



Archivos Venezolanos de Farmacología y
Terapéutica
ISSN: 0798-0264
revista.avft@gmail.com
Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y
Terapéutica
Venezuela

Influencia de la educación sexual en la maternidad adolescente en el Estado Táchira, Venezuela

Mazuera-Arias, Rina; Albornoz-Arias, Neida; Vivas-García, Marisela; Carreño-Paredes, Myriam-Teresa;
Cuberos, María-Antonia; Hernández Lalinde, Juan Diego; Bermúdez, Valmore

Influencia de la educación sexual en la maternidad adolescente en el Estado Táchira, Venezuela

Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, vol. 37, núm. 3, 2018

Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica, Venezuela

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55963208002>

Copyright © Sociedad Venezolana de Farmacología y de Farmacología Clínica y Terapéutica. Derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de todo el material contenido en la revista sin el consentimiento por escrito



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Artículos

Influencia de la educación sexual en la maternidad adolescente en el Estado Táchira, Venezuela

Sexual education Influence on adolescent maternity in Táchira State, Venezuela

Rina Mazuera-Arias

Universidad Simón Bolívar, Colombia

r.mazuera@unisimonbolivar.edu.co

 <http://orcid.org/0000-0002-9888-5833>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55963208002>

Neida Albornoz-Arias

Universidad Simón Bolívar, Colombia

n.albornoz@unisimonbolivar.edu.co

 <http://orcid.org/0000-0001-7851-5985>

Marisela Vivas-García

Universidad Simón Bolívar, Colombia

m.vivas@unisimonbolivar.edu.co

 <http://orcid.org/0000-0002-8941-4562>

Myriam-Teresa Carreño-Paredes

Universidad Simón Bolívar, Colombia

m.carreno@unisimonbolivar.edu.co

 <http://orcid.org/0000-0002-7572-5618>

María-Antonia Cuberos

Universidad Simón Bolívar, Colombia

m.cuberos@unisimonbolivar.edu.co

 <http://orcid.org/0000-0002-5235-552X>

Juan Diego Hernández Lalinde

Universidad Simón Bolívar, Colombia

j.hernandezl@unisimonbolivar.edu.co

 <http://orcid.org/0000-0001-6768-1873>

Valmore Bermúdez

Universidad Simón Bolívar, Colombia

v.bermudez@unisimonbolivar.edu.co

 <http://orcid.org/0000-0003-1880-8887>

RESUMEN:

La falta de información sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos inducen a los adolescentes a comportamientos sexuales de riesgo. El enfoque del presente estudio es cuantitativo. La población estudiada son mujeres adolescentes con edades entre 10 y 19 años que viven en el Estado Táchira, Venezuela. Se evaluó la asociación entre las variables

NOTAS DE AUTOR

r.mazuera@unisimonbolivar.edu.co

dependientes e independientes, siendo los predictores: educación sexual recibida en el hogar, educación sexual recibida en la escuela, nivel de formación del jefe del hogar, actividades desarrolladas por la adolescente antes del embarazo, uso del preservativo y calidad de la relación familiar. Se planteó un modelo de regresión logística múltiple. Las adolescentes que no recibieron educación sexual en el hogar, manifiestan un riesgo 4,32 veces más elevado de consumar el acto sexual antes de los 14 años. Mientras que las adolescentes que recibieron educación inadecuada tienen una probabilidad 4,12 veces mayor de experimentar relaciones sexuales altamente precoces.

PALABRAS CLAVE: educación sexual, embarazo adolescente, familia, escuela, métodos anticonceptivos.

ABSTRACT:

The lack of information on sexual and reproductive health and sexual and reproductive rights induce adolescents to risky sexual behavior. The focus of the present study is quantitative. The population studied are adolescent women between the ages of 10 and 19 who live in Táchira State, Venezuela. The association between dependent and independent variables was evaluated, being the predictors: sexual education received at home, sex education received at school, level of training of the head of the household, activities developed by the adolescent before pregnancy, use of condoms and quality of the family relationship. A multiple logistic regression model was proposed. Adolescents who did not receive sex education in the home, show a 4.32 times higher risk of consummating the sexual act before the age of 14. While adolescents who received inadequate education are 4.12 times more likely to experience highly precocious sex.

KEYWORDS: sexual education, adolescent pregnancy, family, school, contraceptive methods.

