

# Factores socioecológicos

## para la intervención en embarazo de adolescentes en el Estado Táchira, Venezuela

*Socio-ecological factors for adolescent pregnancy intervention in Táchira State, Venezuela*

Neida Albornoz-Arias, Ph.D.<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-7851-5985>, Vivian Vanessa Arenas-Villamizar, MgS<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0295-4302>, María-Carolina Martínez-Santana, MgS<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0170-6799>, Myriam Teresa Carreño Paredes, MgS(c)<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7572-5618>, Joaquín Sepúlveda-Aravena, MgS<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8757-0652>

<sup>1</sup>Universidad Simón Bolívar, Facultad de Administración y Negocios, Cúcuta, Colombia y Universidad Católica del Táchira, San Cristóbal, Venezuela.

<sup>2</sup>Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Cúcuta, Colombia

<sup>3</sup>Centro Latinoamericano de Psicología Positiva Aplicada, Talca Región del Maule, Chile.

\*Autor de correspondencia: Vivian Vanessa Arenas-Villamizar E-mail: v.arenas@unisimonbolivar.edu.co

### Resumen

El artículo tiene como objetivo establecer un análisis a partir del enfoque socioecológico y su relación con algunas variables presentes en el embarazo adolescente: **(a)** decisión de quedar embarazada, **(b)** uso del condón en el debut sexual, **(c)** conocimiento del periodo fértil, con respecto a los factores edad, nivel educativo y situación de pareja de la adolescente, **(d)** lugar de residencia y con quién vive, **(e)** situación bajo la cual se dio el embarazo no deseado, **(f)** embarazo no deseado, **(g)** acto sexual sin usar anticonceptivos pensando que nada sucedería, **(h)** acto sexual usando anticonceptivos modernos que fallaron, con respecto a los factores nivel educativo y situación de pareja de la adolescente. Para el desarrollo del estudio se seleccionó un enfoque de investigación cuantitativo con un diseño no experimental de alcance descriptivo y corte transversal. Se aplicó un muestreo aleatorio estratificado por afijación proporcional y una población de mujeres adolescentes con edades entre 10 y 19 años que viven en el Estado Táchira. La población quedó constituida por un total de 1.963 madres adolescentes. Se utilizó una encuesta estructurada aplicada a una muestra independiente, no probabilística, intencional y aplicándose un cuestionario titulado: Maternidad adolescente en el Estado Táchira para una muestra de 235 adolescentes embarazadas en el cuarto o posterior mes de embarazo. Los hallazgos permiten establecer que la decisión de quedar embarazada por parte de la adolescente, no es independiente de la edad ni de su situación de pareja; no hubo evidencia de asociación entre la decisión de quedar embarazada y el nivel educativo y tampoco entre la decisión de quedar embarazada entre el uso del preservativo y la edad.

**Palabras clave:** embarazo adolescente, debut sexual, anticonceptivos, derechos sexuales y reproductivos, período fértil.

### Abstract

The article aims to establish an analysis based on socio-ecological approach and its relationship with some variables present in adolescent pregnancy: (a) decision to get pregnant, (b) condom use in sexual debut and (c) knowledge of the fertile period, regarding the factors age, educational level and situation of the adolescent couple, (d) place of residence and with whom you live, (e) situation under which the unwanted pregnancy occurred, (f) unwanted pregnancy, (g) sexual act without using contraceptives thinking that nothing would happen, (h) sexual act using modern contraceptives that failed, with respect to the educational level factors and adolescent couple status. For the development of the study, a quantitative research approach with a non-experimental design with descriptive scope and cross-section was selected. A random sampling stratified by proportional affixation was applied and a population of adolescent women aged between 10 and 19 years living in the Táchira State. The population consisted of a total of 1,963 adolescent mothers. A structured survey applied to an independent, non-probabilistic, intentional sample was used and a questionnaire was applied: Adolescent maternity in the Táchira State for a sample of 235 pregnant adolescents in the fourth or later month of pregnancy. Our results allow to establish that the decision to get pregnant by the adolescent, is not independent of age nor her situation as a couple; there was no evidence of association between the decision to get pregnant and the educational level, neither between the decision to get pregnant between condom use and age.

**Key words:** teen pregnancy, sexual debut, contraceptives, sexual and reproductive rights, fertile period.

### Introducción

El embarazo adolescente es una problemática que se redefine constantemente en la medida en que el análisis de los factores que la operacionalizan como un fenómeno social multicausal, recobran nuevas unidades de análisis en los contextos, el tiempo y en las nuevas configuraciones glo-

bales. Sin embargo, en sus aspectos más generales, está ampliamente demostrado que la gestación en el periodo de la adolescencia, constituye un problema social mundial, en muchos casos de salud pública y se convierte en una trampa de pobreza, pues el ciclo de pobreza inicia con la madre y

continúa con los hijos<sup>1</sup>, en tanto que obliga a los jóvenes a asumir prematuramente un estatus de adulto, en una etapa en la que mayormente no cuentan con capacidades físicas, emocionales y sociales para responder en forma autónoma y responsable por sus hijos<sup>2</sup>. Inclusive, desde un enfoque biologicista algunos expertos señalan que los hijos de madres adolescentes tienden a tener retardos en su desarrollo y dificultades de comportamiento<sup>3</sup>.

Quienes relacionan el embarazo con la pobreza, señalan que se debe a la ausencia de oportunidades que tienen las adolescentes en el entorno en que se encuentran por lo cual ven en la maternidad una manera de reconocimiento social, frente a esas bajas oportunidades de contar con un trabajo o poder estudiar y profesionalizarse<sup>4</sup>. El acceso a la educación es un factor de capacidades individuales, pero lamentablemente, no poder estudiar influye negativamente en la inserción en el mercado laboral, por lo cual es un indicador de desigualdad social y vulnerabilidad especialmente para las mujeres, que en el futuro solo contará con un trabajo inestable y sin beneficios sociales<sup>5</sup>; situación de desigualdad acompañada con pérdida de solidaridad, participación y acceso a recursos<sup>6</sup>.

