

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Posgrado en Ginecología y Obstetricia

**PERCEPCIONES DE LAS ADOLESCENTES SOBRE EL
EMBARAZO Y MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Kriscia Lorena Mosos Lamprea

Médico y Cirujano Universidad del Rosario.

Residente III año Ginecología y Obstetricia Universidad del Rosario.

Hospital Universitario Mayor MEDERI

Bogotá, Colombia, 2017

**Percepciones De Las Adolescentes Sobre El Embarazo y Métodos De
Planificación Familiar**

Kriscia Lorena Mosos Lamprea

Médico y Cirujano Universidad del Rosario.

Residente III año Ginecología y Obstetricia Universidad del Rosario.

Miryam Adriana Gómez Meneses

Médico Ginecobstetra Universidad del Rosario.

Epidemióloga Universidad del Tolima. MSc en Salud Pública.

Isabel Regina Pérez Olmos

Médico Psiquiatra. MSc. Epidemiología

Bogotá, Colombia, 2017

SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

“La Universidad del Rosario no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Dra. Adriana Gómez, tutora de este trabajo de grado, por su dedicación, apoyo, paciencia y guía, ya que sus aportes y sugerencias fueron indispensables para la elaboración de esta investigación.

Agradezco a la Dra. Isabel Pérez, quien fue mi tutora metodológica durante la realización del protocolo de esta investigación. Con su paciencia, aportes y experiencia se hizo fundamental para la elaboración del mismo.

Agradezco también al Hospital Universitario Mayor MEDERI, por permitirme realizar este trabajo en sus instalaciones y brindarme todo el apoyo necesario, al servicio de Ginecología y Obstetricia: Especialistas, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Médicos Generales, Residentes, Internos y Estudiantes, quienes me colaboraron durante la búsqueda de las adolescentes participantes y las entrevistas.

A las adolescentes participantes en el estudio, sin ellas no hubiera sido posible realizarlo.

A mi familia y a mi novio, por su apoyo en cada momento durante este proceso de formación.

TABLA DE CONTENIDO

	PAG
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
1. INTRODUCCIÓN	3
2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
3. JUSTIFICACIÓN	5
4. MARCO TEÓRICO	6
5. OBJETIVO GENERAL	10
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	10
7. METODOLOGÍA	12
7.1 Tipo y diseño general del estudio	12
7.2 Población y tipo de muestra	12
7.3 Criterios de inclusión.....	13
7.4 Criterios de exclusión.....	13
7.5 Técnicas y procedimiento para la recolección de la información.....	13
7.5.1 Entrevista en profundidad.....	13
7.5.2 Formato de recolección de datos sociodemográficos.....	15
7.5.3 Escala breve de autoestima de Rosenberg.....	16
7.6 Pasos Metodológicos y Procedimientos.....	17
7.7 Instrumento de recolección de datos.....	17
7.8 Análisis de datos.....	17
7.9 Validez y Confiabilidad.....	18
8. CRONOGRAMA.....	19

9. PRESUPUESTO.....	20
10. RESULTADOS.....	21
10.1 Análisis cualitativo.....	25
10.2 Análisis cuantitativo.....	32
11. DISCUSIÓN.....	34
12. CONCLUSIÓN.....	43
13. BIBLIOGRAFÍA.....	45

ANEXOS

ANEXO 1 (Consentimiento Informado de Padres).....	48
ANEXO 2 (Consentimiento Informado Para Mayores de Edad).....	50
ANEXO 3 (Asentimiento Informado Adolescente Menor de Edad).....	52
ANEXO 4 (Guión de la Entrevista en Profundidad).....	53
ANEXO 5 (Formato de Recolección de Datos Sociodemográficos).....	54
ANEXO 6 (Escala Breve de Autoestima).....	56
ANEXO 7 (Variables).....	57
ANEXO 8 (Mini Examen Cognoscitivo (MMSE)).....	60

TABLAS Y FIGURAS

Pág.

Tabla 1. <i>Justificación de la inclusión de cada una de las adolescentes incluidas en el trabajo</i>	22
Tabla 2. <i>Conteo de palabras frecuentemente encontradas durante las entrevistas con las adolescentes</i>	26
Tabla 3. <i>Conteo de palabras del concepto familia</i>	27
Tabla 4. <i>Conteo de palabras del concepto sentimientos</i>	28
Tabla 5. <i>Conteo de palabras del concepto planificación familiar</i>	30
Tabla 6. <i>Conteo de palabras del concepto proyecto de vida</i>	31
Tabla 7. <i>Variables estadísticas</i>	33
Figura 1. <i>Modelo explicativo del fenómeno mediante la codificación de las categorías</i>	26
Figura 2. <i>Mapa de nube que muestra palabras frecuentemente encontradas durante las entrevistas con las adolescentes</i>	26
Figura 3. <i>Mapa de nube del concepto familia</i>	27
Figura 4. <i>Mapa de nube del concepto sentimientos</i>	28
Figura 5. <i>Mapa de nube del concepto planificación familiar</i>	30
Figura 6. <i>Mapa de nube del concepto proyecto de vida</i>	31

La adolescencia es un periodo de cambios psicológicos y físicos, donde se adquieren derechos y deberes sexuales(1, 2). La proporción de embarazos en adolescentes en Colombia según la ENDS 2005 aumentó, del 14.6% al 18.5%(3, 4). Por lo anterior, era importante conocer cuáles son las percepciones de los adolescentes sobre el embarazo y los métodos de planificación familiar como base para la creación de estrategias que mejoren esta problemática social(5).

Basados en la metodología cualitativa de la Teoría Fundamentada(6), se realizó un estudio mixto, realizando una entrevista en profundidad, recolección de datos sociodemográficos y la aplicación de una escala de autoestima validada(7-9), en 25 adolescentes embarazadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital Universitario Mayor MEDERI en Bogotá. El análisis de los datos cualitativos se realizó con el software Nvivo11 y el análisis estadístico se realizó con el software Stata.

El apoyo de la familia en el embarazo adolescente es importante. La baja autoestima y la falta de proyectos de vida estructurados son factores de riesgo para la deserción escolar y el aumento de embarazos precoces. La estigmatización por parte de los profesionales de la salud, constituye una barrera para el uso de los métodos de planificación familiar en adolescentes. La implementación de estrategias enfocadas en el fortalecimiento de la autoestima, la creación de planes de vida estructurados y concientización al personal de salud, en como asesorar sin juzgar a los adolescentes, mejoraría la asistencia a servicios y uso de métodos de planificación.

(Palabras claves: Adolescente; embarazo; anticoncepción; autoestima)

Adolescence is a period of psychological and physical changes, where sexual rights and duties are acquired (1, 2). The proportion of pregnancies in adolescents in Colombia according to the ENDS 2005 increased, from 14.6% to 18.5% (3, 4). Therefore, it was important to know the adolescents' perceptions about pregnancy and family planning methods as a basis for the creation of strategies to improve this social problem (5).

Based on the qualitative methodology of the Grounded Theory (6), a mixed study was conducted, performing an in-depth interview, sociodemographic data collection and the application of a validated self-esteem scale (7-9) in 25 pregnant adolescents in the Gynecology and Obstetrics service at the MEDERI Mayor University Hospital in Bogotá. The analysis of the qualitative data was performed with the software Nvivo11 and the statistical analysis was performed with the software Stata.

Family support in teen pregnancy is important. Low self-esteem and lack of structured living projects are risk factors for school drop-out and increased early pregnancy. Stigmatization by health professionals constitutes a barrier to the use of family planning methods in adolescents. The implementation of strategies focused on strengthening self-esteem, creating structured life plans and raising awareness of health personnel, and how to provide counseling without judging adolescents, would improve service attendance and use of planning methods.

(Key words: Adolescent, pregnancy, contraception, self-esteem)

1. Introducción

El embarazo adolescente, es un problema de salud pública en Colombia ya que aumenta los niveles de pobreza, los niveles de morbilidad materna y la deserción escolar. La incidencia de estos embarazos ha aumentado con los años. Esto a pesar, de que el gobierno colombiano ha creado estrategias como la educación sexual en colegios, la asesoría en planificación familiar por parte de las gestoras de salud y la dispensación gratuita de método de planificación. Es importante conocer cuáles son las percepciones de las adolescentes sobre el embarazo y cuáles son las razones para el bajo uso de los métodos de planificación en esta población. Y así, aportar nuevas estrategias que permitan encaminar al adolescente a actuar de forma responsable frente a su sexualidad.

2. Descripción del problema

Según la Organización Mundial de la Salud, el periodo denominado como adolescencia se extiende desde los diez hasta los 19 años en los seres humanos; periodo en el cual se viven cambios biológicos, sociales y cognitivos con el fin de llegar a una madurez que le permita al adulto ser capaz de tomar decisiones acertadas.(4)

El adolescente se percibe aún como carente de la capacidad de decisión sin poder tomar decisiones con libertad, sobre sus propios deseos frente a temas de salud sexual y reproductiva (10). Es evidente, que este concepto ha venido cambiando a lo largo del tiempo dándole al adolescente un espacio para poder expresar sus decisiones, sus deseos y crear un proyecto de vida. Sin embargo, para crear un proyecto de vida sólido el adolescente requiere de capacidades emocionales y autoestima que le permitan el desarrollo de una personalidad sana, sintiéndose cómodo con el mismo y con los demás(2).

Según las Encuestas de Demografía y Salud, la proporción de embarazos en adolescentes aumentó desde el 1995 hasta el 2005 del 12.8% al 19.5% con una tendencia a la baja en

el reporte del 2010 (4). De igual forma se evidenció que el grupo con mayor fecundidad se encuentra entre los 15 y los 19 años. La zona rural sigue teniendo la mayor presencia de casos de embarazos en adolescentes, siendo este de 122 por 1000 nacimientos, en contraste con la zona urbana que muestra una relación de 73 por 1000 nacimientos; lo cual se ha visto favorecido por la dificultad de desplazamiento para adquirir el método de planificación, para buscar información y apoyo (3). Además, se ha podido comprobar que estos embarazos son debido a patrones culturales en algunas regiones y grupos sociales que promueven las gestaciones aun siendo no deseadas a estas edades(3).

A pesar de fomentar los valores morales y éticos, de proponer educación sexual en los colegios y de aumentar las facilidades para el acceso y uso de los métodos de planificación familiar el embarazo en adolescentes continúa siendo un problema social y de salud pública. Ya que promueve los desplazamientos, la violencia, morbilidad materna y fetal, la deserción escolar, el bajo rendimiento académico, mayores índices de pobreza y prolongando la dependencia económica en familias en su mayoría de bajos niveles económicos(11, 12).

Se ha encontrado que el maltrato familiar, traumas psicológicos, violencia en los hogares y vivir en un ambiente hostil pueden inducir al adolescente a buscar la salida de sus casas emprendiendo responsabilidades y proyectos de vida que en su gran mayoría no tenían contemplados(11).

Es debido a esta problemática social que el gobierno ha creado estrategias amigables, las cuales deben ser adoptadas por las Gestoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud con el fin de brindar apoyo, información acertada y suministro sin barreras de los métodos de planificación a los adolescentes, permitiéndoles de esta manera ser más autónomos y responsables, frente a la decisión de iniciar sus relaciones sexuales disminuyendo los riesgos y asegurando su futuro(5). El conocimiento de las percepciones de los adolescentes sobre el embarazo y sobre los métodos de planificación permite, realizar un enfoque más objetivo sobre el tema y realizar aportes con bases científicas que influyan en el aumento del uso de los métodos de planificación por parte de los

adolescentes y por ende la disminución en el número de embarazos no planeados en este grupo poblacional.

3. Justificación

Los embarazos en los adolescentes son un problema de salud pública en Colombia, que promueve la deserción escolar y la pobreza, impidiendo el desarrollo de sus proyectos de vida. Con las estrategias de planificación familiar amigable y asesorías sobre salud sexual y reproductiva instauradas hasta ahora, se ha venido observando una disminución en la incidencia de estos embarazos. Sin embargo, en el día a día de las salas de partos de los hospitales de las ciudades colombianas continúan llegando adolescentes embarazadas, muchas acompañadas por sus parejas también adolescentes sin una economía estable para mantener la nueva familia, cambiando su futuro y las posibilidades de alcanzar metas personales para dedicarse a ser mamá, abandonando sus estudios y haciéndola más vulnerable a la violencia y el abuso(1, 4).

Es posible pensar que muchos de estos casos son debidos a una falta de iniciativa en la búsqueda de asesoría sobre valores, planificación familiar de un profesional de la salud y otra gran proporción de adolescentes ven estos embarazos como salidas a sus problemas familiares, personales y económicos(13). En esta problemática social, uno de los actores más importantes es la adolescente embarazada y los resultados del análisis de sus percepciones, entendiéndose estas como el proceso mediante el cual la persona íntegra, organiza e interpreta las experiencias e impresiones sensoriales para crear representaciones de sí misma y de su entorno, susceptibles de ser comunicadas(14). Sobre esta situación podrían aportar ideas que puedan cambiar, orientar y re direccionar las estrategias dirigidas a disminuir la incidencia de embarazos de adolescentes y las consecuencias de esta problemática.