INTRODUCCIÓN

En el embarazo adolescente intervienen diversas causas entre ellas, la falta de acceso a la educación y a los servicios de salud sexual reproductiva, las limitaciones para acceder a los medios de planificación familiar, las desigualdades sociales, entre otras¹. El conocimiento de los métodos de planificación familiar es casi universal, en la mayoría de los países de América Latina, salvo algunas diferencias por zonas y nivel educativo, no obstante, existen críticas de la educación sexual^{2,3}, pues se limita generalmente a lo biológico⁴., y aun así los adolescentes no conocen su propio cuerpo, desconocen su propia fisiología de reproducción², usando de manera inadecuada los métodos anticonceptivos⁵, el conocimiento del ciclo menstrual suele ser bajo en comparación a los métodos anticonceptivos⁶; no se usan métodos anticonceptivos al inicio de las relaciones sexuales por desconocimiento de los mismos o en otros casos no se empoderan y corren riesgos⁷. Los conocimientos limitados sobre la salud reproductiva y el bajo poder de negociación con su pareja entorpecen a las adolescentes para poder decidir libremente sobre su sexualidad⁸. Para acceder a la salud sexual y reproductiva es indispensable la educación y en el caso de los adolescentes, una educación que promueva un cambio del comportamiento reproductivo de los jóvenes y prevenga la maternidad adolescente⁹.

Es necesaria una educación sexual que destaque el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, así como la incorporación de todos los actores involucrados, como los docentes, padres, funcionarios de salud, medios de comunicación^{10,11}, desde la educación primaria y secundaria^{12,13}.

La educación sobre conducta sexual responsable, igualdad de relaciones entre性os, sexualidad, protección de embarazos no planificados, enfermedades de transmisión sexual es necesaria durante los años formativos, así como apremiante en los adolescentes para que puedan tomar decisiones de manera libre y responsable¹⁴. Un indicador de la educación sexual es el conocimiento del ciclo menstrual⁶. La comprensión del periodo fértil es imprescindible para el uso de métodos anticonceptivos tradicionales¹⁵, la ignorancia es un factor de riesgo frente a embarazos¹⁶.

Las informaciones erróneas sobre las consecuencias del uso de anticonceptivos, como los impedimentos para acceder a los servicios de salud intervienen en las preferencias de las adolescentes de tener relaciones sexuales sin el uso de anticonceptivos¹⁷. La educación sexual impartida por los padres es limitada, se restringe a los aspectos biológicos y de autocuidado¹⁸.

Ante los conocimientos inexactos sobre los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes se hace necesario ahondar en los mismos y revisar los procesos formativos por parte de los diversos actores, en particular la escuela y la familia¹³. La educación sexual debe ser considerada como una dimensión complementaria de la formación integral de las personas¹⁹, que requiere la comunicación y la orientación adecuada de los padres^{20,14,21}.

La educación sexual ha beneficiado principalmente a las adolescentes de estratos económicos más altos²², debido a que en el inicio de las relaciones sexuales inciden el nivel educativo de las adolescentes y su condición económica²³. En circunstancias de exclusión social, las adolescentes no tienen las condiciones adecuadas para obtener información y acceder a los métodos anticonceptivos, siendo ineficaces las políticas públicas en la materia²⁴.

En el caso venezolano, se es consciente que una forma de prevenir los embarazos adolescentes y promover la planificación familiar en Venezuela es a través del acceso a la formación sobre sexualidad y derechos reproductivos²⁵. En la legislación se contempla la educación en materia de salud sexual y reproductiva en procura de una conducta sexual responsable y sin riesgos²⁶.

En Venezuela la tasa de fecundidad adolescente por cada 1000 niñas entre 15 a 19 años es 95 (período 2006 a 2015), con 34 puntos por encima del promedio de la tasa en América Latina y El Caribe que se ubica en 64²⁷. De acuerdo con las estadísticas disponibles por el gobierno venezolano, para el año 2012 el número de nacimientos vivos registrados en madres menores de 15 años es 7.452 y de 15 a 19 años 136.039²⁸, en el año 2013 se reporta 22.84% de embarazos adolescentes presentándose un aumento²⁵.