Las adolescentes de un estrato socioeconómico bajo generalmente tienen más posibilidades de ser madres que las de estratos altos<sup>3</sup>, siendo los factores que influyen en la unión, inicio de relaciones sexuales, anticoncepción y abortos<sup>7</sup>; mientras que es un fenómeno que en algunos contextos está influido por factores culturales<sup>8</sup>, y desde este último enfoque no se concibe como un problema propiamente dicho ni de factores que lleve a perpetuarlo.

En informe del 2018, divulgado por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) pone en evidencia que América Latina y el Caribe siguen ocupando la segunda tasa más alta en el mundo de embarazo adolescentes. Se estima entonces, que el 15% de todos los embarazos que se presentan en esta región, ocurren en adolescentes menores de 20 años y de esa prevalencia, 2 millones de niños nacen de madres en edades entre los 15 y 19 años. Las tasas estimadas más elevadas de fecundidad en América del Sur están en Bolivia y Venezuela<sup>9</sup>.

El contexto de la crisis económica por la cual transita Venezuela, se ha agudizado de forma severa en los últimos cinco años, afectando todas las áreas del país; evidenciándose en particular un aumento del embarazo adolescente en esta población, de cuyas razones posibles se encuentra la escasez de anticonceptivos en el inventario de las farmacias y la comercialización a precios muy altos por anticonceptivos traídos del exterior, condición que la gran mayoría de ciudadanos no puede pagar, a esto se le adiciona un pronóstico de vida muy bajo para los niños nacidos, dada la escasez alimentaria<sup>10,11</sup>.

El informe de Asociación Pro-Bienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) y la International Planned Parenthood Federation (IPPF) sobre necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva en población migrante de la fron-

tera colombo-venezolana, evidencia que aproximadamente el 18% es menor de 18 años, cifra que permite ver la necesidad de ofertar y garantizar a esta franja poblacional, tanto el conocimiento como el acceso a métodos para regular la fertilidad dentro de un marco de derechos<sup>12</sup>.

Por su parte, el Estado Táchira, reporta una edad promedio de inicio de la actividad sexual entre los 14 y 15 años (15,32%); con un primer embarazo en edades entre los 15 y 16 (5,11%) y una tasa promedio de fecundidad de 96,8<sup>13</sup>.

En referencia al uso del preservativo en el debut sexual, investigaciones ponen en evidencia que de la totalidad de adolescentes que fueron encuestados, el 56,6% de las mujeres así como el 29% de los hombres, reportaron no haber utilizado preservativo ni algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, demuestra una realidad de un deficiente conocimiento de los adolescente en relación a los diferentes aspectos de la sexualidad, en este sentido la conducta sexual de los jóvenes se está llevando a cabo en situaciones de riesgo<sup>14</sup>.

Otro aspecto de análisis de las condiciones en las cuales la prevalencia del embarazo adolescente aumenta, se relaciona con la probabilidad del inicio de concebir hijos, esta se presenta cuatro veces mayor en adolescentes que no han recibido educación o que están en el nivel de la básica primaria, contrario a la que cuentan con educación secundaria o superior<sup>15</sup>.

Las variables propuestas en este estudio serán analizadas desde el enfoque socioecológico considerando, los factores individuales, interpersonales, de la comunidad o entorno que propician la probabilidad de un embarazo adolescente<sup>16</sup>. Se estima de gran importancia, dada las implicaciones de esta problemática planteada en estudios previos. El objetivo de este estudio es describir la asociación entre las variables relacionadas con el embarazo adolescente:

1. **(a)** decisión de quedar embarazada, **(b)** uso del preservativo en el debut sexual y **(c)** conocimiento del periodo fértil, con respecto a los factores edad, nivel educativo y situación de pareja de la adolescente.
2. **(d)** lugar de residencia y con quién vive, **(e)** situación bajo la cual se dio el embarazo no deseado, **(f)** embarazo no deseado, **(g)** acto sexual sin usar anticonceptivos pensando que nada sucedería, **(h)** acto sexual usando anticonceptivos modernos que fallaron, con respecto a los factores nivel educativo y situación de pareja de la adolescente.

## Métodos

### Población, muestra y diseño del estudio

El enfoque del estudio es cuantitativo. La población estudiada son mujeres adolescentes con edades entre 10 y 19 años que viven en el Estado Táchira. Se consideró este rango etario considerando el criterio establecido por el Fondo de Población de las Naciones Unidas<sup>17</sup>. Se consultó la distribución de

la población femenina proyectada por edades simples para el 2014, según resultados del Censo 2011 del Instituto Nacional de Estadística<sup>18</sup>. Por lo tanto, la población estudiada son adolescentes embarazadas y madres adolescentes con hijos no mayores de 18 meses. La población quedó constituida por un total de 1.963 madres adolescentes. Se utilizó una encuesta estructurada aplicada a una muestra independiente, no probabilística, intencional y aplicándose un cuestionario titulado: Maternidad adolescente en el Estado Táchira.

El tamaño de la muestra fue de 235 adolescentes embarazadas en el cuarto o posterior mes de embarazo. Para el diseño muestral se consideraron dos unidades muestrales: centros educativos y centros de salud. Según el Censo 2011, un 31,8% de las adolescentes asisten a centros educativos, por lo cual se aplicó este mismo porcentaje al tamaño de la muestra, para recolectar información de este grupo. Así mismo, fue de interés levantar información sobre las madres que no estudian, razón que motivó a visitar los centros de atención médica prenatal.

