  
Vinculado  
Magisterio  
Fuerzas militares  
No afiliado

**5. ¿Conoces los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva ofertados por las Instituciones de Salud?**

Si  
No

**6. Si la respuesta a la pregunta anterior es sí ¿Ha asistido alguna vez a algún programa de Salud sexual y reproductiva?**

Si  
No

**7. ¿Actualmente estás embarazada?**

Si  
No

**8. ¿A qué edad tuvo la menarquia (primera menstruación)?**

10-12  
13-15  
16-18

**9. ¿Ya iniciaste tu vida sexual?**

Si  
No

**10. Si la respuesta a la pregunta anterior fue SI ¿Cuál fue la edad de inicio de vida sexual?**

Menos de 12

12-14

15-16

17-18

**11. ¿Conoces algún tipo de método anticonceptivos?**

Si

No

**12. Si la respuesta a la pregunta anterior fue SI ¿Usa métodos anticonceptivos con regularidad?**

Si

No

**13. ¿En su familia alguien ha quedado embarazada entre los 14-18 años?**

Si

No

**14. ¿Usted ha tenido embarazos previos?**

Si

No

**15. Si la respuesta anterior fue SI ¿Usted ha tenido aborto(s) en su(s) embarazo(s) previo(s)?**

Si

No

No sé

**16. Marca con una x las personas que habitan en tu hogar:**

Mamá

Papá

Hermanos

- Tíos
- Abuelos
- Otros. ¿cuáles? \_\_\_\_\_

**17. Si ya iniciaste tu vida sexual, ¿En algún momento has sentido presión/obligación para tener relaciones sexuales?**

Si

No

**18. ¿Has sufrido de violencia intrafamiliar en tu hogar?**

Si

No

**19. ¿Actualmente consumes algún tipo de droga o sustancia psicoactiva, como cocaína, éxtasis o marihuana?**

Si

No

**20. ¿Actualmente consumes alcohol?**

Si

No

**21. ¿Actualmente consumes tabaco?**

Si

No

**22. ¿Consideras que has recibido una constante supervisión parental?**

Si

No

**23. ¿Cómo calificarías la comunicación intrafamiliar en el interior de tu hogar?**

- Mala

- Regular
- Buena
- Excelente

**24. ¿Consideras que tu familia es inestable?**

- Si
- No

**25. ¿Qué nivel educativo tiene tu padre?**

- Analfabeta
- Preescolar
- Básica primaria
- Básica Secundaria (Bachiller)
- Técnico Profesional
- Tecnológico
- Profesional Universitario
- Postgrado
- Desconoce

**26. ¿Qué nivel educativo tiene tu madre?**

- Analfabeta
- Preescolar
- Básica primaria
- Básica Secundaria (Bachiller)
- Técnico Profesional
- Tecnológico
- Profesional Universitario
- Postgrado

□ Desconoce

*Fuente. Elaborado por los investigadores*

## **CUESTIONARIO SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE PARA HOMBRES**

**1. ¿Cuántos años tienes?**

14

15

16

17

18

**2. ¿Qué religión practicas?**

Católica.

Cristiana.

Evangélica.

Testigo de jehová

Gnóstica

No practica

Otra: \_\_\_\_\_

**3. ¿A qué estrato socioeconómico perteneces?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

**4. ¿Qué tipo de afiliación al Sistema de Salud tienes?**

- Subsidiado
- Contributivo
- Vinculado
- Magisterio
- Fuerzas militares
- No afiliado

**5. ¿Conoces los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva ofertados por las Instituciones de Salud?**

- Si
- No

**6. Si la respuesta a la pregunta anterior es sí ¿Ha asistido alguna vez a algún programa de Salud sexual y reproductiva?**