4. Marco teórico

La adolescencia según la organización mundial de la salud (OMS) es el periodo en el que el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita desde patrones psicológicos desde la niñez hasta la vida adulta y consolida su independencia económica(1). Pubertad proviene del latín “Pubertas” (Edad Fértil) y hace referencia a la secuencia de cambios fisiológicos que permiten alcanzar la madurez sexual(1). Este proceso comprende las siguientes fases: Preadolescente entre los diez y los 14 años y los adolescentes jóvenes entre los 15 y los 19 años donde se presentan cambios psicológicos de interacción social y adquisición progresiva de responsabilidades(1).

Durante este periodo existe un aumento de las exigencias sociales, esperando que el adolescente aprenda a relacionarse con el género opuesto y adquiriendo autonomía. Estas exigencias sociales pueden generar amenazas sobre a la autoestima del adolescente(2). La autoestima se define como la autoevaluación que el individuo hace y mantiene sobre sí mismo y de ser estimulada de forma positiva propicia el desarrollo de una sana personalidad. Sin embargo, bajo influencia negativa genera personalidades con tendencia al fracaso. De igual forma, la autoestima se ha venido viendo relacionada con aspectos como rendimiento escolar, embarazo en adolescentes y consumo de drogas(2).

En el mundo, el número de adolescentes se encuentra en aumento y un número considerable de ellas ya ha tenido su primera experiencia sexual y ha estado embarazada; en promedio 13 millones de niños en el mundo nacen de mujeres menores de 20 años. Más del 90% de estos se encuentran en países en vía de desarrollo. En países desarrollados, como el Reino Unido el 4% de los nacimientos se dan en mujeres entre 18 años o menos, en Estados Unidos el 7% de las adolescentes han estado embarazadas alguna vez; uno de cada diez han tenido un aborto(15).

Según estadísticas mundiales, la incidencia de adolescentes embarazadas es más frecuente en mujeres de raza negra e hispánica y puede estar relacionado con estratos

socioeconómicos bajos, bajo nivel educativo, abuso de sustancias y alcohol e inmadurez(16, 17).

En Colombia, el 19.6% de la población son adolescentes distribuidas en las diferentes regiones del país, el 46% de estos se encuentra en zonas de menor desarrollo(1, 3). Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, la proporción de embarazos en adolescentes aumento desde 1995 hasta el 2005 con una leve disminución en el último reporte de la encuesta en el 2010; siendo este valor mayor en la zona rural que en la urbana(4). Además, demostró que la edad de la primera unión conyugal se encuentra entre 21.7 años y muchas mujeres adolescentes antes de esta edad ya son madres o están embarazadas, de esta manera una de cada cinco mujeres adolescentes colombianas ya han iniciado su vida sexual(1, 3, 4).

Otros datos aportados por la ENDS 2010 sobre adolescentes informó que la edad promedio de inicio de vida sexual es a los 18.3 años; de la proporción total de adolescentes, el 11% son mujeres y la edad promedio de inicio de ellas es a los 15 años(3).

El embarazo en adolescentes siendo un problema de salud pública ha venido siendo estudiado en el mundo. Estudios realizados en países europeos han identificado que existen factores predisponentes para los embarazos en adolescente entre ellos la esperanza de una relación amorosa, baja autoestima, la presión cultural y la incapacidad para comunicarse con los padres(15).

Según estudios como el realizado por Osaikhuwuomwan en el 2013, demostró que las adolescentes no desean quedar en embarazo pero tampoco desean utilizar los métodos de planificación, siendo esto un reflejo socio cultural y religioso(18). En el mismo estudio, se encontró que las percepciones de los adolescentes sobre el embarazo están dadas por falta de educación sobre la sexualidad, la influencia de los compañeros y el no uso de los métodos de planificación. Un estudio cualitativo como el publicado por Gwendolyn en 2015, estableció que dentro de las percepciones de los adolescentes sobre el embarazo

hay aspectos positivos como la mejoría de las relaciones familiares, mayor enfoque de los objetivos académicos, mayor desarrollo de la madurez y responsabilidad, sentirse amado y tener a alguien a quien amar. Por otro lado, los aspectos negativos como la postergación de objetivos personales, el perder tiempo dedicado a la maternidad, la responsabilidad adicional y el temor de la respuesta de padres y amigos siguen siendo los principales temores de los adolescentes frente a la maternidad(19).

Entre las adolescentes colombianas, los factores de riesgo que permiten que siga en aumento los índices de embarazos son la dificultad a acceso a la educación, inicio temprano de vida sexual, migración urbana, falta de capacitación laboral esta última generando delincuencia, violencia juvenil, aumento en el consumo de sustancias y trastorno mentales(1).

Además, existen falencias en el manejo de la educación sexual dentro de los colegios y los núcleos familiares que no permite a los adolescentes poseer información veraz y confiable sobre derechos sexuales en nuestro país y la sexualidad responsable(20). Estas falencias están basadas en barreras culturales, familiares y religiosas que no permiten el adecuado dialogo entre los adolescentes y sus mayores(16).

También se ha podido comprobar, que los niveles socioeconómicos juegan un papel importante en la incidencia de embarazos, ya que en los niveles medios y altos se cuenta con proyectos de vida más definidos por parte de los adolescentes que los lleva a retrasar en el inicio de la vida sexual y usan de forma adecuada los métodos de planificación. Por el contrario, los niveles socioeconómicos bajos al presentar menos oportunidades de educación, trabajo y desarrollo, los proyectos de vida son mucho más lábiles y poco consistentes(4, 20, 21).

Además del riesgo psicosocial, los cambios fisiológicos del embarazo en las adolescentes generan más riesgo en comparación con mujeres en edad reproductiva mayor lo que aumenta los índices de morbilidad y mortalidad de esta población. Las complicaciones del parto o el puerperio ocupan el cuarto lugar entre las adolescentes entre 15 y 19 años

en Colombia. Los principales resultados obstétricos adversos son: mayor riesgo de parto pretérmino, anemia secundaria, pobre estado nutricional, bajo peso al nacer, parto instrumentado, mayor riesgo de pielonefritis y preeclampsia(1, 17, 22).

Según ENDS 2010, el 63% del total de adolescentes no usan métodos anticonceptivos; sin embargo, los estudios han revelado que el conocimiento sobre la existencia de estos métodos es universal entre la población mencionada. El 81% ha utilizado algún método anticonceptivo en alguna relación sexual y solo el 10% los usó en su primera relación sexual(3). Los métodos de planificación más utilizados en orden descendente fueron los anticonceptivos orales, condón, coito interrumpido y el ritmo; teniendo en cuenta que el 41% de las adolescentes desconocen cuáles son los días del ciclo menstrual de mayor riesgo. Este último dato es controvertido teniendo en cuenta que la tasa de analfabetismo en el país ha disminuido pasando del 11.1% en 1973 al 3.7% en 2005 con una asistencia escolar en aumento pasando de un 85.4% a un 92.4%(1, 23), favoreciendo una mayor ilustración por parte de las instituciones educativas sobre educación sexual.

En Colombia, se han realizado varios estudios cualitativos para identificar los factores de riesgos que llevan a las adolescentes a embarazos deseados o no deseados. Estos factores de riesgo identificados son de gran ayuda para establecer estrategias de prevención basados inicialmente en el retraso en la iniciación en las relaciones sexuales, luego a mejorar el acceso a los servicios de salud para la entrega del método de planificación con lo que se pretende disminuir la morbimortalidad en las adolescentes(16). En el mundo, se han creado estrategias que han permitido disminuir esta incidencia basadas en abstinencia y uso efectivo de anticonceptivos. En Europa occidental, las estrategias están basadas en adecuada educación sexual, uso adecuado de anticonceptivos y en el reforzamiento de valores sociales con lo que han logrado disminuir de forma importante los embarazos en un 15.2% en menores de 16 años y un 11.1% en menores de 18 años(15).

Es importante la identificación de las verdaderas razones por las cuales las adolescentes aun con total conocimiento de la existencia de los métodos de planificación no los usan

como lo muestran las estadísticas, aun teniendo en cuenta que por normatividad en nuestro país la dispensación de los mismos se realiza de forma gratuita. El conocimiento de las razones por las cuales no acceden al uso de métodos de planificación y las percepciones de las adolescentes sobre el embarazo, entendiéndose percepción como el proceso por el cual los individuos organizan e interpretan sus impresiones sensoriales con el fin de dar un sentido a su entorno(24), orientará el desarrollo de estrategias que en últimas puedan disminuir el embarazo en adolescentes.

5. Objetivo general

Explorar las percepciones de las adolescentes sobre su embarazo, los métodos de planificación y la relación con su entorno social.

6. Consideraciones éticas

Según el informe Belmont, este proyecto de investigación constituyó una práctica de comportamiento con el que se buscó obtener información, sin intervención, de un grupo de mujeres adolescentes embarazadas ayudando a comprender su percepción del embarazo, la maternidad y los métodos de planificación familiar(25).

En el proyecto se preservaron los principios éticos universalmente aceptados, según el informe Belmont, el código de Nuremberg, la declaración universal de Bioética y Derechos Humanos (2005) y la declaración de Helsinki y en sus últimas revisiones (2013)(25, 26).

Este estudio no implicó intervención alguna a los sujetos de investigación. Basados en el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Protección Social de Colombia(27), se clasificó esta investigación como de riesgo mínimo por ser un tema sensible para la población participante.

Con los resultados del análisis de la información suministrada por sujetos reales se pretendió poder contribuir al desarrollo e implementación de estrategias de salud sexual y reproductiva para adolescentes y aportar para lograr disminuir los embarazos y sus consecuencias.

El presente estudio contribuyó al conocimiento de procesos específicos bio-psico-sociales del ser humano en lo referente al embarazo y los métodos de planificación familiar en adolescentes. También aportó en el conocimiento de los vínculos entre el embarazo, la práctica médica y la estructura social.

No se realizó ninguna intervención a los sujetos que aceptaron participar. Se aplicó una entrevista en profundidad, un formato sobre datos sociodemográficos y una escala de valoración de autoestima con el previo asentimiento por parte del sujeto de investigación una vez se obtuvo el consentimiento informado de sus padres y/o tutor legal.

La definición de riesgo mínimo del presente estudio también cumplió con el artículo 29 sobre estudios en pacientes embarazadas, durante el parto o puerperio. El presente estudio no interfirió con la salud de la madre, ni del recién nacido(27).

Además, se protegió la identidad de los sujetos de estudio y no se reveló su identidad en los archivos, informes o publicaciones con los resultados de la investigación, así como se respetó su dignidad a través del proceso de investigación.

Dado que el estudio se realizó en una Institución regida por los valores morales y éticos de la religión católica se aclara que no fue una finalidad del trabajo promover el uso de métodos de planificación familiar entre las adolescentes.

7. Metodología

7.1 Tipo y diseño general del estudio:

Se realizó un estudio mixto, un modelo cualitativo basados en la metodología de indagación cualitativa de la Teoría Fundamentada usando datos obtenidos a través de entrevistas en profundidad y un modelo cuantitativo de análisis de datos sociodemográficos y la aplicación de una escala breve de autoestima. Se escogió este tipo de estudio mixto basados en el objetivo general del proyecto(6).

7.2 Población y tipo de muestra:

Las entrevistas se realizaron en el Hospital Universitario Mayor MEDERI en el servicio de sala de partos y hospitalización a adolescentes entre los diez y los 18 años embarazadas. El tamaño de la muestra fue de 25 adolescentes teniendo en cuenta que era la tercera parte de la población adolescente atendida durante cada mes, del año 2015; en el servicio de urgencias ginecológicas del Hospital Universitario Mayor MEDERI.

Además, el tamaño de la muestra fue selectivo o intencional dependiendo del análisis cualitativo de los datos, cuando se alcanzó el punto de saturación de las categorías analizadas, entendiéndose como el punto donde no se encontró información nueva durante el proceso de investigación ni durante las entrevistas de las adolescentes seleccionadas y cuando se obtuvo un modelo explicativo comprensivo del fenómeno en estudio, es decir, el fenómeno del no uso de métodos anticonceptivos en este grupo de personas que comparten las características de estar embarazadas y ser adolescentes.

No se estableció sesgos porque es un proceso investigativo que buscó obtener información de las mejores fuentes, siendo abierto y flexible. Permittiéndonos dejar de lado ideas preconcebidas, la subjetividad y la simultaneidad de las etapas del proceso de investigación.

7.3 Criterios de inclusión:

- Adolescentes entre los diez y los 18 años embarazadas que asistieran a la sala de partos, consulta externa y hospitalización que no se encontraran en trabajo de parto, que estuvieran en compañía de sus padres o representante legal o persona a cargo que estuviera disponible para la firma del consentimiento informado.
- Consentimiento de los padres o representante legal de la menor.
El consentimiento informado fue firmado por alguno de los dos padres o representantes legales y por dos testigos de la comunidad que no hicieron parte del equipo investigador del proyecto.
- Consentimiento por parte de la adolescente embarazada de 18 años.
- Asentimiento por parte de la menor.