El objetivo del presente estudio fue explorar los determinantes **intermedios** relacionados con la educación sexual recibida en la escuela y educación sexual recibida en la familia antes del primer embarazo, el nivel educativo, embarazo deseado y conocimiento del ciclo menstrual y período fértil; así como los determinantes **próximos** asociados a la edad de la primera relación sexual y uso del preservativo en la primera relación sexual²⁹.

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; criterio establecido por el Fondo de Población de la Naciones Unidas¹. Se consultó la distribución de la población femenina proyectada por edades simples para el 2014, según resultados del Censo 2011 del Instituto Nacional de Estadística³⁰. 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

Las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias absolutas y relativas, obteniéndose además el intervalo de confianza de 95% para el porcentaje (ver Tabla 1 y Tabla 2). Asimismo, las características numéricas fueron explicadas a través de medidas de resumen como la media, desviación estándar, coeficiente de variación, mínimo y máximo. Al momento de evaluar la asociación entre las variables dependientes e independientes, se planteó un modelo de regresión logística múltiple para cada caso, utilizando como predictores los siguientes: educación sexual recibida en el hogar, educación sexual recibida en la escuela, nivel de formación del jefe del hogar, actividades desarrolladas por la adolescente antes del embarazo, uso del preservativo y calidad de la relación familiar. Por su parte, las ecuaciones de regresión giraron en torno a: embarazo antes de los 14 años, primera relación sexual antes de los 14 años y condición relacionada con el parto.

Antes de introducir estos factores al modelo conjunto, se probó la relación mediante tablas de contingencia de 2×2 o regresión logística simple. Este procedimiento se repitió con cada una de las características previamente mencionadas, hecho que permitió obtener las OR crudas para así identificar las candidatas más plausibles. Las tablas cruzadas fueron también estratificadas con el objetivo de descartar efectos de confusión o interacción. Una vez realizado esto, se utilizaron los procedimientos automatizados «Hacia atrás Wald» y «Hacia adelante Wald» para obtener un modelo depurado, modelo en el que solo se incluyeron las variables significativas. El procesamiento y análisis de los datos fue realizado con el programa SPSS en su versión 25 para Windows de 64 bits (IBM SPSS, Chicago, IL, EE. UU.). Por último, los resultados se han considerado significativos al nivel de .05.

La educación sexual recibida en la escuela y en la familia se consideraron por las altas tasas de embarazo adolescente en América Latina, que se deben a una precaria educación sexual y otros elementos de carácter socio-económico y cultural como el no uso o uso inconsistente de métodos anticonceptivos, educación de baja calidad, escasas oportunidades laborales o ausencia de un proyecto de vida que contenga logros profesionales³³. Los conocimientos limitados sobre la salud reproductiva y la falta de acceso a métodos preventivos dificultan a las adolescentes poder decidir libremente sobre su sexualidad⁸.

Tabla 1. Descripción de la muestra según variables sociodemográficas

TABLA 1
Descripción de la muestra según variables sociodemográficas

Var. sociodem.	Categorías	Frecuencia	Porcentaje	IC 95% para el porcentaje	
				Lim. inferior	Lim. superior
Grupos etarios	De 11 a 13 años	5	2,13 %	0,82 %	4,60 %
	De 14 a 16 años	68	28,94 %	23,42 %	34,97 %
	De 17 a 19 años	162	68,94 %	62,82 %	74,59 %
Estado civil	Unida	125	53,19 %	46,81 %	59,50 %
	Casada	9	3,83 %	1,91 %	6,87 %
	Separada	19	8,09 %	5,11 %	12,09 %
	Divorciada	1	0,43 %	0,05 %	1,97 %
	Viuda	2	0,85 %	0,18 %	2,70 %
	Soltera	79	33,62 %	27,81 %	39,83 %
Nivel	-	-	-	-	-

elaboración propia

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Descripción y codificación de las variables dependientes e independientes del estudio

TABLA 2
Descripción y codificación de las variables dependientes e independientes del estudio