- Si
- No

**7. ¿Actualmente tiene una pareja en estado de embarazo?**

- Si
- No

**8. ¿A qué edad tuvo la espermarquia (primera eyaculación)?**



10-12

13-15

16-18

**9. ¿Ya iniciaste tu vida sexual?**

Si

No

**10. Si la respuesta a la pregunta anterior fue SI ¿Cuál fue la edad de inicio de vida sexual?**

**Menos de 12**

12-14

15-16

17-18

**11. ¿Conoces algún tipo de método anticonceptivos?**

Si

No

**12. Si la respuesta a la pregunta anterior fue SI ¿Usa métodos anticonceptivos con regularidad?**

Si

No

**13. ¿En su familia alguien ha quedado embarazada entre los 14-18 años?**

Si

No

**14. ¿Usted ha embarazado alguna pareja?**

Si

No

**15. Si la respuesta anterior fue SI ¿Su pareja ha tenido aborto(s) en su(s) embarazo(s) previo(s)?**

Si

No

No sé

**16. Marca con una x las personas que habitan en tu hogar:**

Mamá

Papá

Hermanos

Tíos

Abuelos

Otros. ¿cuáles? \_\_\_\_\_

**17. Si ya iniciaste tu vida sexual, ¿En algún momento has sentido presión/obligación para tener relaciones sexuales?**

Si

No

**18. ¿Has sufrido de violencia intrafamiliar en tu hogar?**

Si

No

**19. ¿Actualmente consumes algún tipo de droga o sustancia psicoactiva, como cocaína, éxtasis o marihuana u otra?**

Si

No

Otra: \_\_\_\_\_

**20. ¿Actualmente consumes alcohol?**

Si

No

**21. ¿Actualmente consumes tabaco?**

Si

No

**22. ¿Consideras que has recibido una constante supervisión parental?**

Si

No

**23. ¿Cómo calificarías la comunicación intrafamiliar en el interior de tu hogar?**

Mala

Regular

Buena

Excelente

**24. ¿Consideras que tu familia es inestable?**

Si

No

**25. ¿Qué nivel educativo tiene tu padre?**

Analfabeta

Preescolar

Básica primaria

Básica Secundaria (Bachiller)

Técnico Profesional

Tecnológico

Profesional Universitario

Postgrado

Desconoce

**26. ¿Qué nivel educativo tiene tu madre?**

Analfabeta

Preescolar  
Básica primaria  
Básica Secundaria (Bachiller)  
Técnico Profesional  
Tecnológico  
Profesional Universitario  
Postgrado  
Desconoce

*Fuente. Elaborado por los investigadores*

## **ANEXO E: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **INFORMACIÓN PARA EL ENCUESTADO Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del estudio:** Determinantes sociales del embarazo en adolescentes entre 14 y 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía - Atlántico en el año 2021.

**Investigadores Principales:** Carolina Isabel Posada Julio; Juan Pablo Varela Esquea; Laura Vanessa Acosta Gil; Martha Cecilia Ojeda Rocha; Salem Romero Vélez; Zahira Patricia de la Ossa Montenegro.

**Coinvestigadores:** Dra. Ana Liliana Ríos García.

**Entidad donde se desarrolla la investigación o patrocinador:** Universidad del Norte, Departamento de salud pública. Km. 5 Vía Puerto Colombia. Atlántico, Colombia.

**Naturaleza y Propósito:**

Este consentimiento tiene el propósito de solicitar autorización de los tutores legales y/o cuidadores de los adolescentes que asisten a los Colegios de los municipios de Manatí y Santa Lucía para que participen en una investigación que adelanta la Universidad del Norte, por medio de la División Ciencias de la Salud; con el objeto de obtener información necesaria para realizar un trabajo de investigación denominado **DETERMINANTES SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES ENTRE 14 A 18 AÑOS DE LOS MUNICIPIOS DE MANATÍ Y SANTA LUCÍA - ATLÁNTICO EN EL AÑO 2021.**

**Procedimiento:**

Si usted acepta se le solicitará responder una encuesta sobre las características sociodemográficas básicas de su hijo/a o adolescente a su cargo, así como sus antecedentes personales y familiares.

Este trabajo será coordinado por un profesional de la salud y docente de la Universidad del Norte, el cual ejercerá control riguroso sobre la información, confidencialidad y las actividades planeadas y ejecutadas durante todo el desarrollo del trabajo.

**Beneficios:**

Si usted acepta que su hijo (a) o adolescente a su cargo asistente a los colegios de Manatí y Santa Lucía, participe se le darán a conocer en forma oral y escrita, las recomendaciones que los expertos en el tema realicen respecto a la situación del joven. Además de la disponibilidad de las herramientas o instrumentos que se elaboren durante la intervención. Los resultados que surjan de la investigación beneficiaran a otras personas y ayudará a incrementar el conocimiento de los profesionales sobre la situación de los embarazos en las adolescentes.