7.4 Criterios de exclusión:

- Retardo mental o discapacidad cognitiva que no le permitiera participar de forma activa y completa en la entrevista a realizar y en la encuesta a aplicar.

7.5 Técnicas y procedimiento para la recolección de la información:

7.5.1 Entrevista en profundidad.

La entrevista en profundidad es una guía formada por varias preguntas claves que ayudan a definir las áreas de interés en el proyecto investigativo además, permite al investigador divagar con el fin de perseguir una idea o respuesta con más detalle. Estas entrevistas están orientadas a la comprensión de las perspectivas que tienen los entrevistados respecto a sus experiencias, expresándolo con sus propias palabras.

Dichas entrevistas se realizaron hasta la saturación de las categorías con una duración máxima de una hora y nueve minutos o hasta que la menor expresó no querer continuar con la misma. El orden de las preguntas se pudo cambiar durante la entrevista. Con este instrumento se pretendió explorar las opiniones y las

motivaciones de las adolescentes sobre el embarazo y los métodos de planificación y fue realizada directamente por el investigador bajo criterios de confidencialidad, los cuales se le fueron explicados claramente a las entrevistadas previo al inicio de las mismas.

Las entrevistas se estructuraron basados en las características de las población en estudio, teniendo en cuenta que eran adolescentes embarazadas entre los diez y los 18 años que asistieron al servicio de sala de partos y hospitalización del Hospital Universitario Mayor, además de su nivel educativo y de si estaban o no en compañía de sus padres o representantes legales. Posteriormente, se crearon categorías a priori, basadas en la revisión de la literatura previamente realizada y en el objetivo de la investigación, las cuales fueron: sentimientos, interés, desinformación, abandono familiar, situación socioeconómica, proyecto de vida, influencias y deserción escolar(28), controlando así los temas de importancia. Basados en estas categorías se establecieron preguntas que permitieran indagar las percepciones de las adolescentes (Anexo 4) de la siguiente manera:

- Sentimientos y abandono familiar:

Cuéntanos por favor, como es tu grupo familiar, quienes viven contigo? Has recibido apoyo durante tu embarazo? De quiénes? Cuéntanos por favor, como ha sido tu embarazo? Como lo has vivido?

- Proyecto de vida y deserción escolar.

Como habías pensado desde niña que sería tu vida al crecer y hacerte mayor. Habías planeado o deseado estar embarazada a esta edad?

- Desinformación, interés e influencias:

Tienes conocimientos sobre métodos de planificación y como acceder a ellos?
Tienes acceso a servicios para la atención de tu salud?

Se iniciaron las entrevistas explicándole a la adolescente el motivo y finalidad de este trabajo y así mismo el trato y confidencialidad de los datos obtenidos. Se le explicó también que iban a ser grabadas en audio durante el desarrollo de la entrevista. Se inició el dialogo con preguntas básicas que permitieran establecer

un ambiente de confianza, comodidad y tranquilidad para la entrevistada. Al terminar se agradeció su colaboración con el presente trabajo.

Con el fin de alcanzar el control de los sesgos en una entrevista se creó un guion de preguntas con lenguaje sencillo, comprensible para un adolescente que le permitió al investigador indagar sobre el objetivo propuesto sin inducir las respuestas, las cuales fueron grabadas en audio para no dar lugar a interpretaciones del investigador. Las entrevistas se realizaron de forma individual en su mayoría, a excepción de una adolescente que solicitó la compañía de la madre, con esto se eliminó el sesgo de respuestas socialmente aceptadas o convenientes. Ninguna de las adolescentes entrevistadas se obligó o presionó para participar en el trabajo, todas accedieron a participar de forma libre, espontánea y voluntaria.

7.5.2 Formato de recolección de datos sociodemográficos.

Se realizó un análisis estadístico de variables sociodemográficas registradas en un formato de recolección de datos. Este análisis permitió caracterizar la población objeto del estudio. El formato de recolección de datos, contenía el registro de información de cuatro aspectos: personal, familiar, relación de pareja y aspectos de historia clínica y ginecológica. En el análisis cuantitativo de las variables, se calcularon sus medidas de resumen (promedio, moda, mediana), y de dispersión (desviación estándar), y para las variables cualitativas nominales se les obtuvo sus porcentajes. Los detalles de las variables se encuentran en el formato de registro de datos sociodemográficos y en la tabla manual de variables en donde se definen, describen y se presenta el nivel de medición o categorización de las mismas, como se tuvieron en cuenta en el análisis cuantitativo (Anexo 5 y 7).

7.5.3 Escala breve de autoestima de Rosemberg.

Es una escala utilizada para la medición de la autoestima, que consta de diez ítems. La escala busca conocer la percepción de sí mismo y se responde en una escala de cuatro puntos (1: muy de acuerdo, 2: de acuerdo, 3: en desacuerdo y 4: totalmente en desacuerdo). La validez de la escala ha sido también comprobada en varios estudios. (Anexo 6). Los resultados fueron calificados de la siguiente manera(7):

Puntuación entre 0 y 25: Autoestima es baja.

Puntuación entre 26 y 29: Autoestima es normal.

Puntuación entre 30 y 40: Autoestima es buena, incluso excesiva.

7.6 Pasos Metodológicos y Procedimientos:

- Se realizó el acercamiento a embarazadas entre los diez y los 18 años y sus padres o representantes legales que asistieron a consulta en el Hospital Universitario Mayor MEDERI.
- Se suministró información sobre el proyecto y procedimientos a realizar, que incluyó las técnicas a aplicar (entrevista, recolección de datos sociodemográficos y escala de autoestima).
- Se resolvieron las dudas de participantes y padres o representantes legales.
- Se firmaron los consentimientos informados y asentimientos por parte de la adolescente y de sus padres o representante legal o persona a cargo de la paciente.
- Fue necesaria la firma de al menos uno de los padres o representante legal.
- Se evaluó la capacidad de entendimiento, razonamiento y lógica de las adolescentes seleccionadas con la aplicación del Mini Examen Cognoscitivo (ANEXO 8)(29, 30). La prueba tiene una puntuación total de 30. Un punto de corte menor a 20 se reconoce como un puntaje anormal.
- Se realizaron las entrevistas en profundidad las cuales fueron grabadas en audio, se recogieron los datos sociodemográficos en formato impreso y se aplicó la escala breve de autoestima a la adolescente.

- Se transcribió de forma literal las entrevistas realizadas.
- Se analizaron las entrevistas dividiendo en categorías según teoría fundamentada (Grounded Theory) hasta alcanzar un modelo teórico de comprensión de las percepciones de las participantes sobre el tema de estudio y aspectos relacionados.
- Se calificó la escala de autoestima.
- Se elaboró una base de datos con los datos sociodemográficos de las participantes y los puntajes de la escala de autoestima.
- Se chequeó la calidad de los datos cuantitativos y corrigió los errores en la base de datos.
- Se realizó el análisis estadístico de los datos cuantitativos.
- Se realizó el análisis mixto de resultados cualitativos y cuantitativos.

7.7 Instrumento de recolección de datos

- Guía de entrevista. (Anexo 4)
- Formato de recolección datos sociodemográficos (Anexo 5)
- Escala breve de autoestima (Anexo 6).

7.8 Análisis de datos

Los resultados obtenidos a través de las entrevistas en profundidad fueron analizados según los criterios de la teoría fundamentada basada en la recopilación de datos, dividiéndolos en categorías y subcategorías según la información suministrada por las adolescentes hasta que se alcanzó un modelo teórico de comprensión del fenómeno en estudio del embarazo de adolescentes y los aspectos relacionados. Lo que nos permitió generar conocimiento basados en datos y creatividad(6).

7.9 Validez y Confiabilidad

Con el fin de brindar mayor confiabilidad y validez al trabajo se crearon las siguientes estrategias:

- Se establecieron categorías concretas y precisas que reflejaran el objetivo propuesto en el trabajo y la realidad de la población estudiada.
- Se trabajó durante todo el proceso investigativo en equipo con el fin de darle más equilibrio al análisis e interpretación de los resultados. Verificando la congruencia de las transcripciones y objetividad de las categorías.
- Las entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas textualmente como un valioso aporte que nos permitiera volver a los datos básicos y poder categorizarlos de nuevo en caso de ser necesario.
- Nivel de participación de investigador: Se buscó generar empatía con las adolescentes entrevistadas para tener un ambiente de confianza que permitiera obtener información precisa y espontánea del tema en estudio.
- Caracterización de las entrevistadas: Se establecieron parámetros definidos de la población en estudio.
- **Triangulación:** Se refiere a utilizar diferentes estrategias para estudiar el mismo tema, diferentes técnicas para obtener los mismos datos así como diferentes investigadores respondiendo la misma pregunta. En el presente trabajo, realizamos una triangulación con el marco teórico, retomando la discusión bibliográfica y la analizamos con los resultados.

8. Cronograma

ACTIVIDADES TIEMPO EN MESES	1 OCTUBRE 2015	2 N O V	3 D I C	4 E N E	5 F E B	6 M A R	7 A B R	8 M A Y	9 J U N	10 J U L	11 A G O	12 S E P	13 O C T	14 N O V	15 D I C	16 E N E	17 F E B	18 MARZO 2017
RECOLECCION DE INFORMACION																		
ANALISIS DE INFORMACION																		
DISEÑO																		
AJUSTES AL INSTRUMENTO																		
PROTOCOLO																		
RECOLECCIÓN DE DATOS																		
TRANSCRIPCIONES																		
ANÁLISIS DE DATOS																		
INFORME FINAL																		

9. Presupuesto

PERFIL	NÚMERO			
	DE PERSONAS	TIEMPO EN MESES	MONTO MENSUAL	TOTAL
CONTEXTUALIZACIÓN				
Investigador principal	1	12	1.000.000	12.000.000
Tutor temático	1	12	2.000.000	24.000.000
Tutor metodológico	1	12	2.000.000	24.000.000
RECOLECCIÓN				
Investigador principal	1	6	1.000.000	6.000.000
Tutor temático	1	3	2.000.000	6.000.000
Tutor metodológico	1	3	2.000.000	6.000.000
PROCESAMIENTO				
Transcripciones	1	6	800.000	4.800.000
Codificación	3	2	500.000	1.000.000
ANÁLISIS E INFORME FINAL				
Investigador principal	1	3	1.000.000	3.000.000
Tutor temático	1	3	2.000.000	6.000.000
Tutor metodológico	1	3	2.000.000	6.000.000
TOTAL				98.800.000

- Costos asumidos por los investigadores.

10. Resultados

Las personas elegidas para las entrevistas en profundidad fueron las adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión propuestos, en su totalidad fueron captadas en hospitalización y admisiones del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Mayor MÉDERI, previa firma de consentimiento informado por parte de los padres o representantes legales, asentimiento de las menores de edad y consentimiento por parte de las mayores de edad hasta lograr la muestra establecida. Las entrevistas, se realizaron en compañía de los padres o representantes legales, si así, lo exigían las adolescentes o sus padres. La máxima duración de las entrevistas fue de una hora y nueve minutos. Todas las entrevistas fueron realizadas por el investigador principal, grabadas en audio y posteriormente transcritas textualmente y revisadas por los investigadores para asegurar la exactitud, luego se introdujeron a un programa de gestión de datos cualitativos para la codificación. Las entrevistas se iniciaron previa aprobación por parte del Comité Técnico de Investigación del Hospital Universitario Mayor MÉDERI y por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario.

Los pasos analíticos que se realizaron fueron los siguientes:

- Se dio codificación a las transcripciones realizadas.
- Se buscaron frases, comentarios y palabras similares y diferentes entre las entrevistas.
- Se realizó reducción de datos, enfoque, simplificación y transformación de los datos de las transcripciones.
- Desarrollo de información organizada.
- Se diseñaron las gráficas y esquemas que nos permitió crear conclusiones a través de comparaciones entre las categorías a priori y emergentes.

Tabla 1. *Justificación de la inclusión de cada una de las adolescentes incluidas en el trabajo.*

INSTRUMENTO	JUSTIFICACIÓN
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescentes de 17 años con embarazo de 36.4 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 18 años con embarazo de 33.6 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 15 años con embarazo de 35.4 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 18 años con embarazo de 35.1 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 17 años con embarazo de 26 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 16 años con embarazo de 30 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 18 años con embarazo de 15 semanas.

-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 17 años con embarazo de 39 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 18 años, con embarazo de 16 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 16 años con embarazo de 40.2 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 17 años con embarazo de 6 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 14 años con embarazo de 30.6 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 17 años con embarazo de 34 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 16 años con embarazo de 26 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos.	Adolescente de 18 años con embarazo de 31.4 semanas consulta en admisión de Ginecología y Obstetricia.

-Escala breve de autoestima.	
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 15 años con embarazo de 39 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 18 años con embarazo de 18 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 18 años con embarazo de 32 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 18 años con embarazo de 19 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 18 años con embarazo de 38 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 18 años con embarazo de 28 semanas.
-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.	Adolescente de 18 años con embarazo de 9.6 semanas.
-Entrevista en profundidad.	Adolescente de 14 años con embarazo de 16 semanas.