Debido a la inexistencia de una base de datos oficial de la zona educativa sobre la matrícula en los centros educativos de la parroquia y registro de las consultas obstétricas en los centros de salud en cada parroquia, no fue posible un control óptimo del muestreo. Por ello, se revisaron las distribuciones de dos variables: composición de edades y situación de pareja y al comparar con las distribuciones de estas variables para el grupo de madres adolescentes según datos del Censo 2011, se verifica la pertinencia del muestreo dentro del sesgo permitido a priori. Al tener elegidas las parroquias y alcaldías, así como los centros de salud y educativos más importantes, el paso siguiente fue la selección de las adolescentes embarazadas. Al llegar al centro respectivo el encuestador se identifica, solicita autorización para aplicar el instrumento y al tener acceso a las adolescentes, se solicita

el consentimiento informado a las mismas y se procede a levantar la información. Las encuestas se aplicaron durante el periodo 15 de mayo al 31 de julio de 2014.

### Análisis estadístico

Se han considerado como variables objetivo las siguientes: **(a)** decisión de quedar embarazada, **(b)** uso del preservativo en el debut sexual, **(c)** conocimiento del periodo fértil, **(d)** lugar de residencia y con quién vive, **(e)** situación bajo la cual se dio el embarazo no deseado, **(f)** embarazo no deseado, **(g)** acto sexual sin usar anticonceptivos pensando que nada sucedería **(h)** acto sexual usando anticonceptivos modernos que fallaron. Por su parte, los factores con los cuales se conjetura que haya asociación o que se observen diferencias significativas son: edad, nivel educativo, situación de pareja.

La mayoría de las características investigadas han sido definidas como variables cualitativas medidas en escala nominal u ordinal, de modo que el análisis de asociación se ha realizado a través de la prueba Chi-Cuadrado de independencia. En los casos en los que se violaron los supuestos de tal procedimiento se recurrió al test exacto de Fisher. Las comparaciones *post hoc* para tablas de contingencia de más de 2x2 se llevaron a cabo seleccionando aquellas columnas que reportaron diferencias significativas al contraste de proporciones, teniendo la precaución de corregir el nivel de significación mediante el método de Bonferroni. El coeficiente V de Cramer fue empleado para medir la magnitud de la asociación entre variables nominales. Por último, los datos se analizaron con el paquete estadístico "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) y con el lenguaje de programación R, asumiendo un nivel de  $\alpha = 0.05$  para establecer la significación de los resultados.

### Hipótesis de investigación

La Tabla 1 muestra el resumen de las variables objetivo, los factores y las hipótesis vinculadas con la investigación.

Tabla 1. Variables objetivo, factores e hipótesis de investigación

Variable objetivo	Factores	Hipótesis nula ( $H_0$ )	Hipótesis alterna ( $H_1$ )
(a) Decisión de quedar embarazada	Edad	La decisión de quedar embarazada por parte de la adolescente es independiente de la edad.	La decisión de quedar embarazada por parte de la adolescente no es independiente de la edad.
	Nivel educativo	La decisión de quedar embarazada por parte de la adolescente es independiente de su nivel educativo.	La decisión de quedar embarazada por parte de la adolescente no es independiente de su nivel educativo.
	Situación de pareja	La decisión de quedar embarazada por parte de la adolescente es independiente de su situación de pareja.	La decisión de quedar embarazada por parte de la adolescente no es independiente de su situación de pareja.
(b) Uso del preservativo en el debut sexual	Edad	El uso del preservativo en el debut sexual de la adolescente es independiente de su edad.	El uso del preservativo en el debut sexual de la adolescente no es independiente de su edad.
(c) Conocimiento del periodo fértil	Nivel educativo	El conocimiento de su periodo fértil que tiene la adolescente es independiente de su nivel educativo.	El conocimiento de su periodo fértil que tiene la adolescente no es independiente de su nivel educativo.
(d) Lugar de residencia y con quién vive	Situación de pareja	El lugar de residencia y con quién vive la adolescente es independiente de su situación de pareja.	El lugar de residencia y con quién vive la adolescente no es independiente de su situación de pareja.
(e) Situación bajo la cual se dio el embarazo no deseado	Situación de pareja	La situación bajo la cual se dio el embarazo no deseado es independiente de su situación de pareja.	La situación bajo la cual se dio el embarazo no deseado no es independiente de su situación de pareja.
(f) Embarazo deseado	Nivel educativo	El embarazo deseado en la adolescente es independiente de su nivel educativo.	El embarazo deseado en la adolescente no es independiente de su nivel educativo.
(g) Acto sexual sin usar anticonceptivos pensando que nada sucedería	Nivel educativo	El acto sexual sin usar anticonceptivos pensando que nada sucedería es independiente del nivel educativo.	El acto sexual sin usar anticonceptivos pensando que nada sucedería no es independiente del nivel educativo.
(h) Acto sexual usando anticonceptivos modernos que fallaron	Nivel educativo	El acto sexual usando anticonceptivos modernos que fallaron es independiente del nivel educativo.	El acto sexual usando anticonceptivos modernos que fallaron no es independiente del nivel educativo.

Fuente: elaboración propia.