Por su participación ni usted, ni su hijo (a) o adolescente a su cargo recibirán ningún tipo de pago.

**Confidencialidad:**

Garantizamos que toda la información suministrada será manejada con absoluta confidencialidad, la identidad de su hijo/a o adolescente a cargo no será publicada ni revelada. Sólo tendrán acceso a la investigación el grupo investigador, el comité de ética que avala el estudio y/o alguna entidad regular que decida revisar la investigación. En todo caso, los investigadores principales se harán responsables de la custodia y privacidad de la información suministrada que será organizada en bases de datos de manera anónima, se utilizará únicamente un código numérico. Los datos y la información del estudio serán almacenados por un plazo de 5 años en el servicio de almacenamiento Google Drive del investigador principal (Juan Pablo Varela Esquea).

**Compartir los resultados**

Los resultados de la investigación se podrán compartir en publicaciones, revistas, conferencias y/u otro medio de divulgación con intención académica pero la información personal de su hijo/a o adolescente a cargo permanecerá confidencial.

**Riesgos asociados:**

De acuerdo con la resolución 008430 de 1993 vigente en Colombia que ampara las investigaciones realizadas a seres humanos, participar en este estudio es considerado de **riesgo mínimo**, no se realizará ninguna actividad que afecte su dimensión tanto física como psicológica. La información suministrada sólo será utilizada con fines académicos.

**Voluntariedad**

La decisión de participar en este estudio es voluntaria, usted podrá retirarse cuando lo considere o desee hacerlo, al inicio o durante el transcurso del trabajo sin que esto ocasione una sanción o castigo para usted. Si acepta participar, tanto usted como algún miembro de su familia, podrá ser entrevistado en la institución, también es posible que se requiera realizar visitas en su domicilio, a fin de recolectar la información necesaria para la valoración, planeación y ejecución de las actividades a desarrollar con el joven y su familia.

En este documento usted puede expresar mediante su firma el interés de aceptar o rechazar que su hijo/a o adolescente a cargo participe en este estudio, confirma que, de manera voluntaria y libre de coacción, autoriza el acceso a la información consignada en el cuestionario para diseñar un plan de atención que contribuirá a su bienestar y a la salud de los escolares.

Si usted tiene alguna pregunta o duda respecto a este trabajo en que se le está invitando participar a su hijo/a o adolescente a cargo, puede contactarse con el investigador principal Juan Pablo Varela Esquea al correo electrónico [esqueaj@uninorte.edu.co](mailto:esqueaj@uninorte.edu.co). Si tiene dudas con respecto a los derechos y deberes que tiene usted como sujeto participante del estudio debe comunicarse con la Enf. Daniela Díaz Agudelo presidente del Comité de ética en investigación que avala este proyecto, en este caso, el Comité de ética en investigación en el área de la salud Universidad del Norte. Ubicado en el Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F primer piso. Tel: 3509509 ext. 3493. Correo electrónico del Comité de Ética en Investigación: [comite\\_eticauninorte@uninorte.edu.co](mailto:comite_eticauninorte@uninorte.edu.co) Página web del Comité: <https://www.uninorte.edu.co/web/comite-de-etica>

He entendido la información que se expone en este consentimiento y me han respondido las dudas e inquietudes surgidas. Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

<b>Nombre del Padre/Madre o Tutor responsable del escolar</b>	
<b>Firma del Padre/Madre o Tutor responsable del escolar</b>	

<b>Tipo y número de documento de identidad</b>	
<b>Dirección de residencia</b>	
<b>Fecha de diligenciamiento</b>	

<b>Nombre del testigo</b>	
<b>Firma del testigo</b>	
<b>Tipo y número de documento de identidad del testigo</b>	
<b>Dirección de residencia</b>	
<b>Fecha de diligenciamiento (Día/mes/año)</b>	

**Declaración del investigador**

Yo certifico que le he explicado a esta persona la naturaleza y el objetivo de la investigación, y que esta persona entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados.

Todas las preguntas que esta persona ha hecho le han sido contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del consentimiento informado. Hago constar con mi firma.

<b>Nombre del investigador</b>	
<b>Firma del investigador</b>	
<b>Tipo y número de documento de identidad del investigador</b>	
<b>Fecha de diligenciamiento (Día/mes/año)</b>	

## **ANEXO F: ASENTIMIENTO INFORMADO**

### **ASENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del estudio:** Determinantes sociales del embarazo en adolescentes entre 14 y 18 años de los municipios de Manatí y Santa Lucía - Atlántico en el año 2021.