<p>-Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.</p>	
<p>-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.</p>	<p>Adolescente de 18 años con embarazo de 26 semanas.</p>
<p>-Entrevista en profundidad. -Formato de recolección de datos sociodemográficos. -Escala breve de autoestima.</p>	<p>Adolescente de 18 años con embarazo de 37 semanas.</p>

10.1 Análisis cualitativo

El análisis cualitativo en busca de un modelo explicativo del fenómeno en estudio, se realizó utilizando el software NVivo 11 para la codificación, la gestión de datos y el análisis de contenidos. Se analizaron

las entrevistas mediante la creación de categorías o codificaciones emergentes: Familia, sentimientos, proyecto de vida, condición social y planificación familiar las cuales se explican en el siguiente modelo (**Figura 1**), se realizó conteo de palabras frecuentes de las entrevistas y se agregaron citas textuales de las participantes para validar la codificación, el análisis y las conclusiones de los investigadores.

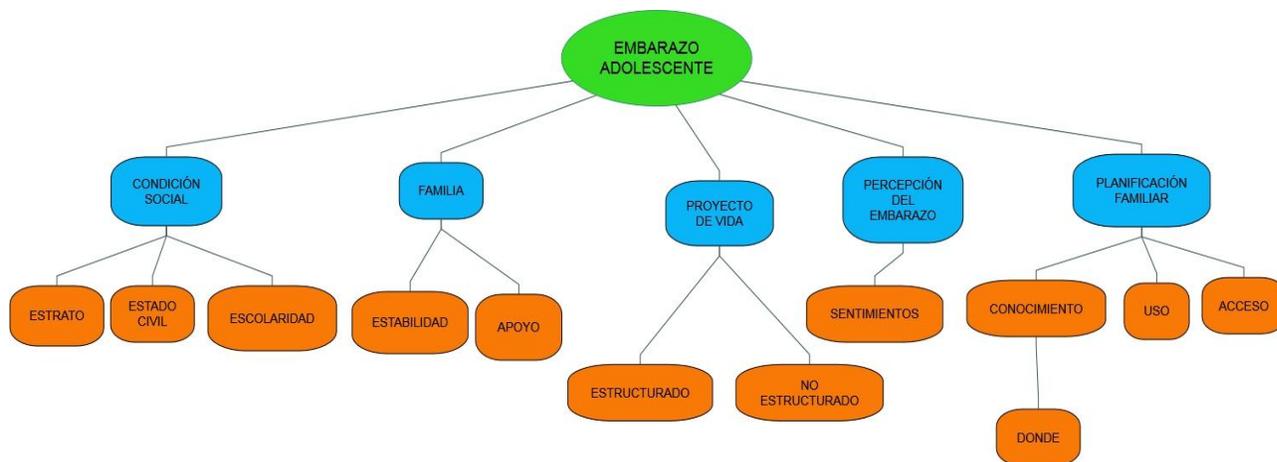


Figura 1. Modelo explicativo del fenómeno mediante la codificación de las categorías.

Durante el análisis, se encontró que las palabras más frecuentemente utilizadas por las adolescentes durante las entrevista fueron: Mamá, estudiar, bien, colegio, apoyan, embarazo, prueba, casa, conocía y EPS. (Figura 2).

Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
Mamá	4	23	003
Estudiar	8	21	003
Bien	4	19	002
Colegio	7	19	002
Apoyan	6	18	002
Embarazo	8	15	002
Prueba	6	14	002
Casa	4	13	002
Conocía	7	12	001
EPS	3	11	001

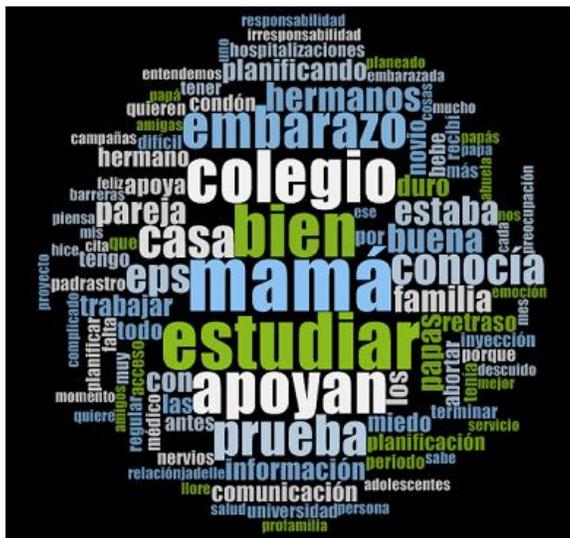


Tabla 2 y Figura 2. Conteo de palabras y Mapa de nube que muestra palabras frecuentemente encontradas durante las entrevistas con las adolescentes.

Los resultados según la codificación Nvivo 11 fue de la siguiente manera:

➤ **FAMILIA**

Se define según el diccionario de la Real Academia Española como un grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas. Las palabras más frecuentemente utilizadas por las adolescentes en relación con el concepto de familia fueron: Apoyan, mamá, bien, buena, hermanos, papas, pareja, apoya, familia, hermano.

Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
Apoyan	6	18	010
Mamá	4	16	009
Bien	4	12	006
Buena	5	9	005
Hermanos	8	9	005
Papas	5	7	004
Pareja	6	7	004
Apoya	5	5	003
Familia	7	5	003
Hermano	7	5	003



Tabla 3 y Figura 3. *Conteo de palabras y Mapa de nube del concepto familia.*

- ¿Cómo es la relación tuya con los miembros de tu casa?
.....”Es buena, es fluida porque tenemos buena comunicación entre nosotros mismos, cuando tenemos que hablar, hablamos y ya y no nos ponemos con peleas y eso....” (Entrevista 11/2016)
-” Mi mamá no trabaja, mi mamá me cuida a mí....” (Entrevista 13/2016).
- ...” Si, se podría decir que apoyo, pero más que apoyo digamos es como la emoción de sentir que viene un nuevo miembro a la familia...” (Entrevista 2/2016)

-” Me enfermé y pues nadie lo cuida a uno mejor que la mamá....”.... (Entrevista 4/2016)

Se pudo observar durante las entrevistas realizadas que el apoyo de la familia principalmente de la figura materna, es indispensable sobre todo cuando no se cuenta con el apoyo de la pareja. Los pensamientos positivos a cerca de la familia y de la relación con la adolescente, fortalecen los vínculos entre los miembros del núcleo familiar y son el principal apoyo de la adolescente embarazada.

➤ **SENTIMIENTOS**

Se define según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, como el hecho de experimentar sensaciones producidas por causas externas o internas. Las palabras más frecuentemente utilizadas al entrevistar a las adolescentes sobre este concepto fueron: Bien, duro, abortar, difícil, hospitalizaciones, miedo, nervios, todo, bebe, complicado.

Palabra	Longitud	Conteo	Porcentaje ponderado (%)
Bien	4	7	006
Duro	4	6	005
Abortar	7	4	004
Difícil	7	3	003
Hospitalizaciones	17	3	003
Miedo	5	3	003
Nervios	7	3	003
Todo	4	3	003
Bebe	4	2	002
Complicado	10	2	002

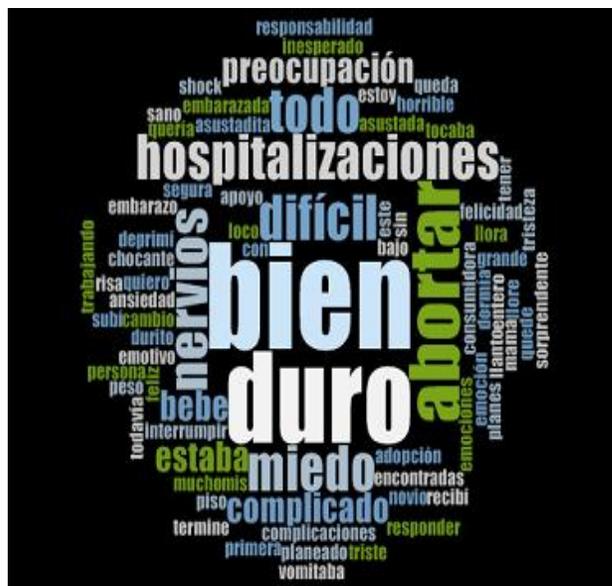


Tabla 4 y Figura 4. *Conteo de palabras y Mapa de nube del concepto sentimientos.*

-” Fue muy sorprendente porque pues nadie se esperaba ni siquiera yo esperaba que fuera a estar embarazada ni que tuviera la cantidad de semanas de embarazo que yo tenía...” (Entrevista 2/2016).
-” Ha sido difícil, duro por lo de las hospitalizaciones y porque estoy trabajando para conseguirle ropita y eso al Bebé...” (Entrevista 3/2016)
- ...”Se me bajo todo, pero yo prefiero tenerlo que abortar”... (Entrevista 12/2016)
- ...” Me dio duro porque pues yo ya había pedido la cita de planificación”... (Entrevista 12/2016)
-”Muchos nervios, por mi papa, por la reacción que fuera a tomar”.... (Entrevista 16/2016).
-”Viene mucha ansiedad (Llanto) de ya tener él bebe. Si voy a poder ser buena mamá...” (Entrevista 16/2016).

A pesar del evento no esperado de la gestación, las adolescentes muestran sentimientos positivos frente a este. Las percepciones del embarazo de estas adolescentes con diversas y no desconocen el temor y la ansiedad que les genera el nuevo rol de madres y su desempeño dentro de sus familias y en la sociedad.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Según la Organización Mundial de la Salud, la planificación familiar refuerza el derecho que tienen las personas de planear el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos, mediante métodos anticonceptivos permanentes o transitorios. Las palabras más frecuentemente utilizadas al entrevistar a las adolescentes sobre este concepto fueron: Colegio, conocía, casa, estaba, EPS, planificando, condón, información, los y mamá.

- ...” Me van a poner a validar los sábados, pues para que tenga más tiempo de cuidar la bebe...” (Entrevista 1/2016)
-” Siempre pues cambian mucho las cosas uno ya tiene que estar más enfocado en el cuidado del bebe y eso pero igual yo creo que de todas formas uno puede hacer todas las cosas que uno tenía planeado...” (Entrevista 2/2016)
-” Pues yo pensaba estudiar y me podía ganar mi beca y estudiar medicina, pero pues sigo pensando lo mismo no quiero dejar de estudiar todavía...” (Entrevista 6/2016)
- ...”Yo decía, salgo de estudiar, me pongo a estudiar Salud Ocupacional, me pongo a trabajar, me compro mis cosas y ahí sí tengo un hijo...” (Entrevista 11/2016)
- ...” Pues es que cuando quede embarazada no quise seguir estudiando por boba porque hubiera seguido...” (Entrevista 12/2016).
- ¿Cuál era tu proyecto de vida?
.....”Seguir estudiando, pero no pensé en eso....” (Entrevista 13/2016)

La falta de un proyecto de vida estructurado y convicciones firmes sobre los planes de vida fue común entre las adolescentes entrevistadas. Proyectos que parecían mejor estructurados en el momento de conocer sobre el embarazo, dándoles fuerza y deseo de salir adelante tanto por ellas y por sus bebés.

10.2 Análisis Cuantitativo

El análisis de los resultados cuantitativos se realizó mediante la utilización del software de análisis de datos estadísticos STATA, logrando los siguientes resultados. Para las 25 pacientes que ingresaron al estudio, cumpliendo los criterios de inclusión, aceptaron participar y se obtuvo consentimiento de al menos uno de sus padres el promedio de edad fue de 17 años con una desviación estándar de 1.32 (IC95% 16.45-17.45), siendo la menor de 14 años. Una mínima proporción de las adolescentes entrevistadas se encontraban estudiando aún (4% IC95% 0.19-0.61). Ninguna de las adolescentes estaba casada al momento de la entrevista. El 12% de las entrevistadas ya habían estado embarazadas. La mitad de las adolescentes ingresadas, tenían media académica como nivel educativo (48%), con un 24% logrado solo básica primaria. En cuanto al estrato socioeconómico en orden descendente pertenecían al 2 (44%), 3(32%) y 1

(24%). Al momento de la entrevista el 100% contaban con un servicio de salud, 84% beneficiarias de alguno de sus padres y el 16% cotizantes en su mayoría de las adolescentes mayores de edad. Para la encuesta de valoración de autoestima, el puntaje en promedio fue de 23.44, con un mínimo de 19 y un máximo de 28.

El promedio del número de parejas sexuales al momento del estudio fue de 2 (IC95% 1.28-3.03), obteniendo un número extremo de parejas sexuales de diez. La pareja en promedio fue mayor de edad, con una media de 20.16 años (IC95% 18.9-21.42), con una relación en promedio de 18.08 meses, siendo un mes, el menor tiempo de relación.