Variables dependientes e independientes	Categorías	Frecuencia	Porcentaje	IC 95 % para el porcentaje	
				Lím. inf.	Lím. sup.
Y_1 : Primera relación sexual antes de los 14 años	No (0)	199	84,68%	79,66 %	88,85%
	Si (1)	36	15,32%	11,15 %	20,34%
Y_2 : Primer embarazo antes de los 14 años	No (0)	223	94,89%	91,51%	97,18%
	Si (1)	12	5,11%	2,82%	8,49%
Y_3 : Condición en cuanto a los partos	Un solo parto (0)	208	88,51%	83,97%	92,11%
	Dos o más partos (1)	27	11,49%	7,89%	16,03%
X_1 : Educación sexual recibida en la escuela	No recibi educación sexual (1)	50	21,28%	16,41%	26,84%
	Recibí educación sexual inadecuada (2)	54	22,98%	17,95%	28,67%
	Recibí educación sexual adecuada (3)	131	55,74%	49,36%	61,99%
X_2 : Educación sexual recibida en el hogar	No recibi educación sexual (1)	77	32,77%	27,00%	38,95%
	Recibí educación sexual inadecuada (2)	96	40,85%	34,71%	47,22%
	Recibí educación sexual adecuada (3)	62	26,38%	21,06%	32,28%
X_3 : Actividades antes del embarazo	Estudiar y trabajar (1)	54	22,98%	17,95%	28,67%
	Solo estudiar (2)	154	65,53%	59,29%	71,39%
	Solo trabajar (3)	16	6,81%	4,11%	10,57%
	Ni estudiar, ni trabajar (4)	11	4,68%	2,51%	7,95%
X_4 : Nivel educativo del jefe del hogar	Sin formación (1)	147	62,55%	56,24%	68,56%
	Preescolar, prim., sec. o bachillerato (2)	88	37,45%	31,44%	43,76%
X_5 : Uso del preservativo en la primera relación sexual	No (0)	147	62,55%	56,24%	68,56%
	Si (1)	88	37,45%	31,44%	43,76%
X_6 : Relación con la familia de origen	Muy mala (1)	6	2,55%	1,07%	5,19%
	Mala (2)	24	10,21%	6,83%	14,57%
	Buena (3)	147	62,55%	56,24%	68,56%
	Muy buena (4)	58	24,68%	19,50%	30,48%

elaboración propia

Fuente: elaboración propia

Resultados

Datos socio-demográficos de la muestra estudiada

La muestra estuvo conformada por un total de 235 adolescentes, cuya edad media fue de 17,20 años, con desviación estándar de 1,56 (C.V.=9,05%), mínimo de 11 y máximo de 19 años. La edad en la que se experimentó la primera relación sexual fue en promedio, los 14,97 años, con desvíos de 1,64 (C.V.=10,94%) y registros extremos de 15 y 19 años, respectivamente. En lo respecta a la edad del primer embarazo, los valores oscilaron desde 12 hasta 19, con 16,16 años de media y variabilidad de 1,61 (C.V.=9,93%). En promedio, las jóvenes analizadas han tenido 1,14 partos, con desviación típica de 0,44 (C.V.=38,51%) y cifras mínimas y máximas de 1 y 4, correspondientemente. Al agrupar la edad, se observa que 2,13% (=5) de las participantes se ubican entre los 11 y los 13 años, seguidas de quienes tienen entre 14 y 16 años, con porcentaje de 28,94% (=68), y de aquellas cuya edad fluctúa desde los 17 hasta los 19 años, con fracción de 68,94% (=162).

El 53,19% (=125) de las encuestadas estaban unidas al momento de la investigación, mientras que el 3,62% (=79) permanecían solteras. El porcentaje restante se distribuyó entre quienes estaban separadas, casadas, viudas o divorciadas, con sendas proporciones de 8,09% (=19), 3,83% (=9), 0,85% (=2) y 0,43% (=1). La mayoría de las jóvenes tachirenses alcanzaron el nivel de secundaria, registrando un porcentaje de 86,81% (=204), en tanto que la primaria fue completada solo por el 5,11% (=12) de las adolescentes. Por su parte, quienes desarrollaron carreras técnicas representan un 4,68% (=11) de la muestra, seguidas de aquellas que culminaron estudios universitarios, con fracción de 2,98% (=7) y de quienes únicamente asistieron al preescolar, con proporción de 0,43% (=1).

Análisis multivariante de los factores asociados al embarazo precoz

De acuerdo a los resultados que se indican la Tabla 2, 15,32% de las adolescentes embarazadas tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años; 5,11% tuvo su primer embarazo antes de esa edad. Así mismo, un 62,55% no usó preservativo en la primera relación sexual. Antes del embarazo, el 65,53% solo estudiaban, 81% solo trabajaban y 22,98% estudiaban y trabajaban.