## Objetivo 1.

Los resultados de este objetivo se muestran en las Tablas 2, 3 y 4. La decisión de la adolescente de quedar embarazada exhibió una asociación moderada con la edad ( $\chi^2 = 13.04, p = .001, V = 0.236$ ) y fuerte con la situación de pareja ( $\chi^2 = 28.03, p = 3.88 \times 10^{-7}, V = 0.345$ ). Los contrastes *post hoc* revelaron que dicha vinculación se dio entre el grupo cuya edad fluctuó desde los 10 hasta los 14 años

y en aquel cuya edad osciló desde los 18 hasta los 19 años ( $\chi^2 = 9.89, p = .002, V = 0.277$ ). Por su parte, las categorías para la situación de pareja entre las que se registraron relaciones significativas fueron las unidas o casadas y las solteras ( $\chi^2 = 27.79, p = 8.97 \times 10^{-8}, V = 0.361$ ). No hubo evidencias de asociación entre la decisión de quedar embarazada y el nivel educativo ( $\chi^2 = 4.67, p = .157$ ), entre el uso del preservativo y la edad ( $\chi^2 = 3.92, p = .142$ ) ni entre el conocimiento del periodo fértil y el nivel educativo ( $\chi^2 = 2.22, p = .607$ ).

Tabla 2. Asociación entre la decisión de quedar embarazada y la edad, el nivel educativo y la situación de pareja

Factores	El embarazo fue producto de mi propia decisión			El embarazo no fue producto de mi propia decisión			$\chi^2$
	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	
<b>Edad</b>							
Desde los 10 hasta los 14 años	1	6.25 <sup>a</sup>	0.43	15	93.75 <sup>a</sup>	6.38	13.04 (.001) <sup>*</sup>
Desde los 15 hasta los 17 años	34	32.08 <sup>a,b</sup>	14.47	72	67.92 <sup>a,b</sup>	30.64	
Desde los 18 hasta los 19 años	54	47.79 <sup>b</sup>	22.98	59	52.21 <sup>b</sup>	25.11	
<b>Nivel educativo</b>							
Primaria	2	16.67 <sup>a</sup>	0.85	10	83.33 <sup>a</sup>	4.26	4.67 (.157) <sup>**</sup>
Secundaria	81	39.71 <sup>a</sup>	34.47	123	60.29 <sup>a</sup>	52.34	
Técnico o universitario	5	27.78 <sup>a</sup>	2.13	13	72.22 <sup>a</sup>	5.53	
<b>Situación de pareja</b>							
Unida o casada	69	51.49 <sup>a</sup>	29.36	65	48.51 <sup>a</sup>	27.66	28.03 (3.88×10 <sup>-7</sup> ) <sup>**</sup>
Separada o divorciada	7	35.00 <sup>a,b</sup>	2.98	13	65.00 <sup>a,b</sup>	5.53	
Viuda	1	50.00 <sup>a,b</sup>	0.43	1	50.00 <sup>a,b</sup>	0.43	
Soltera	12	15.19 <sup>b</sup>	5.11	67	84.81 <sup>a</sup>	28.51	

Las proporciones dentro de los grupos que comparten un mismo superíndice no difieren significativamente al nivel de 0.017 o 0.008 (análisis de Bonferroni para tres y seis contrastes)

(\*) Nivel de significación basado en la prueba Chi-Cuadrado

(\*\*) Nivel de significación basado en la prueba exacta de Fisher

Tabla 3. Asociación entre el uso del preservativo en el debut sexual y la edad

Factores	Utilicé preservativo en mi primera relación sexual			No utilicé preservativo en mi primera relación sexual			$\chi^2$
	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	
<b>Edad</b>							
Desde los 10 hasta los 14 años	5	31.25 <sup>a</sup>	2.13	11	68.75 <sup>a</sup>	4.68	3.92 (.142) <sup>*</sup>
Desde los 15 hasta los 17 años	47	44.34 <sup>a</sup>	20.00	59	55.66 <sup>a</sup>	25.11	
Desde los 18 hasta los 19 años	36	31.86 <sup>a</sup>	15.32	77	68.14 <sup>a</sup>	32.77	

Las proporciones dentro de los grupos que comparten un mismo superíndice no difieren significativamente al nivel de .017 (corrección de Bonferroni para tres contrastes)

(\*) Nivel de significación basado en la prueba Chi-Cuadrado

**Tabla 4. Asociación entre el conocimiento del periodo fértil y el nivel educativo**

Factores	Conozco mi periodo fértil y mi ciclo menstrual			No conozco mi periodo fértil ni mi ciclo menstrual			$\chi^2$
	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	
<b>Nivel educativo</b>							
Primaria	5	41.67 <sup>a</sup>	2.13	7	58.33 <sup>a</sup>	2.98	2.22 (.607)**
Secundaria	102	50.00 <sup>a</sup>	43.40	102	50.00 <sup>a</sup>	43.40	
Técnico o universitaria	11	61.11 <sup>a</sup>	4.68	7	38.89 <sup>a</sup>	2.98	

Las proporciones dentro de los grupos que comparten un mismo superíndice no difieren significativamente al nivel de .017 (corrección de Bonferroni para tres contrastes).

(\*\*) Nivel de significación basado en la prueba exacta de Fisher

## Objetivo 2

Los hallazgos del presente objetivo se señalan en las Tablas 5, 6, 7, 8 y 9. En este caso solo se encontró una asociación estadísticamente significativa y fuerte entre la situación de pareja de la adolescente y el lugar de residencia especificando si comparte o no la convivencia con su pareja ( $\chi^2 = 197.29, p = 7.17 \times 10^{-40}, V = 0.648$ ). Las pruebas *a posteriori* evidencian que la magnitud de tal asociación es elevada y que se da entre las unidas o casadas con las divorciadas o separadas ( $\chi^2 = 99.07, p = 3.06 \times 10^{-22}, V = 0.802$ ), con las viudas ( $\chi^2 = 23.07, p = 9.80 \times 10^{-6}, V = 0.412$ ) y

con las solteras ( $\chi^2 = 174.18, p = 1.50 \times 10^{-38}, V = 0.904$ ). No se hallaron relaciones significativas entre los motivos para quedar embarazada y el nivel educativo ( $\chi^2 = 24.28, p = .342$ ), entre el acto sexual sin usar anticonceptivos esperando que nada sucediera y el nivel educativo ( $\chi^2 = 6.42, p = .073$ ), entre el acto sexual empleando métodos anticonceptivos modernos que fallaron y el nivel educativo ( $\chi^2 = 1.43, p = .733$ ) y entre las causas del embarazo no deseado y la situación de pareja ( $\chi^2 = 7.92, p = .329$ ).