La edad promedio de la madre fue de 41 años (ES 1.37 IC95% 38.16-43.85), y la edad promedio del padre fue de 48.36 años (IC95% 42.88-53.83). La mayoría de las mamás de las adolescentes habían alcanzado la educación media (52%) al igual que los papás (36%), con un pequeño porcentaje de madres profesionales (4%). Igualmente, la mayoría de las mamás (68%), papás (80%) y parejas (68%) eran empleados.

El número de hermanos en promedio fue de 2 (IC95% 1.88-3.39).

Tabla 7. Variables estadísticas.

VARIABLE	PROMEDIO	ERROR ESTANDAR	IC 95%
Edad	17	0.26	16.45-17.54
Edad de la madre	41	1.37	38.16-43.83
Edad del padre	48.36	2.65	42.88-53.84
Número de hermanos	2	0.36	1.89-3.39
Número de parejas sexuales	2	0.42	1.29-3.03
Edad de la pareja	20.16	0.61	18.9-21.42

Tiempo en meses de la relación	18.08	1.86	14.23-21.93
Edad de la menarquia	12.16	0.29	11.56-12.76
Edad gestacional	27.89	1.97	23.83-31.96
Número de controles prenatales	4	0.58	2.85-5.23

Tan solo cuatro de las 25 (20%) adolescentes entrevistadas no habían usado métodos de planificación. De las que ya habían usado (80%), el 44% había usado método hormonal y el 16% había usado no hormonal. EL 20% habían usado método de planificación hormonal y no hormonal.

11. Discusión

En el presente estudio, se realizaron entrevistas a 25 adolescentes en estado de gestación que fueron atendidas en el Hospital Universitario Mayor MEDERI, para encontrar su percepción sobre el embarazo y los métodos de planificación familiar. Según, el último reporte de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2015 la tasa de mujeres entre 15 y 19 años que son madres o que están embarazadas del primer hijo descendió de un 19,5%, según ENDS 2010, a 17,4%. Estas cifras demuestran que las estrategias implementadas hasta el momento van por buen camino, dichas estrategias están basadas en los lineamientos nacionales y por el Consejo Nacional de Política Económica y Social del Departamento de Planeación de la República de Colombia (CONPES), apoyadas en los derechos fundamentales, en la libertad de enseñanza en educación sexual en las instituciones educativas colombianas de acuerdo a las necesidades físicas, psíquicas, afectivas y edad de los estudiantes y el fortalecimiento de proyectos de vida (31, 32), involucrando a los padres como principales actores y al colegio para que trabajen en comunicación y colaboración, con modelos de proyectos pedagógicos como fue estipulado por el Decreto 1860 de 1994(33) del Ministerio de Educación.

Además, desde el 2010 se han adoptado estrategias y se han articulado políticas intersectoriales para mejorar la cobertura y el impacto en los servicios para jóvenes y adolescentes a través de Servicios amigables para adolescentes, Educación para la sexualidad, Construcción de ciudadanía y Promoción de Derechos Sexuales y Reproductivos. Sin embargo, sigue siendo un problema de salud pública que requiere atención constante y permanente por parte de todos los actores de la problemática(34). De forma más local, en Bogotá, el porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años que han tenido hijos es del 8,8% y el porcentaje de mujeres entre 15 y 19 años embarazadas en el momento de la encuesta de Demografía y Salud 2015, es del 3.4%, siendo este el porcentaje más bajo comparado con otras regiones del país, como la región Atlántica, Oriental y Pacífica (34).

En este estudio se analizaron variables sociodemográficas, proyecto de vida, uso y conocimientos de métodos de planificación familiar, al realizar las entrevistas a las adolescentes participantes, se pudo observar que el 72% de estas, vivían con su grupo familiar de base, conformado en su mayoría por padres y hermanos, sin embargo la figura materna cobró una gran importancia entre las adolescentes, siendo reconocida como un gran apoyo social para enfrentar la nueva experiencia y los cambios adaptativos del embarazo(35). En nuestro estudio, la edad promedio de las madres de las adolescentes fue de 41 años, la mitad de estas madres también fueron madres adolescentes con una edad promedio de 20 años, siendo la menor edad de 15 años. La mayoría de las mamás de las adolescentes habían alcanzado la educación media (52%), un pequeño porcentaje de madres son profesionales (4%) e igualmente, la mayoría de las mamás (68%) son empleadas. Un estudio publicado por Cervera en 1993, describe como la madre de la adolescente embarazada se convierte en apoyo fundamental en temas como cuidado del recién nacido, alimentación, toma de decisiones y trabajo de parto, logrando una alianza madre e hija, mejorando la relación establecida que en la mayoría de los casos no era la mejor(36). Además según Jaccard y cols, concluye que una adecuada relación entre los adolescentes y sus madres mejora las posibilidades de aceptar y procesar información sobre temas sexuales (37). De igual forma, Barreto en un estudio sobre el embarazo adolescente en Bogotá publicado en 2013, refiere que en las familias de madres adolescentes es la mamá quien da la aceptación del embarazo dejándole al padre la responsabilidad de la legalidad del mismo(13).

Un estudio publicado por Oriente y cols en 2009, reporta que las hijas de madres adolescentes son más propensas a tener un parto en la adolescencia en comparación con las madres que retrasaron la crianza, con tasas de natalidad en niñas adolescentes dos veces mayor que las que no. Esto posiblemente es secundario a inestabilidad matrimonial de las madres, baja capacidad de crianza y bajo ingresos económicos. Además, también se ha observado que las madres centran su atención sobre la adolescente embarazada, siendo más laxas con los otros hijos, siendo un factor de riesgo para nuevos embarazos adolescentes en la familia(38, 39).

Por otro lado, la figura paterna fue menos llamativa durante el discurso de las adolescentes, aunque se sigue reconociendo como una figura de autoridad que podría interferir con el trascurso del embarazo. En el presente estudio, la edad promedio del padre fue de 48.36 años, la mayoría de los papas (36%) habían alcanzado la educación media y el 80% de estos eran empleados. Según Sandler y cols, los padres siguen jugando un papel importante de protección de los adolescentes frente a la sociedad e influyen el desarrollo sexual de cada uno de ellos(40). En 1987 Moss y cols, en un estudio que realizó con 105 adolescentes mexicanas y angloamericanas, reportó que el padre es una figura de autoridad y dependencia económica para las adolescentes embarazadas, quienes inicialmente le temen, inclusive retrasando la información de su embarazo en la casa, pero al final del embarazo son indispensables como apoyo y soporte en su nuevo rol de madre(41).

Otro factor importante, fue la relación de pareja. En nuestro estudio encontramos que el tiempo de relación en promedio era 18.08 meses, siendo 1 mes, el menor tiempo de relación, la pareja en promedio era mayor de edad, con una media de 20.16 años. Además, se observó que la mitad de las adolescentes 58% refirieron ya no contar con el apoyo de los padres de sus bebés, sin tener muchas expectativas sobre algún tipo de apoyo emocional o económico pero sin modificar el sentimiento de querer salir adelante por su bebé y por ellas mismas. Este hallazgo concuerda con el estudio publicado por Sadler y cols en el año 2015, donde realizó un estudio cualitativo con 30 adolescentes latinas y afroamericanas embarazadas en la Universidad de Yale en Orange (EE UU), concluyendo que la mayoría de las relaciones adolescentes con embarazos no deseados son relaciones poco serias, volátiles e inmaduras que dejan de ser un apoyo para la adolescente

convirtiéndose en un factor desencadenante de estrés, esto asociado a otros factores como la pobreza, la violencia y la delincuencia que podrían interferir en la crianza del nuevo miembro de la familia(40). Por el contrario, las adolescentes entrevistadas expresaron encontrar más apoyo familiar en especial de las madres, cuando sus parejas no continuaron con la relación establecida.

Por otra parte, al indagar a las adolescentes sobre sus sentimientos durante el embarazo la mayoría reflejaron sentimientos de miedo y nerviosismo ya fuera por la condición clínica en la que se encontraran o por la incertidumbre sobre su desempeño como madres o su futuro después del parto. Según Kinser y cols en un estudio publicado en 2014, las adolescentes con embarazos no deseados suelen ser más propensas a presentar síntomas depresivos que en la edad adulta, lo que las hace más vulnerables a tener complicaciones durante el mismo. Sin embargo, se ha demostrado que el continuo apoyo familiar, médico y social durante este periodo disminuye los desenlaces adversos de la depresión adolescente en especial en el posparto(42). Además, algunos estudios han reportado la importancia de permanecer en pareja como fuente fundamental de estabilidad emocional e integración entre la madre y el futuro hijo y la posible formación de un nuevo hogar, por lo anterior el abandono por parte del padre del bebe, podría llegar hacer un factor de riesgo para la experimentar sentimientos negativos durante la gestación(43). Al evaluar a las adolescente del presente estudio con una escala breve de autoestima validada en Colombia, encontramos que el puntaje promedio fue de 23.4 lo que las clasifica como de baja autoestima, esto se confirma con un estudio publicado por Ethier y cols en el 2006, donde concluye que las niñas con pobre imagen de sí mismas son más propensas a iniciar relaciones sexuales de forma más precoz, con un número mayor de parejas sexuales, menor uso de métodos de planificación y más riesgo de enfermedades de transmisión sexual(44). Cabe resaltar que en el presente estudio, el promedio de parejas sexuales fue de dos (IC95% 1.28-3.03), obteniendo un número extremo de parejas sexuales de 10 con una adolescente entrevistada; y un 12% de las entrevistadas ya habían estado embarazadas con máximo de dos embarazos. Según algunos estudios, se ha demostrado que las adolescentes bien adaptadas o con alta autoestima son menos propensas a someterse a situaciones de riesgo y por lo tanto es fundamental para el buen desarrollo de las funciones adaptativas(35).

Otro de los temas que se indagó durante las entrevistas fue el proyecto de vida de las adolescentes, encontrando que solo un 4% de las entrevistadas se encontraban estudiando aún, la mitad de ellas (48%) habían terminado la media académica y un 24% solo habían alcanzado la básica primaria. Según la Encuesta de Demografía y Salud 2015, las mujeres de 15 a 19 años madres o embarazadas en el país solo cuentan con básica primaria (41,8%)(34). Durante las entrevistas la mayoría de las entrevistadas reflejaron el deseo de continuar estudiando luego del nacimiento de su hijo, recibiendo el apoyo de la familia en temas económicos y del cuidado del bebe. Algunas manifestaron que el hecho de tener un hijo no lograba interferir con el desarrollo de sus planes a futuro, sin embargo, no desconocen que puede llegar a ser un camino más difícil el logro de sus metas. Según Maravilla y cols, la crisis derivada de un embarazo adolescente altera los procesos normales de la vida, llevándolos a la pérdida de los objetivos personales y necesitando apoyo y asesoramiento que les permita enfocarse en el logro de sus proyectos de vida con autonomía y responsabilidad(45). Por otro lado, durante las entrevistas a las adolescentes se pudo observar que la falta de un proyecto de vida claro y estructurado, contribuye al no uso de métodos de planificación y la falta de conciencia de anticoncepción una vez iniciada la vida sexual. En 2014, Richards y cols, reportaron que aunque los adolescentes desean obtener logros convencionales y vidas exitosas, muchos no consideran que la maternidad pueda afectar el alcance de sus metas y aunque puedan ver desenlaces desafortunados en otras adolescentes embarazadas, no contemplan las mismas consecuencias para ellas mismas. Esto puede ser explicado por la intensidad de las convicciones que tienen los adolescentes de sus planes a futuro y el hecho de que un embarazo inesperado pueda ser una opción aceptable de vida(46, 47). Otro factor importante que afecta el proyecto de vida de las adolescentes embarazadas es la deserción escolar, conocida como el abandono temporal o definitivo, de los estudios formales ya sea primaria o secundaria(48). En el presente estudio, la mayoría de las adolescentes ingresadas, tenían media académica como nivel educativo (48%), con un 24% que solo había logrado básica primaria. En Colombia, la edad más frecuente de abandono de los estudios son los 10 años, edad en la que se cambian las funciones escolares para desempeñar actividades laborales, según la Encuesta de Demografía y Salud 2015, el 6.9% de mujeres entre 13 y 24 años presentaron abandono escolar por que quedaron embarazadas(34), lo cual hace que estas adolescentes se queden con un nivel educativo muy bajo que no les permite acceder a un trabajo digno en el futuro. Según Osorio y cols, en un estudio realizado en Cali con 564 adolescentes embarazadas

encontraron que entre las posibles causas de deserción escolar pueden estar la presión familiar, embarazos de alto riesgo, dificultades económicas y presión social por parte de docentes, compañeros de colegio o directivos(48, 49). Con el fin de disminuir la presión social y la violencia hacia la adolescente embarazada en el ámbito escolar, el Ministerio de Educación aprobó la Ley 1620 de 2013, creando el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos y la Prevención y la Mitigación de la Violencia Escolar, con esta ley se crea una ruta de atención en casos de violencia y un sistema nacional único de información para reporte de casos, además se crea como estrategia para prevenir la deserción escolar sobre todo en casos de embarazo adolescente y violencia escolar(50).