Como puede apreciarse en la Tabla 3, solo se encontró evidencia de asociación estadísticamente significativa entre tener o no la primera relación íntima antes de los 14 años y la educación sexual impartida en el hogar. Nótese que tanto los valores de la OR cruda como los de la ajustada han sido significativamente diferentes de cero, además de que los intervalos de confianza superan la unidad. Puesto que el cambio en las tasas al ajustarlas con el resto de las variables es ligeramente superior al 10%, se emplearon las OR corregidas para el análisis y las conclusiones. En tal sentido, obsérvese que las adolescentes que no recibieron educación sexual en el hogar, manifiestan un riesgo 4,32 (ICB 95%: 1,13-16,60) veces más elevado de consumar el acto sexual antes de los 14 años, que quienes sí recibieron información adecuada. Situación similar se presenta al comparar la categoría de referencia con las que recibieron educación inadecuada: en este caso, existe una probabilidad 4,12 (ICB 95%: 1,12-15,14) veces mayor de experimentar relaciones sexuales altamente tempranas.

Tabla 3. Razón de probabilidades (odds ratio), valor p e intervalo de confianza bilateral del 95% para las variables explicativas del modelo de regresión. Se muestran las OR crudas (obtenidas mediante tablas de contingencia de 2×2 o mediante regresión logística simple) y las ajustadas (obtenidas mediante el modelo multivariante de regresión)

TABLA 3

Razón de probabilidades (odds ratio), valor p e intervalo de confianza bilateral del 95% para las variables explicativas del modelo de regresión. Se muestran las OR crudas (obtenidas mediante tablas de contingencia de 2×2 o mediante regresión logística simple) y las ajustadas (obtenidas mediante el modelo multivariante de regresión)

Variables independientes	Modelo 1 (Y_1 como VD)						Modelo 2 (Y_2 como VD)						Modelo 3 (Y_3 como VD)					
	Crudas			Ajustadas			Crudas			Ajustadas			Crudas			Ajustadas		
	OR	LIC	LSC	OR	LIC	LSC	OR	LIC	LSC	OR	LIC	LSC	OR	LIC	LSC	OR	LIC	LSC
X_1 : Educ. sexual recibida en la escuela (1)	1,28	0,51	3,18	1,40	0,52	3,77	0,64	0,13	3,13	0,69	0,13	3,70	0,55	0,18	1,70	0,48	0,14	1,62
X_1 : Educ. sexual recibida en la escuela (2)	1,72	0,74	3,96	1,43	0,59	3,45	0,59	0,12	2,88	0,77	0,15	4,08	0,64	0,23	1,82	0,49	0,16	1,50
X_2 : Educ. sexual recibida en el hogar (1)	4,76*	1,31	17,28	4,32*	1,13	16,60	0,30	0,06	1,62	0,30	0,05	1,85	1,90	0,68	5,32	1,87	0,60	5,78
X_2 : Educ. sexual recibida en el hogar (2)	4,54*	1,28	16,13	4,12*	1,12	15,14	0,63	0,17	2,26	0,43	0,10	1,79	0,85	0,28	2,58	0,70	0,22	2,24
X_3 : Actividades antes del embarazo (2)	0,97	0,42	2,23	1,00	0,42	2,39	1,06	0,28	4,05	0,86	0,21	3,58	0,48	0,20	1,13	0,55	0,22	1,37
X_3 : Actividades antes del embarazo (3)	0,33	0,04	2,85	0,32	0,04	2,86	0,00	---	---	0,00	---	---	0,29	0,04	2,49	0,36	0,04	3,28
X_3 : Actividades antes del embarazo (4)	0,50	0,06	4,41	0,33	0,03	3,35	0,00	---	---	0,00	---	---	0,44	0,05	3,84	0,39	0,04	3,89
X_4 : Nivel educativo del jefe del hogar (1)	1,68	0,77	3,67	1,44	0,64	3,25	3,14	0,67	14,67	4,42	0,89	22,06	1,48	0,62	3,55	1,61	0,64	4,06
X_5 : Uso del condón en la 1. ^a rel. sexual (0)	1,24	0,58	2,62	1,07	0,48	2,38	1,85	0,49	7,02	2,41	0,59	9,82	1,02	0,45	2,34	1,04	0,43	2,52
X_6 : Relación con la familia de origen (1)	0,00	---	---	0,00	---	---	3,67	0,32	42,12	3,09	0,20	47,04	0,00	---	---	0,00	---	---
X_6 : Relación con la familia de origen (2)	1,65	0,48	5,66	1,25	0,32	4,91	0,00	---	---	0,00	---	---	1,51	0,33	6,91	1,05	0,20	5,46
X_6 : Relación con la familia de origen (3)	1,16	0,49	2,76	0,95	0,38	2,34	1,06	0,27	4,12	1,30	0,31	5,41	1,57	0,56	4,43	1,37	0,46	4,05