**Tabla 5. Asociación entre el lugar de residencia y la situación de pareja**

Factores	Con mi pareja en casa de familiares			Con mi pareja en casa independiente			Sin su pareja en casa de familiar, sola o con amigos			$\chi^2$
	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	
<b>Situación de pareja</b>										
Unida o casada	85	63.43 <sup>a</sup>	36.17	40	29.85 <sup>a</sup>	17.02	9	6.72 <sup>a</sup>	3.83	197.29 (7.17×10 <sup>40</sup> )**
Divorciadas o separada	0	0.00 <sup>b</sup>	0.00	0	0.00 <sup>b</sup>	0.00	20	100.00 <sup>b</sup>	8.51	
Viuda	0	0.00 <sup>b</sup>	0.00	0	0.00 <sup>b</sup>	0.00	2	100.00 <sup>b</sup>	.85	
Soltera	1	1.27 <sup>b</sup>	.43	0	0.00 <sup>b</sup>	0.00	78	98.73 <sup>b</sup>	33.19	

Las proporciones dentro de los grupos que comparten un mismo superíndice no difieren significativamente al nivel de .008 (corrección de Bonferroni para seis contrastes)

(\*\*) Nivel de significación basado en la prueba exacta de Fisher

**Tabla 6. Asociación entre la situación bajo la cual se dio el embarazo no deseado y la situación de pareja**

Factores	Como consecuencia de relaciones forzadas o de abuso sexual			Por tener sexo sin usar anticonceptivos esperando que nada sucediera			Por tener sexo usando anticonceptivos modernos que fallaron			Por tener sexo confiando en métodos como el retiro u otros modernos			$\chi^2$
	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	
<b>Sit. de pareja</b>													
Unida o casada	2	3.08 <sup>a</sup>	1.37	38	58.46 <sup>a</sup>	26.03	24	36.92 <sup>a</sup>	16.44	1	1.54 <sup>a</sup>	.68	7.92 (.329)**
Soltera o separada	0	0.00 <sup>a</sup>	0.00	9	69.23 <sup>a</sup>	6.16	2	15.38 <sup>a</sup>	1.37	2	15.38 <sup>a</sup>	1.37	
Soltera	2	2.99 <sup>a</sup>	1.37	37	55.22 <sup>a</sup>	25.34	22	32.84 <sup>a</sup>	15.07	6	8.96 <sup>a</sup>	4.11	

Las proporciones dentro de los grupos que comparten un mismo superíndice no difieren significativamente al nivel de .017 (corrección de Bonferroni para tres contrastes)

(\*\*) Nivel de significación basado en la prueba exacta de Fisher

**Tabla 7. Asociación entre los motivos para el embarazo deseado y el nivel educativo**

Factores	Para mejorar mi situación económica			Para escapar del abuso en el hogar			Para formar mi propia familia			Porque quería tener un hijo			Para continuar la relación con mi pareja			$\chi^2$
	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	
Nivel educ.																
Primaria	0	0.00 <sup>a</sup>	0.00	0	0.00 <sup>a</sup>	0.00	1	50.00 <sup>a</sup>	1.12	1	50.00 <sup>a</sup>	1.12	0	0.00 <sup>a</sup>	0.00	24.88 (.342)**
Secundaria	3	3.70 <sup>a</sup>	3.37	3	3.70 <sup>a</sup>	3.37	33	40.74 <sup>a</sup>	37.08	36	44.44 <sup>a</sup>	40.45	6	7.41 <sup>a</sup>	6.74	
Téc. o univ.	0	0.00 <sup>a</sup>	0.00	0	0.00 <sup>a</sup>	0.00	4	80.00 <sup>a</sup>	4.49	1	20.00 <sup>a</sup>	1.12	0	0.00 <sup>a</sup>	0.00	

Las proporciones dentro de los grupos que comparten un mismo superíndice no difieren significativamente al nivel de .017 (corrección de Bonferroni para tres contrastes)

(\*\*) Nivel de significación basado en la prueba exacta de Fisher

**Tabla 8. Asociación entre el acto sexual sin usar anticonceptivos esperando que nada sucediera y el nivel educativo**

Factores	Tuve relaciones sexuales sin usar anticonceptivos esperando que nada pasara			No tuve relaciones sexuales sin usar anticonceptivos esperando que nada pasara			$\chi^2$
	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	
Nivel educativo							
Primaria	8	66.67 <sup>a</sup>	3.40	4	33.33 <sup>a</sup>	1.70	6.42 (.073)**
Secundaria	69	33.82 <sup>a</sup>	29.36	135	66.18 <sup>a</sup>	57.45	
Técnico o universitaria	8	44.44 <sup>a</sup>	3.40	10	55.56 <sup>a</sup>	4.26	

Las proporciones dentro de los grupos que comparten un mismo superíndice no difieren significativamente al nivel de .017 (corrección de Bonferroni para tres contrastes)