En cuanto a planificación familiar, se encontró que el 100% de las adolescentes entrevistadas pertenecían a una empresa prestadora de salud, ya sea como beneficiarias de sus padres o cotizantes en las mayores de edad, esto dado al que el Hospital Universitario Mayor MEDERI, presta servicios al régimen contributivo de la seguridad social de Colombia. El 80% de las pacientes entrevistadas, habían usado en algún momento métodos de planificación y el 20% no habían usado métodos hasta el momento de la entrevista, cabe resaltar que la edad promedio de las adolescentes entrevistadas fue de 17 años siendo la menor edad de 14 años, dato importante para la normatividad colombiana sobre planificación familiar en adolescentes. En Colombia según el acuerdo 31 de 2012 dado por el Comité Regulador de Salud, las niñas de seis a 14 años tiene derecho a las evaluaciones y atenciones multidisciplinarias necesarias al igual que a todos los procedimientos y medicamentos incluidos en el plan obligatorio de salud, en caso de presentarse un embarazo al igual que la atención a las complicaciones presentadas por violencia familiar o abuso y a los programas de protección temprana como inmunización y planificación familiar(51). Por lo tanto, se puede brindar información y asesoría a las adolescentes sobre anticoncepción cuando hay una vida sexual activa o cuando se encuentran en un evento obstétrico, sin embargo a las adolescentes menores de 14 años dicha asesoría debe estar acompañada de la activación de la ruta del Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual que rige en Colombia desde el año 2012(52), legislada por la Resolución 459 de 2012, de la cual hacen parte la Defensoría Familiar del ICBF, Policía de Infancia y Adolescencia o la Fiscalía para que verifiquen desde esta ruta de protección la pertinencia del

caso al sector judicial al sospecharse un caso de violencia y abuso sexual de menores y además le ofrece a las pacientes afectadas la atención inmediata con el fin de evitar su revictimización, evitando el riesgo de infecciones por contagio sexual, les brinda la opción de anticoncepción de emergencia y el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. En caso de omisión de esta reglamentación por parte de los profesionales de la salud incurrirá en investigaciones por parte de las entidades correspondientes. Por lo anterior, las adolescentes menores de 14 años encuentran barreras a la hora de solicitar métodos de planificación a los profesionales de la salud, esto dado a la obligación que tienen los profesionales de la salud de generar el reporte a las autoridades competentes y diligenciar la ficha de notificación de abuso sexual y por otro lado el temor de la adolescente a estar involucradas en procesos legales por ser considerado un delito mantener relaciones sexuales con menores de 14 años.

Al indagar a las adolescentes entrevistadas sobre los conocimientos en métodos de planificación, solamente una refirió nunca haber recibido información sobre los métodos de planificación, el resto manifestó haber recibido información sobre métodos de planificación y el uso adecuado de los mismos principalmente en el colegio, en la casa o por parte de algún familiar o amigo. En Colombia, la atención en planificación familiar está regida por la Resolución 412 del 2005, por la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres del 2000 y su modificación en la Resolución 1973 de 2008(53), en dicha norma se expone todos los métodos de planificación disponibles incluyendo la píldora de anticoncepción de emergencia para adolescentes, jóvenes y mujeres adultas sin excepción, sin embargo dado el desconocimiento de los proveedores de la salud y de las adolescentes su uso y solicitud son limitados. Según la ENDS 2015, la esterilización femenina es el método más usado entre las mujeres unidas (35%), seguida por la inyección (14%) y la píldora (7%), y entre las mujeres no unidas sexualmente activas, los métodos más comunes son el condón masculino (16%), inyección (18%) y píldora (13%)(34).

Según Kinser y cols, existen grandes preocupaciones de los adolescentes al momento de consultar en los servicios médicos sobre métodos de planificación que se han convertido en barreras de acceso y entre ellas se encuentra la privacidad y confidencialidad(54). Los adolescentes al encontrarse en su proceso de identificación e independencia pueden buscar solucionar las dudas sobre salud sexual y reproductiva con profesionales de la salud, sin

embargo, para este profesional es un gran dilema el poder establecer si se puede guardar confidencialidad o no, sin transgredir el bienestar del adolescentes y la legislación colombiana. Entendiéndose confidencialidad según la Real Academia de la lengua española como lo que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas. Por lo tanto, en Colombia, según la legislación establecida y basados en la Constitución Política en el Artículo 15 que cita que todas las personas tiene derecho a su intimidad personal, familiar y el buen nombre; y según la Ley 23 de 1981 en su artículo cuarto, “La Relación medica paciente es elemento primordial en la práctica médica y para que dicha relación tenga éxito debe fundarse en un compromiso responsable, leal y autentico, el cual impone la más estricta reserva profesional”(55), sin embargo esta ley tiene tres excepciones y una de ellas es cuando la atención medica se brinda a un paciente menor de edad entendiéndose como niño o adolescente que corra peligro en su integridad. Por otro lado, asociaciones internacionales como el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG), consideran que la ausencia de confidencialidad en una consulta médico-adolescente es un gran obstáculo para la asistencia sanitaria del mismo(56) y la Sociedad del Medicina del Adolescente refiere que el profesional de la salud debe apoyar pero no obligar una comunicación efectiva entre adolescentes y padres(57), lo que disminuiría las barreras en las consultas médicas del adolescente.

Otro de los factores que influyen sobre el no uso o uso inadecuado de los métodos de planificación es la información errónea sobre los efectos secundarios, lo que ha creado mitos que genera desigualdad en el acceso(58). Muchas veces esta información errónea proviene en ocasiones de la fuente de información más cercana como la mamá. Un estudio publicado por Guillian en 2004 donde entrevistó a 40 mujeres entre 18 y 26 años indagando las razones por las que no usaban métodos de planificación, encontró que las mujeres con estudios superiores tienden a subestimar los beneficios de la anticoncepción y a sobreestimar los riesgos(59), cabe resaltar que en nuestro estudio el nivel promedio de estudio de las madres fue educación media con un bajo porcentaje (4%) de madres profesionales. De esta manera, la falta de sensibilidad cultural, el nivel de educación y el pobre conocimiento sobre los métodos de planificación siguen siendo grandes barreras para el uso por parte de los adolescentes(59). Por otro lado, aunque las adolescentes cuentan con la información sobre los métodos de planificación lo cual es un avance comparado con años anteriores aún persiste una alta tasa de adolescentes embarazadas(34).

Según el reporte de ENDS 2015, el 90.1% de mujeres entre 13 y 49 años han recibido en algún momento información sobre educación de la sexualidad en uso de métodos de planificación. Al indagar sobre las barreras para iniciar o continuar los métodos de planificación durante las entrevistas también encontramos que experiencias negativas de las adolescentes durante la relación con los profesionales de la salud se han convertido en otra barrera para el bajo uso de los métodos de planificación, esto basado en la estigmatización del embarazo adolescente y el aborto(60). Un estudio publicado por Elizabeth Mori en 2015, reveló que las adolescentes embarazadas se encuentran en un estado de vulnerabilidad, enfrentándose a situaciones de machismo y prejuicios e incluso estigmatización por parte de los servicios obstétricos(61). Otro estudio como el publicado por Wiemann en 2005, reportó que una de cada seis adolescentes embarazadas se siente estigmatizada por su condición. Además reportó que las adolescentes embarazadas que contaban con grandes aspiraciones académicas sienten que reciben más críticas que las que no, con niveles de autoestima bajos y antecedentes familiares de maltrato físico y verbal(62).

El presente estudio nos permitió conocer cuáles son los factores que influyen en el embarazo adolescente no deseado, las percepciones y los sentimientos de la población entrevistada ante un evento inesperado que afecta el curso normal de la vida y cuáles son las posibles barreras que se presentan para el acceso a la información y el uso correcto de los métodos de planificación. A nivel mundial, este problema no es diferente e inclusive países desarrollados comparten este tipo de problemática y han creado estrategias basadas en la creación de sitios de fácil acceso para la búsqueda de la información, brindar información a los padres sobre los métodos y el momento indicado de empezar a dar la información a sus hijos, confidencialidad por parte de los trabajadores de la salud e información exacta sobre efectos secundarios de los métodos(40, 58).

Las limitantes que se observaron durante el transcurso de las entrevistas fueron por falta de autorización por parte de los padres o representantes legales o asentimiento por parte de las adolescentes, el no acompañamiento de los padres o representantes legales a las menores durante la atención médica y adolescentes que no contaban con los criterios de inclusión. Aunque el presente trabajo no abarca la totalidad de los embarazos adolescentes de la ciudad, si es una muestra representativa de la población atendida en el Hospital Universitario Mayor lo que nos

permite ver la realidad de una problemática social en la que todos los factores deben continuar con los esfuerzos para disminuir la desigualdad e inequidad social de la población adolescente.

12. Conclusión

El embarazo en la población adolescente sigue siendo un importante problema de salud pública por las graves consecuencias que conlleva, entre estas: las complicaciones obstétricas, la deserción escolar, la pobreza, la estigmatización e inclusive al maltrato social y familiar; y aunque las tasas de incidencia han disminuido en los últimos años, deben ser aún menor, con el fin de evitar los desenlaces adversos asociados a esta condición.

Las adolescentes embarazadas en Colombia se apoyan durante su gestación en la familia en especial sobre sus madres quienes en su mayoría con su propia experiencia de embarazo adolescente, les brindan apoyo y guía en temas relacionados con el embarazo, parto y lactancia. El padre, les brinda apoyo legal y económico, ayudándoles a aceptar y asimilar la nueva experiencia sobre todo cuando sus parejas ya no se encuentran a su lado, por tratarse de relaciones fugaces e inmaduras, carentes de compromiso y responsabilidad.

Las adolescentes incluidas en el estudio, presentan en su mayoría bajos niveles de autoestima y una pobre imagen de ellas mismas, lo que las lleva a tener experiencias de riesgo relacionadas con un mayor número de parejas sexuales, menor uso de métodos de planificación e inicio precoz de relaciones sexuales. Si a esto se adiciona que las adolescentes embarazadas no tienen un proyecto de vida lo suficientemente claro y estructurado, que les permita pensar en su futuro y en las consecuencias de sus actos, tenemos dos situaciones que pueden ser incluidas dentro de las actividades a fortalecer en el ámbito familiar y educativo. Estas actividades igualmente podrían ayudar a disminuir la deserción escolar de estas adolescentes embarazadas; siendo el abandono de los estudios otra situación agravante de su baja autoestima, condicionando un futuro de dependencia económica, múltiples embarazos, múltiples parejas y violencia de género.

Las percepciones de las adolescentes entrevistadas sobre el embarazo fueron muy ambiguas ya que si bien no hacía parte de su proyecto de vida, les genera miedo y ansiedad sobre todo su desempeño como madres y las condiciones médicas que están viviendo. Por otro lado, las impulsa a tener mayor responsabilidad con ellas mismas y él bebe en camino, fortaleciendo sus proyectos de vida, las relaciones con la familia y el cuidado con ellas mismas.

El acceso a los métodos de planificación, a la información y al conocimiento de los mismos, no constituye una barrera para su uso; la principal barrera que se identificó es el personal de salud encargado de realizar la asesoría y dispensar el método de planificación familiar. El señalamiento, la estigmatización y la falta de confidencialidad del que son o pueden ser objeto por parte del personal de salud limita a las adolescentes en el uso de métodos de planificación familiar. Se debe realizar educación y concientización a estos profesionales acerca de esta barrera que es latente y sumamente peligrosa, sobre todo si se busca disminuir embarazos en adolescentes.

Si bien el país ha realizado esfuerzos en los últimos años por disminuir las cifras de embarazos en adolescentes mejorando el acceso a los servicios de planificación, dispensación de métodos sin costo y servicios de salud amigables para adolescentes, es evidente que aún falta. El embarazo adolescente no es solo un problema del sistema de salud sino de la sociedad entera y de esta forma se deben formular estrategias que impliquen a todos actores involucrados. Desde la comunidad educativa, que incluye a profesores y familia, fortaleciendo la autoestima de las niñas, niños y adolescentes; esto llevaría a crear planes de vida estructurados en los que el futuro esté más allá de una maternidad temprana. Y como sugerencia basados en los resultados de este estudio educación, capacitación, concientización al personal de salud no solo en los aspectos técnicos de planificación familiar, sino de la asesoría y cómo abordar a los menores de edad, para evitar señalamientos que hagan que estos no consulten ni usen los métodos de planificación, con las consecuencias ya conocidas de embarazos precoces: abandono escolar, pobreza, dependencia, morbilidad materna extrema, violencia de género, violencia familiar. Al igual que cortar el ciclo de madre adolescente igual a hija adolescente embarazada.