**Investigadores Principales:** Carolina Isabel Posada Julio; Juan Pablo Varela Esquea; Laura Vanessa Acosta Gil; Martha Cecilia Ojeda Rocha; Salem Romero Vélez; Zahira Patricia de la Ossa Montenegro.

**Coinvestigadores:** Dra. Ana Liliana Ríos García.



**Entidad donde se desarrolla la investigación o patrocinador:** Universidad del Norte, Departamento de salud pública. Km. 5 Vía Puerto Colombia. Atlántico, Colombia.

**Introducción:**

Mi nombre es \_\_\_\_\_ soy estudiante de la Universidad del Norte de Barranquilla y estoy adelantando un trabajo de investigación para identificar los determinantes sociales del embarazo presentes en la población adolescente que residen en los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2021.

Si decides participar en este proyecto de investigación, te será entregada toda la información que requieras. Puedes elegir si participas o no. Esta investigación es de conocimiento de tus padres/acudientes y ellos saben que te estamos preguntando a ti también para tu aceptación.

Es necesario aclarar, que como tus padres y/o acudiente(s) son concedores de la investigación, llegamos a un acuerdo bajo un consentimiento firmado por ellos y un testigo, en el cual me han otorgado el permiso para que tú puedas responder unas preguntas formuladas a través de una encuesta. Si no deseas tomar parte en la investigación no tienes por qué hacerlo, aun cuando tus padres lo hayan aceptado.

Puede que haya algunas palabras que no entiendas o cosas que quieras que te las explique mejor porque estás interesado o preocupado por ellas, y con gusto me tomaré tiempo para explicártelo.

**La participación es voluntaria:**

Como se te informó anteriormente, es tu decisión si decides participar o no en la investigación. Si decides participar está bien y si decides no participar, no te pasara nada que te perjudique. Incluso si dices que “sí” ahora, más tarde puedes cambiar de idea.

Hasta ahora entiendes los procedimientos, responde: Sí \_\_\_\_ NO \_\_\_\_.

**Riesgos:**

Participar en este estudio se considera de **riesgo mínimo**, no se tocarán aspectos que te afecten de manera física o psicológica. En algunos casos se realizarán intervenciones, para hacer más funcional el entorno, si presentas algún tipo de discapacidad.

Los datos recolectados serán utilizados únicamente por los docentes y estudiantes de la Universidad del Norte.

**Beneficios:**

Si decides participar en este estudio tú y tus padres y/o acudiente recibirán en forma oral y escrita, las recomendaciones que los expertos en el tema realicen respecto a tu situación. Además, contarás con la disponibilidad de las herramientas o instrumentos que se elaboren durante la intervención.

Los resultados que surjan de la investigación beneficiaran a otras personas y jóvenes de tu edad, además ayudará a incrementar el conocimiento de los profesionales sobre la situación de los embarazos en las adolescentes

**Confidencialidad:**

La información recogida sobre ti durante la investigación será manejada con absoluta confidencialidad. Tus datos personales no serán publicados ni revelados; sólo tendrán acceso a la investigación el grupo investigador, el comité de ética que avala el estudio y/o alguna entidad regular que decida revisar la investigación. En todo caso, los investigadores principales se harán responsables de la custodia y privacidad de la información suministrada que será organizada en bases de datos de manera anónima, se utilizará únicamente un código numérico. Los datos y la información del estudio serán almacenados por un plazo de 5 años en el servicio de almacenamiento Google Drive del investigador principal (Juan Pablo Varela Esquea). Tus datos personales e información suministrada por ti se utilizarán sólo para fines investigativos en el presente estudio.

**Derecho a Negarse o a Retirarse de la investigación.**

No es obligatorio que participes en esta investigación. Nadie se enfadará o molestará contigo si dices que no. Eres libre de tomar la decisión. Puedes pensar en ello y responder más tarde si quieres. Puedes decir “sí” ahora y cambiar de idea más tarde y también estará bien.