elaboración propia

* Resultados significativos al nivel de 05

. Resultados significativos al nivel de .05.

Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia de las Naciones Unidas, consideran el embarazo y maternidad adolescente como un problema social que impide la prosecución de los estudios de las jóvenes y

además incrementa la pobreza de generación en generación³⁴. La educación sexual no es de calidad, cuando la información que reciben las niñas y adolescentes sobre la menarquia se refiere en la mayoría de los casos solo a la higiene y cuidado y no se reflexiona sobre los derechos sexuales y reproductivos¹⁷, es decir la educación sexual está básicamente centrada en aspecto biologicistas. Las diversas causas del embarazo no planeado también están asociadas con la deficiente educación sexual en lo relacionado a desaprender imaginarios propios o transmitidos generacionalmente³⁵.

Según el Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo de las Naciones Unidas, establece que la educación es fundamental para capacitar a la mujer para participar en su proceso de desarrollo. Para ello es necesario que posea conocimientos, competencias y confianza en ella misma¹⁴.

Entre los factores de riesgo del embarazo adolescente se encuentran los individuales relacionados con bajo nivel y aspiraciones educativas y pocas habilidades para la toma de decisiones en el ámbito sexual y reproductivo³⁶. También es importante conocer las percepciones y comportamientos de salud de los adolescentes, de esta manera se sabe cómo ha fluido la información hacia ellos y con el apoyo de la cátedra de educación sexual, se refuerza el conocimiento del ciclo menstrual y periodo fértil, así como el uso del preservativo⁵. No obstante, preocupa la población adolescente desescolarizada que no cuentan con la educación sexual escolar.

Los resultados obtenidos reflejan lo siguiente:

1. La educación sexual basada en la biología, la restricción a una vida sexual activa, olvidando el estado cognitivo de la adolescente, implica la creencia de no embarazarse porque no le va a suceder; debido a que el embarazo no ocurrió en las primeras relaciones sexuales sin protección asociando la situación con un estado de esterilidad; por distorsión de la información llegando a pensar que el embarazo ocurre si hay placer, solo si hay penetración o cuando se tenga más edad; clandestinidad en el inicio de relaciones sexuales con rechazo de la mediación de los métodos anticonceptivos; y un factor sociocultural como la aceptación social de ser madre adolescente soltera³⁵.

2. El bajo nivel educativo acompañado con la extra-edad escolar muestra la incapacidad de adoptar prevención efectiva del embarazo, mientras que, si la adolescente tiene un proyecto de vida diferente a la maternidad, se inclina por retrasar la maternidad³⁵. Por ello, las familias y el Estado deben procurar un aumento del nivel educativo con el fin de retrasar el inicio de la actividad sexual³⁷. Otro aspecto importante para potenciar la educación sexual es la permanencia de las adolescentes en el sistema escolar, debido a que las mismas tienen dificultades para permanecer durante su estado de embarazo o acceder nuevamente cuando ya han culminado su estado de gestación. Estos aspectos de no acceso y de no inserción al sistema escolar implican descenso en la construcción del recurso humano y empobrecimiento de la sociedad³⁵.

3. Existen factores del contexto como la vulnerabilidad económica que disminuye la posibilidad de optar por proyectos de vida diferentes a la maternidad, por lo cual las adolescentes con baja escolaridad formal tienen mayor posibilidad de ser madres³⁴. Por otra parte, se destaca la alta tasa de desocupación de las mujeres, la cual es el doble que la de los hombres, cuyas consecuencias son: menos experiencia, menores salarios y procesos discriminatorios en educación formal. Este resultado también destaca que las adolescentes con bajo nivel educativo ya habían desertado de la educación formal antes del embarazo y disponían de tiempo libre lo cual implica habilidad para el desarrollo de actividades que enriquezcan y aporten a su desarrollo humano. Existen estrategias e iniciativas puestas en marcha en Colombia, para el uso del tiempo libre de los adolescentes que consisten en el uso del recurso lúdico pedagógico y promoción de los derechos de los adolescentes a través de espacios cotidianos que permiten a la población el desarrollo de la creativa e innovación³⁸.