13. Bibliografía

1. Alba LH. Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención. *Universitas Médica*. 2010;51(1):29-42.
2. Montt M, Ulloa Chavez F. Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud Mental*. 1996;19:30-5.
3. Bienestar-Familiar, Profamilia, Ministerio-de-la-Protección-Social-República-de-Colombia, USAID. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS 2010, Colombia 2010 [cited 2016 Enero 15]. Available from: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnady407.pdf.
4. Flórez CE. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia: Profamilia, Fondo de Publicación de las Naciones Unidas; 2013 [cited 2015 Junio 1]. Available from: <http://profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/ENDS%201990%20-2010/Estudio%20a%20profundidad%20-%20Embarazo%20adolescente%20-%20Final.pdf>.
5. Ministerio-de-la-Protección-Social. Política nacional de salud sexual y reproductiva.: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2003 [cited 2016 Enero 15]. Available from: <http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/colombia.reprohealth.03.pdf>.
6. Anselm Strauss JMC. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. ilustrada, reimpressa ed. UNITED STATES, LONDON, NEW DELHI 1998. 312 páginas p.
7. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. 1965.
8. Martín-Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*. 2007;10(02):458-67.
9. Plata C, Riveros M, Moreno J. Autoestima y empatía en adolescentes observadores, agresores y víctimas del bullying en un colegio del municipio de Chía. *Psychologia: avances de la disciplina*. 2012;4(2):99-112.
10. Brierley J, Larcher V. Clinical trials of contraceptive agents in those under 16 years of age: Are they necessary, ethical or legal? *Arch Dis Child*. 2014.
11. (CDC). Prepregnancy contraceptive use among teens with unintended pregnancies resulting in live births - Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2004-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;61(2):25-9.
12. Wilkinson P, French R, Kane R, Lachowycz K, Stephenson J, Grundy C, et al. Teenage conceptions, abortions, and births in England, 1994-2003, and the national teenage pregnancy strategy. *Lancet*. 2006;368(9550):1879-86.
13. Barreto-Hauzeur E, Sáenz-Lozada ML, Velandia-Sepulveda F, Gómez-González J. El embarazo en adolescentes bogotanas: Significado relacional en el sistema familiar. *Revista de Salud Pública*. 2013;15(6):837-49.
14. Nevid JS, Baranda Torres M, Mascaró Sacristán P, Trujillo Correa R. *Sensación y Percepción. Psicología : conceptos y aplicaciones*. México D.F. (México): Cengage Learning; 2011. p. 113.
15. Baird AS, Porter CC. Teenage pregnancy: strategies for prevention. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 2011;21(6):151-7.
16. Dull P, Blythe MJ. Preventing teenage pregnancy. *Prim Care*. 1998;25(1):111-22.
17. Dalby J, Hayon R, Carlson J. Adolescent pregnancy and contraception. *Prim Care*. 2014;41(3):607-29.
18. Osaikhuwuomwan JA, Osemwenkha AP. Adolescents' perspective regarding adolescent pregnancy, sexuality and contraception. *Asian Pacific Journal of Reproduction*. 2013;2(1):58-62.
19. Childs GD, Knight C, White R. Never-Pregnant African American Adolescent Girls' Perceptions of Adolescent Pregnancy. *Journal of pediatric nursing*. 2015;30(2):310-20.
20. Posada C. Embarazo en la adolescencia: no una opción, sino una falta de opciones. *Revista Sexología y Sociedad*. 2014;10(25).
21. Arai L. Peer and neighbourhood influences on teenage pregnancy and fertility: qualitative findings from research in English communities. *Health Place*. 2007;13(1):87-98.
22. Gupta N, Kiran U, Bhal K. Teenage pregnancies: obstetric characteristics and outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;137(2):165-71.
23. Flórez CE. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;18(6):388-402.
24. Lochner L, Wieser H, Waldboth S, Mischo-Kelling M. Combining traditional anatomy lectures with e-learning activities: how do students perceive their learning experience? *International journal of medical education*. 2016;7:69.

25. Department of Health E. The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. *The Journal of the American College of Dentists*. 2014;81(3):4.
26. Association WM. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001;79(4):373.
27. Ministerio-de-la-Protección-Social. 8430 de octubre 4 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud 1993 [cited 2015 Noviembre 12]. Available from:
https://www.invima.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=2977:resolucion-no-8430-del-4-de-octubre-de-1993&catid=147:resoluciones-medicamentos-&Itemid=203.
28. Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British dental journal*. 2008;204(6):291-5.
29. Koita J, Riggio S, Jagoda A. The mental status examination in emergency practice. *Emergency medicine clinics of North America*. 2010;28(3):439-51.
30. Miquel JL, Agustí GM. Mini-examen cognoscitivo (MEC). *Revista española de medicina legal*. 2011;37(3):122-7.
31. Corte-constitucional-de-la-República-de-Colombia. Sentencia No. T-440/92 Libertad de enseñanza y Educación sexual. 1991 [2 Abril 2017]. Available from: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-440-92.htm>.
32. Colombia-(CONPES) C-N-d-P-E-y-S-d-D-d-P-d-l-R-d-. 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, jóvenes en edades entre los 6 y 19 años. 2012 [2 Abril 2017]. Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/147.pdf>.
33. Ministerio-de-Educación-Nacional. Decreto 1860 de 1994 Aspectos Pedagógicos y Organizativos Generales. 1994 [2 Abril 2017]. Available from: http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_decreto1860_94.pdf.
34. Bienestar-Familiar P, Ministerio-de-la-Protección-Social-República-de-Colombia U. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS 2015, Colombia 2015 [15 Marzo 2017]. Available from: <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2016/12/Presentaci%C3%B3n-ENDS-2015-DICIEMBRE-12-DE-2016..pdf>.
35. Babington LM, Malone L, Kelley BR. Perceived social support, self esteem, and pregnancy status among Dominican adolescents. *Applied Nursing Research*. 2015;28(2):121-6.
36. Cervera N. Family change during an unwed teenage pregnancy. *Journal of Youth and Adolescence*. 1994;23(1):119-40.
37. Jaccard J, Dittus PJ, Gordon VV. Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Family planning perspectives*. 1996:159-85.
38. East PL, Reyes BT, Horn EJ. Association between adolescent pregnancy and a family history of teenage births. *Perspectives on sexual and reproductive health*. 2007;39(2):108-15.
39. Seamark CJ, Gray DP. Like mother, like daughter: a general practice study of maternal influences on teenage pregnancy. *Br J Gen Pract*. 1997;47(416):175-6.
40. Sadler LS, Novick G, Meadows-Oliver M. "Having a baby changes everything" reflective functioning in pregnant adolescents. *Journal of pediatric nursing*. 2016;31(3):e219-e31.
41. Moss NE. Effects of father-daughter contact on use of pregnancy services by Mexican, Mexican-American, and Anglo adolescents. *Journal of Adolescent Health Care*. 1987;8(5):419-24.
42. Kinser P, Masho S. "I just start crying for no reason": the experience of stress and depression in pregnant, urban, African-American adolescents and their perception of yoga as a management strategy. *Women's Health Issues*. 2015;25(2):142-8.
43. Vaz R, Smolen P, Miller C. Adolescent pregnancy: Involvement of the male partner. *Journal of Adolescent Health Care*. 1983;4(4):246-50.
44. Ethier KA, Kershaw TS, Lewis JB, Milan S, Niccolai LM, Ickovics JR. Self-esteem, emotional distress and sexual behavior among adolescent females: Inter-relationships and temporal effects. *Journal of Adolescent health*. 2006;38(3):268-74.
45. Maravilla JC, Betts KS, Abajobir AA, e Cruz CC, Alati R. The Role of Community Health Workers in Preventing Adolescent Repeat Pregnancies and Births. *Journal of Adolescent Health*. 2016;59(4):378-90.
46. Richards MJ, Sheeder J. Adolescents: their futures and their contraceptive decisions. *Journal of pediatric and adolescent gynecology*. 2014;27(5):301-5.

47. Jumping-Eagle S, Sheeder J, Kelly LS, Stevens-Simon C. Association of conventional goals and perceptions of pregnancy with female teenagers' pregnancy avoidance behavior and attitudes. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2008;40(2):74-80.
48. Osorio I, Hernández M. Prevalencia de deserción escolar en embarazadas adolescentes de instituciones educativas oficiales del Valle del Cauca, Colombia, 2006. 2011.
49. Molina M, Ferrada C, Pérez R, Cid L, Casanueva V, García A. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Revista médica de Chile*. 2004;132(1):65-70.
50. Ministerio-de-Educación. Ley 1620 de 2013 - Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos y la Prevención y la Mitigación de la Violencia Escolar. 2013 [5 Abril 2017]. Available from: http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-322486_archivo_pdf_respuestas_ciudadanos.pdf.
51. Ministerio-de-la-Salud-y-de-la-Protección-Social. Comisión de Regulación en salud - Acuerdo 31 de 2012 2012 [1 Abril 2017]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerdo-31-de-2012.pdf>.
52. Ministerio-de-Salud-y-de-la-Protección-Social. Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual - Resolución 0459 del 2012. 2012 [1 Abril 2017]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0459-de-2012.PDF>.
53. Ministerio-de-salud-y-de-Protección-social. Modificación de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres, adoptada mediante Resolución 0769 de 2008. 2008 [6 Abril 2017]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1973-2008.pdf>.
54. Woodruff RJV, Zimmerli WH, Duncan DF. Reasons Youth of Color Give for Not Accessing Primary Health Care: A Survey of Patients at a Teen Clinic. 2006.
55. El-Congreso-de-Colombia. Normas en materia de Ética Médica. Ley 23 de 1981. 1981 [5 abril 2017]. Available from: http://www.archivogeneral.gov.co/sites/all/themes/nevia/PDF/Transparencia/LEY_23_DE_1981.pdf.
56. **Committee-on-Adolescent-Health-Care**. Adolescent confidentiality and electronic health records. Committee Opinion No. 599. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2014;123(50):1148.
57. Lawrence RE, Rasinski KA, Yoon JD, Curlin FA. Adolescents, contraception and confidentiality: a national survey of obstetrician–gynecologists. *Contraception*. 2011;84(3):259-65.
58. Galloway CT, Duffy JL, Dixon RP, Fuller TR. Exploring african-american and latino teens' perceptions of contraception and access to reproductive health care services. *Journal of Adolescent Health*. 2017;60(3):S57-S62.
59. Gilliam ML, Warden M, Goldstein C, Tapia B. Concerns about contraceptive side effects among young Latinas: a focus-group approach. *Contraception*. 2004;70(4):299-305.
60. Aziato L, Hindin MJ, Maya ET, Manu A, Amuasi SA, Lawerh RM, et al. Adolescents' Responses to an Unintended Pregnancy in Ghana: A Qualitative Study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2016;29(6):653-8.
61. Mori-Quispe E, Contreras-Pulache H, Hinojosa Camposano WD, Lam-Figueroa N, Huapaya-Huertas O, Chacon Torrico H, et al., editors. Evaluación de un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*; 2015: UNMSM. Facultad de Medicina.
62. Wiemann CM, Rickert VI, Berenson AB, Volk RJ. Are pregnant adolescents stigmatized by pregnancy? *Journal of Adolescent Health*. 2005;36(4):352. e1-. e7.

ANEXO 1

Consentimiento Informado de Padres

Percepciones De Las Adolescentes Sobre Embarazo y Métodos De Planificación Familiar

El objetivo de este estudio es conocer la percepción de un grupo de adolescentes embarazadas sobre el embarazo y el uso de métodos de planificación. Con los datos obtenidos se busca orientar el diseño de estrategias que permitan un mayor acceso a los métodos de planificación y al uso eficaz de los mismos, y de esta manera contribuir en la disminución de la incidencia de embarazos no planeados en adolescentes.

Con este fin se realizará una entrevista a su hija en la que se indagará sobre temas relacionados con el proyecto de vida, el desarrollo de la vida, el embarazo y su prevención, y de conocimientos sobre métodos de planificación familiar. Dicha entrevista será grabada en audio por uno de los investigadores. Además se aplicará una encuesta para registrar datos de identificación y una escala de medición de autoestima.

Aparte de los investigadores del estudio nadie más tendrá acceso a la información de la entrevista ni a los datos registrados en la encuesta. En ningún momento se dará a conocer el nombre de su hija o el de sus familiares, para ello, en los archivos de la investigación siempre se usarán otros nombres o seudónimos en vez del nombre real.

La decisión para que su hija participe es totalmente voluntaria. Si decide que no participe no tendrá ningún tipo de problema durante la atención médica que recibe o recibirá en este hospital o en su servicio de salud. Puede hacer todas las preguntas que considere necesarias antes de tomar la decisión de aceptar que su hija participe en el estudio.

Además se aclara que la participación en este proyecto no traerá beneficios directos a los participantes del mismo. El estudio pretende obtener información útil para orientar el desarrollo de estrategias que beneficien a la población general sobre el tema en estudio. En constancia de que ambos padres hemos sido informados, se han respondido adecuadamente las preguntas que

hemos hecho, entendemos lo expresado en este consentimiento, y aprobamos la participación de nuestra hija en el estudio, firmamos:

**FIRMA PADRE O
REPRESENTANTE LEGAL**

**FIRMA MADRE O
REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre:

Nombre:

Cédula

Cédula

Dirección y teléfono

Dirección y teléfono

FIRMA TESTIGO

FIRMA TESTIGO

Nombre:

Nombre:

Cédula

Cédula

Dirección y teléfono

Dirección y teléfono

Nombre del investigador

Firma del Investigador

Bogotá, DC, día _____, del mes de _____, del año _____.