Si tienes alguna pregunta o duda respecto a este trabajo en que se te está invitando participar puedes hacerlas ahora o más tarde. Puedes contactar conmigo al correo electrónico [esqueaj@uninorte.edu.co](mailto:esqueaj@uninorte.edu.co). Si tienes dudas con respecto a los derechos y deberes que tienes como sujeto participante del estudio debes comunicarte con la Enf. Daniela Díaz Agudelo presidente del Comité de ética en investigación que avala este proyecto, en este caso, el Comité de ética en investigación en el área de la salud Universidad del Norte. Ubicado en el Kilómetro 5 Vía Puerto Colombia. Bloque F primer piso. Tel: 3509509 ext. 3493. Correo electrónico del Comité de Ética en Investigación: [comite\\_eticauninorte@uninorte.edu.co](mailto:comite_eticauninorte@uninorte.edu.co) Página web del Comité: <https://www.uninorte.edu.co/web/comite-de-etica>

Entiendo que la investigación consiste en **identificar los determinantes sociales del embarazo presentes en la población adolescente que residen en los municipios de Manatí y Santa Lucía, Atlántico en el año 2021.**

“Sé que puedo elegir participar en la investigación o no hacerlo. Sé que puedo retirarme cuando quiera. He leído esta información (o se me ha leído la información) y la entiendo. Me han respondido las preguntas o dudas y sé que puedo hacer preguntas más tarde si las tengo. Entiendo que cualquier cambio en cuanto a mi participación en esta investigación, se acordará conmigo.

Acepto participar en la investigación: **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_.

<b>Nombre del participante</b>	
<b>Firma o huella del participante</b>	
<b>Tipo y número de documento de identidad</b>	
<b>Dirección de residencia</b>	
<b>Fecha de diligenciamiento (Día/mes/año)</b>	

<b>Nombre del Padre/Madre o Tutor responsable del escolar</b>	
<b>Firma del Padre/Madre o Tutor responsable del escolar</b>	
<b>Tipo y número de documento de identidad</b>	
<b>Dirección de residencia</b>	
<b>Fecha de diligenciamiento</b>	

<b>Nombre del testigo</b>	
<b>Firma del testigo</b>	
<b>Tipo y número de documento de identidad del testigo</b>	
<b>Dirección de residencia</b>	
<b>Fecha de diligenciamiento (Día/mes/año)</b>	

El Padre/madre/apoderado ha firmado un consentimiento informado: **SI** \_\_\_\_\_ **NO**  
 \_\_\_\_\_

**Declaración del investigador**

Yo certifico que le he explicado al adolescente el objetivo de la investigación, y que él/ella entiende en qué consiste su participación, los posibles riesgos y beneficios implicados. Todas las preguntas que el adolescente ha hecho le han sido

contestadas en forma adecuada. Así mismo, he leído y explicado adecuadamente las partes del asentimiento. Hago constar con mi firma.

<b>Nombre del investigador</b>	
<b>Firma del investigador</b>	
<b>Tipo y número de documento de identidad del investigador</b>	
<b>Fecha de diligenciamiento (Día/mes/año)</b>	

**ANEXO G: TABLA DE PLAN DE PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN**

<b>OBJETIVO</b>	<b>VARIABLE</b>	<b>TIPO DE TABLA</b>	<b>TIPO DE GRÁFICO</b>	<b>TIPO DE ANÁLISIS</b>
Describir las características sociodemográficas y de salud sexual y reproductiva en la población de estudio.	Edad	Tabla Univariada	Polígono de Frecuencias	Medidas de tendencia central: Promedio. IC al 95%  Medidas de dispersión:

				Desviación estándar.
	Sexo	Tabla Univariada		Medidas de frecuencia: Porcentaje. IC al 95%
	Religión	Tabla Univariada	Barras Compuestas	
	Estrato Socioeconómico	Tabla Univariada		
	Afiliación a salud	Tabla Univariada	Barras Superpuestas	
	Asistencia a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva	Tabla Univariada		
	Estado de embarazo	Tabla Univariada	Polígono de frecuencias	Medidas de frecuencia: Porcentaje. IC al 95%
	Edad de menarquia	Tabla Univariada		
	Edad de espermarquia	Tabla Univariada	Histograma	Medidas de dispersión: Desviación estándar.
	Edad Inicio de vida sexual	Tabla Univariada	Histograma	
	Uso de métodos anticonceptivos con regularidad	Tabla Univariada	Barras Compuestas	Medidas de frecuencia:

	Antecedentes familiares de embarazo adolescente	Tabla univariada		Porcentaje. IC al 95%
	Abortos previos	Tabla univariada	Barras Superpuestas	
	Embarazos previos	Tabla univariada		
Determinar los factores interpersonales del embarazo adolescente reportados en la literatura, prevalentes en la población de estudio.	Estructura del hogar	Tabla Univariada	Barras Compuestas	Medidas de frecuencia: Porcentaje. IC al 95%
	Presión social para iniciar relaciones sexuales	Tabla Univariada		
	Violencia intrafamiliar	Tabla Univariada	Barras Superpuestas	
	Consumo de sustancias psicoactivas	Tabla Univariada		
	Consumo de alcohol	Tabla Univariada	Barras Compuestas	
	Tabaquismo	Tabla Univariada		
	Supervisión parental	Tabla Univariada	Barras Superpuestas	
	Inestabilidad familiar	Tabla Univariada	Barras Compuestas	
	Comunicación intrafamiliar	Tabla Univariada		
	Nivel educativo de los padres	Tabla Univariada	Barras Simples	

Relacionar los factores sociodemográficos con los factores interpersonales y características de la salud sexual y reproductiva.	Edad - Estado de Embarazo (cualitativa dicotómica)	Tabla de doble entrada 2xn	Polígono de frecuencias	Prueba de significancia estadística: Chi Cuadrado ( $X^2$ ) y Valor P
	Sexo (cualitativa politómica) - Edad Inicio de vida sexual	Tabla de doble entrada 2xn	Polígono de frecuencias	
	Estrato socioeconómico (cualitativa politómica) - Uso de métodos anticonceptivos con regularidad (cualitativa dicotómica)	Tabla de doble entrada 2xn	Barras Compuestas	
	Estrato socioeconómico (cualitativa politómica) - Estado de Embarazo (cualitativa dicotómica)	Tabla de doble entrada 2xn	Barras Superpuestas	
	Sexo (cualitativa politómica) - Presión social para iniciar relaciones sexuales (cualitativa dicotómica)	Tabla de doble entrada 2xn	Barras Compuestas	

Relacionar los factores interpersonales con las características de salud sexual y reproductiva.	Consumo de alcohol (cualitativa dicotómica) - Edad inicio de vida sexual	Tabla de doble entrada 2xn	Polígono de frecuencias	Prueba de significancia estadística: Chi Cuadrado ( $X^2$ ) y Valor P
	Supervisión parental (cualitativa dicotómica) - Edad inicio de vida sexual	Tabla de doble entrada 2xn	Polígono de frecuencias	
	Comunicación intrafamiliar (cualitativa dicotómica) - Uso de métodos anticonceptivos con regularidad (cualitativa dicotómica)	Tabla de doble entrada 2xn	Barras Superpuestas	
	Presión social para iniciar relaciones sexuales (cualitativa dicotómica) - Edad inicio vida sexual	Tabla de doble entrada 2xn	Polígono de frecuencias	

*Fuente. Elaborado por los investigadores*

#### **ANEXO H: PRESUPUESTO**

<b>MATERIALES</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Transporte	\$100.000/persona	8 personas	\$800.000
Refrigerios	\$6.000/persona	731 personas	\$4.386.000
Papelería	\$1.100/persona	731 personas	\$804.100



Asesor	\$50.000/hora	144 horas	\$7.200.000
<b>TOTAL</b>		-	\$13.190.100

*Fuente. Elaborado por los investigadores*

## ANEXO I: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	2020						2021		
	En -F eb	Mar -Ab r	Ma y-J un	Jul -A go	Sep t-Oc t	Nov -Dic	En -F eb	Mar -Abr	Ma y-J un
Revisión Bibliográfica									
Asesoría con tutores metodológicos y de contenido									
Definición del área temática									
Lluvia de ideas acerca del tema de investigación									
Definición del problema de investigación									
Presentación oral del problema de investigación									
Construcción de la Propuesta de Investigación									
Desarrollo y consolidación de Anteproyecto									
Sustentación oral del diseño de investigación									
Entrega de proyectos para evaluación por parte de jurados									
Sustentación ante el Comité de ética									

<b>Recopilación de datos</b>									
<b>Procesamiento de datos</b>									
<b>Presentación e Interpretación de Resultados</b>									
<b>Elaboración del informe final de resultados</b>									
<b>Sustentación del diseño</b>									

*Fuente. Elaborado por los investigadores*