(\*\*) Nivel de significación basado en la prueba exacta de Fisher

**Tabla 9. Asociación entre el acto sexual usando anticonceptivos modernos que fallaron y el nivel educativo**

Factores	Tuve relaciones sexuales usando anticonceptivos modernos que fallaron			No tuve relaciones sexuales usando anticonceptivos modernos que fallaron			$\chi^2$
	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	n	% dentro de los grupos	% dentro del total	
Nivel educativo							
Primaria	1	8.33 <sup>a</sup>	0.43	11	91.67 <sup>a</sup>	4.68	1.43 (.733)**
Secundaria	43	21.08 <sup>a</sup>	18.30	161	78.92 <sup>a</sup>	68.51	
Técnico o universitaria	4	22.22 <sup>a</sup>	1.70	14	77.78 <sup>a</sup>	5.96	

Las proporciones dentro de los grupos que comparten un mismo superíndice no difieren significativamente al nivel de .017 (corrección de Bonferroni para tres contrastes)

(\*\*) Nivel de significación basado en la prueba exacta de Fisher

## Discusión

Los hallazgos revelan en primer lugar que la decisión de quedar embarazada por parte de la adolescente, no es independiente de la edad. Con respecto a la asociación moderada entre la decisión de quedar embarazada y la edad de las adolescentes investigadas, expertos desde la psicología refieren que un cerebro adolescente tiene falencias para la toma de decisiones, sobre todo en las situaciones mediadas por los aspectos emocionales; consideran que adolescentes en etapa temprana (11 a 13 años) canalizan sus emociones en forma diferente a las personas adultas; agregan igualmente que su conducta es riesgosa, debido a su poca experiencia y las limitaciones propias de su desarrollo cognitivo<sup>19</sup>. Es así como para el grupo investigado, la pregunta de si el embarazo era producto de su propia decisión, arrojó significativas diferencias entre las jóvenes de 10 a 14 años y las jóvenes de 18 a 19. Encontrándose que un 93,7 % de las jóvenes entre 10 y 14 años consideraron su estado de embarazo como una decisión no propia, confirmándose parcialmente la hipótesis que la decisión de quedar embarazada por parte de la adolescente no es independiente de la edad, pues esta variable como se describió, sí afecta las formas en que los adolescentes enfrentan decisiones tan definitivas en sus vidas como es la probabilidad de un embarazo.

Según un estudio reciente de Profamilia sobre determinantes sociales en salud, la edad promedio en que las adolescentes colombianas reciben información sobre sexualidad es a los 16 años; mientras que para el caso venezolano un estudio de necesidades de la población migrante venezolana reporta que este grupo con edades entre 14 y 25 años, carecen de una educación sexual integral. El mismo estudio considera que los imaginarios sociales que fortalecen la idea que la masculinidad es condición de sexualidad activa y que las mujeres tienen como papel básico el hogar, son igualmente factores influyentes para los embarazos en población adolescente. Al tiempo que alerta que el porcentaje de embarazos no planeados es mayor en las comunidades que legitiman la violencia contra la mujer, frente a los que la consideran una violación de derechos. Para el presente estudio más del 90% de las adolescentes entre 10 y 14 años no deseaban estar embarazadas<sup>20</sup>.

En este mismo sentido, un informe de UNICEF advierte que las diferencias de edades entre las adolescentes unidas o casadas, puede llegar a ser un factor predisponente a embarazos temprano y no planeados, debido a que estas uniones pueden generar relaciones basadas en la dominación, situa-

ciones que la mayoría de las veces están relacionadas con la violencia sexual; pudiéndose deducir que al encontrar una relación entre edad y decisión de embarazo, es indispensable informar de manera integral sobre todo en los aspectos de la salud sexual y reproductiva, incluyendo derechos sexuales y reproductivos, esto como una forma de acompañar el ejercicio de la sexualidad en esta etapa del ciclo vital<sup>21</sup>. Así mismo, socialmente se tienen expectativas con respecto a la familia cercana de los y las adolescentes, relacionadas las mismas con la consideración de que la institucionalidad familiar, debe relacionarse basada en el afecto, la comunicación asertiva y la protección del respectivo grupo etario<sup>22</sup>.

Un segundo hallazgo señala que la decisión de quedar embarazada por parte de la adolescente no es independiente de su situación de pareja. El resultado de la presente investigación arrojó una fuerte relación entre la situación de pareja de la adolescente y el hecho de convivir o no con la pareja. El resultado ( $\chi^2 = 28.03, p = 3.88 \times 10^{-7}, V = 0.345$ ) confirma la asociación entre embarazo temprano y uniones tempranas como un determinante social del embarazo adolescente. Este elemento de análisis indica que, al estar por fuera de la vigilancia y acompañamiento familiar, traducida esto como una independencia en lo relacionado con la actividad sexual, da como resultado mayores porcentajes de embarazos tempranos<sup>20,9</sup>.

Igualmente los resultados revelaron que no hubo evidencias de asociación entre la decisión de quedar embarazada y el nivel educativo. En relación con la decisión de quedar embarazada por parte de la adolescente y su nivel educativo se observó en la presente investigación una independencia asociada a la misma ( $\chi^2 = 4.67, p = .157$ ); resultado que fortalece el mensaje de la responsabilidad de la institucionalidad familiar y no exclusivamente de la escuela en cuanto a la generación de ambientes protectores para hombres y mujeres adolescentes, con relación a la prevención de un embarazo no planeado. Esta recomendación es reiterada en diferentes estudios, los cuales consideran que las familias son las que proporcionan los primeros mensajes sobre la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, se confirma la tendencia de los padres a suministrar poca información a estos grupos poblacionales en cuanto a su salud reproductiva<sup>23</sup>. Este hallazgo, también puede explicarse a través del determinante social en el factor individual, el cual considera la maternidad como único proyecto de vida<sup>16</sup>; especialmente en aquellas poblaciones socioeconómicamente vulnerables, que inician las relaciones sexuales más temprano y se unen en mayor porcentaje que las adolescentes de estratos altos<sup>24</sup>, por lo cual todo tipo de intervención debe enfocarse en potenciar diferentes proyectos de vida. Finalmente, este hallazgo es contrario a resultados obtenidos en otras investigaciones en donde reflejan que la maternidad adolescente es mayor en adolescentes sin nivel educativo o con nivel primaria, en comparación con las que tienen nivel educativo de secundaria o un nivel más alto<sup>25-27</sup>.