En caso de cualquier inquietud sugerencia o deseo de salir del estudio usted se puede comunicar directamente con:

Kriscia Lorena Mosos Lamprea, Teléfono: 316 8734062 – Cel o con el Presidente del Comité de Ética en Investigación, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Teléfono 2970200 extensión: 3405.

ANEXO 2

Consentimiento Informado Para Mayores de Edad

Percepciones De Las Adolescentes Sobre Embarazo y Métodos De Planificación Familiar

El objetivo de este estudio es conocer la percepción de un grupo de adolescentes embarazadas sobre su embarazo y el uso de métodos de planificación. Con los datos obtenidos se busca orientar el diseño de estrategias que permitan un mayor acceso a los métodos de planificación y al uso eficaz de los mismos, y de esta manera contribuir en la disminución de la incidencia de embarazos no planeados en adolescentes.

Con este fin se le realizará una entrevista en la que se indagará sobre temas relacionados con el proyecto de vida, el desarrollo de la vida, el embarazo y su prevención, y de conocimientos sobre métodos de planificación familiar. Dicha entrevista será grabada en audio por uno de los investigadores. Además se aplicará una encuesta para registrar datos de identificación y una escala de medición de autoestima.

Aparte de los investigadores del estudio nadie más tendrá acceso a la información de la entrevista ni a los datos registrados en la encuesta. En ningún momento se dará a conocer su nombre, para ello, en los archivos de la investigación siempre se usarán otros nombres o seudónimos en vez del nombre real.

La decisión para participar es totalmente voluntaria. Si decide no participar no tendrá ningún tipo de problema durante la atención médica que recibe o recibirá en este hospital o en su servicio de salud. Puede hacer todas las preguntas que considere necesarias antes de tomar la decisión de aceptar participar en el estudio.

Además se aclara que la participación en este proyecto no traerá beneficios directos a los participantes del mismo. El estudio pretende obtener información útil para orientar el desarrollo de estrategias que beneficien a la población general sobre el tema en estudio. En constancia de

que ha sido informada, se han respondido adecuadamente las preguntas que he hecho, entiendo lo expresado en este consentimiento, y apruebo mi participación en el estudio, firmo:

FIRMA PACIENTE

Nombre:

Cédula

Dirección y teléfono

FIRMA PACIENTE

Nombre:

Cédula

Dirección y teléfono

FIRMA TESTIGO

Nombre:

Cédula

Dirección y teléfono

FIRMA TESTIGO

Nombre:

Cédula

Dirección y teléfono

Nombre del investigador

Firma del Investigador

Bogotá, DC, día_____, del mes de _____, del año_____.

En caso de cualquier inquietud sugerencia o deseo de salir del estudio usted se puede comunicar directamente con:

Kriscia Lorena Mosos Lamprea, Teléfono: 316 8734062 – Cel o con el Presidente del Comité de Ética en Investigación, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Teléfono 2970200 extensión: 3405.

ANEXO 3
Asentimiento Informado (adolescente menor de edad)

Yo, _____ acepto
participar voluntariamente en el estudio: **“Percepciones de las adolescentes sobre embarazo
y métodos de planificación familiar”**.

Se me ha explicado que el procedimiento consiste en participar en una entrevista individual que será grabada en audio, responder una encuesta con mis datos personales y contestar un pequeño cuestionario de 10 preguntas sencillas sobre autoestima. Se me ha explicado que en la entrevista puedo hablar libremente sobre varios aspectos de mi vida sin ser juzgada. Que me preguntarán sobre mi proyecto de vida, personal, familiar, el embarazo y su prevención, y sobre mis conocimientos sobre los métodos de planificación familiar. Se me ha explicado mi información será conocida por los investigadores del estudio, no por el personal del servicio de salud ni mi familia, si no lo deseo. En ningún momento se dará a conocer mi nombre o el de mis familiares, para ello, los archivos de la investigación usarán otro nombre en vez de mi nombre real.

También se me ha informado que participar en el estudio es voluntario, y que si no deseo participar lo puedo hacer, que puedo retirarme cuando así lo quiera y que no tendré restricciones en mi atención en salud por tal motivo. De igual forma, se me ha explicado que no recibiré en forma directa beneficios por la participación en este proyecto y que para poder participar mis padres y/o representante legal deben aceptarlo. En constancia de lo anterior y de mi decisión de aceptar participar en este proyecto registro mi firma a continuación:

Firma

Bogotá, DC, día _____, del mes de _____, del año _____.

En caso de cualquier inquietud sugerencia o deseo de salir del estudio usted se puede comunicar directamente con:

Kriscia Lorena Mosos Lamprea, Teléfono 316 8734062 - CEI

o con el Presidente del Comité de Ética en Investigación, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Teléfono 2970200 extensión: 3405.

ANEXO 4
GUIA DE LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD
(Las preguntas de la entrevista y su orden son adaptables de acuerdo a las
respuestas de la adolescente entrevistada)

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

IDENTIFICACIÓN: _____

FECHA DE LA ENTREVISTA: _____

CÓDIGO DE LA INVESTIGACIÓN: _____

1. Cuéntanos por favor, como es tu grupo familiar, quienes viven contigo?
Has recibido apoyo durante tu embarazo? De quiénes?

2. Cuéntanos por favor, como ha sido tu embarazo? Como lo has vivido?

3. Como habías pensado desde niña que sería tu vida al crecer y hacerte mayor. Habías planeado o deseado estar embarazada a esta edad?

4. Tienes conocimientos sobre métodos de planificación y como acceder a ellos?
Tienes acceso a servicios para la atención de tu salud?

Como pregunta de profundización para usar si es necesario en las temáticas planteadas en los puntos anteriores (1 a 4):

Puedes profundizar en esto?

ANEXO 5
FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

IDENTIFICACIÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

ASEGURADORA: _____ **PROCEDENCIA:** _____

ESCOLARIDAD: _____ **RELIGIÓN:** _____

CÓDIGO DE LA INVESTIGACIÓN: _____

1. INFORMACIÓN PERSONAL

- 1.1 Edad
- 1.2 Fecha y lugar de nacimiento
- 1.3 Escolaridad
- 1.4 Estrato socioeconómico
- 1.5 Barrio y localidad de residencia
- 1.6 Ocupación actual y anterior
- 1.7 Estado civil
- 1.8 Tipo de afiliación a seguridad social

2. INFORMACIÓN FAMILIAR

- 2.1 Edad y ocupación de padres
- 2.2 Escolaridad de los padres
- 2.3 Tipo de familia nuclear o extendida
- 2.4 Número de convivientes en la familia de la adolescente.
- 2.5 Número de hermanos de la adolescente.

3. INFORMACIÓN RELACIÓN DE PAREJA

- 3.1 Métodos de planificación utilizados
- 3.2 Status de pareja actual
- 3.3 Número de parejas sexuales
- 3.4 Edad de la pareja
- 3.5 Ocupación de la pareja
- 3.6 Tiempo en meses de la relación de pareja actual

4. DATOS CLINICOS

- 4.1** Edad de menarquia
- 4.2** Ciclos menstruales
- 4.3** Fecha última menstruación
- 4.4** Paridad
- 4.5** Edad gestacional
- 4.6** Número de controles prenatales

ANEXO 6
ESCALA BREVE DE AUTOESTIMA

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

IDENTIFICACIÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

ASEGURADORA: _____ **PROCEDENCIA:** _____

ESCOLARIDAD: _____ **RELIGIÓN:** _____

CÓDIGO DE LA INVESTIGACIÓN: _____

Por favor, señale el grado de acuerdo o desacuerdo con estas afirmaciones:

		Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	En general, estoy satisfecha conmigo misma.				
2	A veces pienso que no soy buena en nada.				
3	Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.				
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
5	Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgullosa.				
6	A veces me siento realmente inútil.				
7	Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.				
8	Ojalá me respetara más a mí misma.				
9	En definitiva, tiendo a pensar que soy una fracasada.				
10	Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				

ANEXO 7 VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	NÚMERO DE CARACTERES	CODIFICACIÓN
edad	Tiempo desde el nacimiento en años cumplidos	Cuantitativa continua	Razón	02	
Lugar de Nacimiento	Lugar o sitio en que alguien tiene su origen	Cualitativa	Nominal	01	
Escolaridad	Último periodo aprobado.	Cualitativa	Nominal	02	<ol style="list-style-type: none"> 1. Básica primaria 2. Básica secundaria. 3. Medica Académico. 4. Técnica. 5. Profesional. 6. Especialista. 7. Posgrado 8. Ninguno
Estrato Socioeconómico	Medida total económica y laboral de un individuo (Se obtiene de un recibo público).	Cuantitativa	ordinal	01	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5
Localidad	Sector de residencia	Cualitativa	Nominal	01	
Barrio	Ubicación geográfica de la residencia dentro de la localidad	Cualitativa	Nominal	01	
Estado civil	Condición de una persona en el orden social	Cualitativa	Nominal	01	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Unión Libre 4. Viudo 5. Separado 6. Divorciado
Tipo de afiliación a seguridad social	Clasificación según seguridad social	Cualitativa	Nominal	01	<ol style="list-style-type: none"> 1. Subsidiado 2. Beneficiario 3. Cotizante 4. Vinculado
Tipo de Familia	Conformación actual de la familia	Cualitativa	Nominal		
Métodos de planificación	Procedimiento que le permite a	Cualitativa	Nominal	01	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hormonal oral

	las personas tener el número de hijos que desean y cuando desean				2. Hormonal inyectado 3. DIU 4. Barrera 5. Implantes
Edad Gestacional	Medición en tiempo del embarazo	Cuantitativa	Ordinal	02	
Ocupación Actual	Actividad que realiza la persona durante la mayor parte del día en este momento.	Cualitativa	Nominal	01	1. Estudiante. 2. Empleada 3. Desempleada 4. Otro, ____
Ocupación Anterior	Actividad diferente a la actividad que realiza la persona durante la mayor parte del día.	Cualitativa	Nominal	01	1. Si 2. No 3. No aplica.
Edad del Padre	Tiempo desde el nacimiento en años cumplidos	Cuantitativa continua	Razón	02	
Edad del Madre	Tiempo desde el nacimiento en años cumplidos	Cuantitativa continua	Razón	02	
Escolaridad del Padre	Último periodo aprobado.	Cualitativa	Nominal	02	1. Primaria 2. Básica secundaria. 3. Bachiller académico. 4. Técnica Media. 5. Ninguno
Escolaridad de la Madre	Último periodo aprobado.	Cualitativa	Nominal	02	1. Primaria 2. Básica secundaria. 3. Bachiller académico. 4. Técnica Media. 5. Ninguno
Número de convivientes en la familia de la adolescente	Cantidad de personas que viven en la misma casa de la adolescente.	Cuantitativa	Razón	02	

Número de hermanos de la adolescente	Cantidad de hijos de los padres.	Cuantitativa	Razón	02	
Status de pareja	Situación actual con la pareja	Cualitativa	Nominal	01	1. Pareja actual. 2. Sin relación actual.
Número de parejas sexuales	Cantidad de personas con las que ha establecido una relación sexual.	Cuantitativa	Razón	01	
Edad de la Pareja	Tiempo desde el nacimiento en años cumplidos	Cuantitativa continua	Razón	02	
Ocupación de la Pareja	Actividad que realiza la persona durante la mayor parte del día en este momento.	Cualitativa	Nominal	01	1. Estudiante. 2. Empleada 3. Desempleada 4. Otro, ____
Tiempo de la relación de pareja	Cantidad en meses de tiempo transcurrido desde el inicio de la relación hasta el momento actual.	Cuantitativa	Ordinal	02	
Edad de la menarquia	Edad en la que inicio la primera menstruación.	Cuantitativa	Razón	02	
Ciclos menstruales	Periodicidad de los ciclos menstruales	Cualitativa	Razón	01	1. Regular 2. Irregular
Fecha última menstruación.	Momento del último periodo menstrual	Cualitativa	Razón	02	
Paridad	Cantidad de embarazos incluyendo el actual	Cuantitativa	Razón	01	
Edad Gestacional	Tiempo en semanas de la gestación	Cuantitativa	Razón	01	
Número de controles prenatales	Cantidad de asistencias a medico durante el embarazo	Cuantitativo	Razón	01	

ANEXO 8

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MMSE)

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____

IDENTIFICACIÓN: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

ASEGURADORA: _____ **PROCEDENCIA:** _____

ESCOLARIDAD: _____ **RELIGIÓN:** _____

CÓDIGO DE LA INVESTIGACIÓN: _____

<p>¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1</p>		ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
<p>¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1</p>		ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
<p>Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.</p> <p>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)</p>		Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
<p>Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.</p> <p>30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)</p>		ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)	
<p>Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.</p> <p>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)</p>		RECUERDO diferido (Máx.3)	
<p>.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1</p>		LENGUAJE (Máx.9)	