Por último, nuestros resultados muestran que no hubo evidencia de asociación entre la decisión de quedar embarazada entre el uso del preservativo y la edad ( $\chi^2 = 3.92, p = .142$ ).

En América Latina, es casi universal el conocimiento y difusión de los métodos anticonceptivos, sin embargo, existen diferencias en la apropiación de ese conocimiento, dependiendo de la zona y nivel educativo en los países rezagados en la transición hacia el ejercicio de derechos sexuales<sup>26</sup>. Por lo tanto, el uso del preservativo en las primeras relaciones sexuales dependerá también en la consideración de dicha población, como aquella que tiene derechos sobre su propia sexualidad, aspecto que humaniza y naturaliza la misma función, permitiendo que la misma se mueva espontáneamente en la búsqueda de información como un real ejercicio de derechos humanos y auto conciencia<sup>28</sup>. Es por ello, que siempre se ha discutido el poco éxito de las campañas educativas en relación con el uso del preservativo. Sin embargo, algo que se olvida es que el uso del preservativo como método anticonceptivo, es una práctica mediada por la negociación, la cual implica transacciones en valores, principios y reglas que no siempre involucran un acuerdo equitativo para las partes involucradas. Es entonces cuando se habla del poder en la negociación, encontrándose asociado a este poder unos determinantes tales como: género, cultura, percepción del riesgo, los cuales entran en interdependencia con la edad<sup>29</sup>. Por lo tanto, mucho de este poder de negociación es el que debe enseñarse al género que pueda estar en desventaja, a la hora de transar el respectivo recurso preventivo.

## Conclusiones y recomendaciones

La prevención del embarazo en la adolescencia debe responder a acciones que tengan en cuenta la edad del respectivo grupo etario, pues los estudios son concluyentes en afirmar que el cerebro adolescente presenta limitaciones para una buena toma de decisiones en relación a las consecuencias de una vida sexual activa.

Es un imperativo social que la familia proporcione información constante en relación con aspectos de salud sexual y salud reproductiva al igual, que realice un acompañamiento del ejercicio sexual, basado en el afecto y la comunicación como factores protectores tanto de hombres como mujeres.

Los embarazos en población adolescente también están determinados por factores sociales, los cuales se expresan de manera individual entre los que están la consideración de un solo proyecto de vida, como es la maternidad.

La edad de la pareja y la condición de convivencia se consideran factores sociales predisponentes al embarazo temprano debido a que la mayoría de estas relaciones pueden basarse en contextos de dominación.

El uso del preservativo debe promoverse como un ejercicio de autonomía y de autocuidado en el género femenino, por ser este el género en desventaja a la hora de proponer su uso.

Se sugiere considerar de forma permanente a la población adolescente, como una población sujeta de derechos sobre todo desde el punto de vista sexual, aun reconociendo la inmadurez de tipo biológico y cognitivo del grupo etario.

El Estado, instituciones educativas y familia deben abordar la problemática desde la perspectiva de género que incluya al hombre, de lo contrario se tendrá una feminización de la situación del embarazo a edad temprana, aun cuando este cumple un papel protagónico.

Desde la complejidad del embarazo adolescente se propone una mirada a partir del enfoque socio ecológico donde se tengan en cuenta estructuras como estado, comunidad, escuela, familia, aspectos individuales y la influencia de pares. Por lo tanto, esta realidad requiere políticas públicas e iniciativas socioeconómicas, programas dirigidos a los adolescentes, que promuevan el retardo de la maternidad y paternidad adolescente, alleguen campañas de prevención de embarazos no deseados, empoderar a la mujer para que ascienda en la sociedad, extender la escolarización y campañas educativas para promover la educación básica, media, técnica y superior entre los jóvenes, intervención de los medios de comunicación en iniciativas de educación sexual.

## Referencias

1. Parada A. El embarazo adolescente le cuesta al país. Un periódico. Sección: Sociedad. 2006; 72, s.p. <http://historico.unperiodico.unal.edu.co/ediciones/72/05.htm>
2. Della Mora M. & Landoni A. Estrategias de afrontamiento de adolescentes embarazadas de la ciudad de Buenos Aires: Buenos Aires: Psicología Científica; 2005.
3. Flórez C. E. & Soto V. E. La fecundidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva en el contexto de la movilidad social en América Latina y el Caribe. Uniandes; 2007.
4. Nóbrega M. La maternidad en la vida de las adolescentes: implicancias para la acción. Revista de psicología, 2009; 27(1):29-54.
5. Vite, M. La nueva desigualdad social. Revista Latinoamericana de economía. Problemas de desarrollo. 2007;38(148); 41-68.
6. Albert C. y Davia M. Pobreza monetaria, exclusión educativa y privación material de los jóvenes. Revista de Economía Aplicada. 2011; XIX(56): 59-88.
7. Flórez C. & Soto V. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe. Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile; 2006.
8. Stern C. El "problema" del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a un debate. El Colegio de México AC; 2012.
9. OPS, OM, UNFPA, Unicef (2016). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Disponible en [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765\\_spa.pdf?sequence=1&i-sAllowed=y&ua=1](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&i-sAllowed=y&ua=1)
10. ENH. Encuesta Nacional de Hospitales. Venezuela. 2017. Recuperado de <https://www.encuestanacionaldehospitales.com/2017>
11. ENH. Encuesta Nacional de Hospitales. Venezuela. 2018. Recuperado de <https://www.encuestanacionaldehospitales.com/2018>
12. Profamilia. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana. Bogotá: Asociación Probienestar de la Familia Colombiana-Profamilia- IPPF; 2019. Disponible en <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/LIBRO-Evaluacion-de-las-necesidades-insatisfechas-SSR-y-Migrantes-Venezolanos-Digital.pdf>
13. Vivas-García M, Cuberos M, Mazuera-Arias R. y Albornoz-Arias, N. Educación Sexual y Embarazo Adolescente en el Estado Táchira, Venezuela. Red Científica Iberoamericana, 2018. Disponible en: [https://www.siicsalud.com/acise\\_viaje/ensiicas-profundo.php?id=158982](https://www.siicsalud.com/acise_viaje/ensiicas-profundo.php?id=158982)
14. Uribe J. I., Amador G., Zacarías X. & Villarreal L. Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2012;10(1): 481-94.
15. Quintero R. A. P. & Rojas B. H. M. El embarazo a temprana edad, un análisis desde la perspectiva de madres adolescentes. Revista Virtual Universidad Católica del Norte. 2015; 44: 222-37. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/626/1161>
16. UNFPA. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2013. Disponible en <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
17. Williamson N. Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes-El estado de la población mundial 2013. 2013; Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
18. Instituto Nacional de Estadística (INE). Venezuela. Censo 2011 Redatam [In-ternet]. Indicadores demográficos. Población femenina proyectada por edades al 2014. [citado 11 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.redatam.ine.gov.ve/Censo2011/index.html>
19. Papalia D., Wendkos S. y Duskinet R. Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. 11 ed. México: Mc Graw Hill; 2009.
20. Profamilia. Determinantes del embarazo en adolescentes en Colombia. Explicando las causas de las causas. Bogotá: Asociación Probienestar de la Familia Colombiana-Profamilia. 2018. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/informe-determinantes-sociales-embarazo-en-adolescente.pdf>
21. Unicef. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región. Panamá: UNICEF-PLAN. 2014. Disponible en <https://www.unicef.org/lac/media/6351/file/PDF%20Publicaci%C3%B3n%20Vivencias%20y%20relatos%20sobre%20el%20embarazo%20en%20adolescentes%20.pdf>
22. Vivas-García, M., Cuberos, M.A., Albornoz-Arias, N., Mazuera-Arias, R., y Carreño-Paredes, M.T. Escuela y familia, vínculo indisoluble en la educación sexual de los niños y adolescentes en el contexto fronterizo Norte de Santander y Táchira. En Albornoz-Arias, N., Mazuera-Arias, R., Espinosa-Castro, J.F. (Ed.), Adolescencia: su relación con la familia, educación y sexualidad. Un enfoque transdisciplinario (pp.103-134). Barranquilla, Colombia: Ediciones Universidad Simón Bolívar; 2017. Disponible en <https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2817/Adolescenciaconfamileducacsexualidentransdisciplinario.pdf?sequence=1&i-sAllowed=y>
23. León P., Minassian, M., Borgoño, R. & Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec. 2008; 5(1), 42-51.
24. Florez C. & Soto V. Fecundidad adolescente y desigualdad en Colombia. Notas de población, s.f. N° 83, CEPAL, 41-74. <http://archivo.cepal.org/pdfs/NotasPoblacion/NP83florez.pdf>

25. Florez C. y Soto V. La fecundidad y el acceso a los servicios de salud reproductiva en el contexto de la movilidad social en América Latina y el Caribe. 2007. DOCUMENTO CEDE 2007-16. (Edición Electrónica). p. 71 <http://core.ac.uk/download/files/153/6325272.pdf>
26. Flórez C. y Soto V. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global. Banco Interamericano de Desarrollo. 2008. [http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-632\\_esp.pdf](http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubWP-632_esp.pdf)
27. Galindo C. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. Revista Desarrollo y Sociedad, I semestre. 2012; 69: 133-85.
28. Albornoz A. N., Peinado Y.C. y Carreño P. M.T La adolescencia, embarazo y maternidad adolescente, un análisis desde la decisión individual en el Departamento Norte de Santander. En Maternidad Adolescente en el Norte de Santander. Maracaibo. Universidad del Zulia; 2017.
29. Sánchez B.M. Poder de negociación de la sexualidad en la adolescencia. Bogotá: Profamilia; 2005.

#### **Indices y Bases de Datos:**

AVFT está incluida en las bases de datos de publicaciones científicas en salud:

**OPEN JOURNAL SYSTEMS**

**REDALYC** (Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

**SCOPUS** de Excerpta Medica

**GOOGLE SCHOLAR**

**Scielo**

BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud)

LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias (Universidad Nacional Autónoma de México)

LIVECS (Literatura Venezolana de Ciencias de la Salud)

LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud)

PERIÓDICA (Índices de Revistas Latinoamericanas en Ciencias)

REVENCYT (Índice y Biblioteca Electrónica de Revistas Venezolanas de Ciencias y Tecnología)

SABER - UCV

EBSCO Publishing

PROQUEST

[www.revhipertension.com](http://www.revhipertension.com)

[www.revdiabetes.com](http://www.revdiabetes.com)

[www.revsindrome.com](http://www.revsindrome.com)

[www.revistaavft.com](http://www.revistaavft.com)