4. El riesgo del embarazo adolescente también se relaciona con factores familiares, como la incapacidad de adaptación y resolución de problemas de los integrantes del grupo familiar, al que pertenece la adolescente, situación que afecta su crecimiento personal³⁶.

5. Algunos adolescentes poseen conocimientos inexactos sobre los derechos sexuales y reproductivos, se hace necesario ahondar en los mismos y revisar los procesos formativos por parte de los diversos actores, en particular la escuela y la familia¹³. Es necesaria una educación sexual que destaque el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, así como la incorporación de todos los actores involucrados, como los docentes, padres, funcionarios de salud, medios de comunicación^{10,11}.

6. Entre los factores que inciden en la fecundidad adolescente se tienen los factores próximos y distales. Entre estos últimos se cuentan factores personales (variables socioeconómicas, demográficas y psicológicas); interpersonales (variables de grupos primarios como las características del hogar y familia y la influencia de los pares) y contextuales (variables comunitarias, institucionales y políticas)⁵.

7. Cuando las relaciones entre padres e hijos son buenas y caracterizadas por la confianza entre las partes, es probable que éstos provean de información sobre educación a sus hijos, pues así lo señalan los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en el estudio del Departamento Nacional de Planeación en Colombia; siendo la segunda fuente de información el colegio y la tercera los médicos y profesionales de la salud³⁹; no obstante se requiere la comunicación y la orientación adecuada de los padres²⁰.

8. Sin embargo, la educación sexual impartida por los padres es limitada, se restringe a los aspectos biológicos y de autocuidado¹⁸; pues existen adolescentes que tienen problemas para acceder a los métodos anticonceptivos, incluso solicitan los mismos a sus padres y éstos se los niegan¹⁷.

9. Las adolescentes que manifestaron tener mala y muy mala relación con la familia de origen NO recibieron educación sexual en la familia.

10. El primer factor de riesgo del embarazo adolescente es el inicio temprano de las relaciones sexuales activas asociado a la poca o mala comunicación entre las adolescentes y sus padres, consumo de alcohol y bajo rendimiento escolar⁴⁰.

11. El embarazo adolescente se incrementa por diversos factores personales, familiares y sociales. Entre los familiares, el desequilibrio familiar y falta de comunicación entre hijos y padres³⁹. Frente a una situación de soledad y falta de apoyo de los padres junto al desconocimiento del cuerpo y de métodos anticonceptivos, presión de los pares, carencia de oportunidades, los adolescentes son vulnerables al inicio temprano de relaciones sexuales y como consecuencia al embarazo que, al ser no planificado, genera problemas para la adolescente, familia y sociedad. Incluso, tal riesgo puede llegar hasta la prostitución y pornografía adolescente.

12. Es indispensable la educación sexual proveniente de la familia, basada en la confianza, respeto y cariño, pues la adolescente no se encuentra apta en lo emocional y físico, para asumir la responsabilidad de criar y educar a su hijo, generalmente se ve afectado su plan de vida; situación que se agrava sin el apoyo del padre del hijo y de la familia. Por el contrario, si para la adolescente el embarazo es deseado, no pueden desconocerse las consecuencias negativas como el riesgo de su salud y del hijo, censura social, deserción escolar en algunos casos y angustia en la crianza de su hijo⁴⁰.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El embarazo adolescente no planificado constituye un problema para el mismo adolescente, la familia y la sociedad. Los programas de educación sexual adecuada y de calidad les aportan información para actuar positiva y autónomamente, frente al uso de métodos anticonceptivos y así prevenir embarazo y/o infecciones de transmisión sexual.

Por su parte, los ambientes de las instituciones educativas deben basarse en relaciones proactivas, assertivas esto con el fin de propiciar entre los jóvenes valores como: empatía, generosidad y cooperación, valores que son factores protectores de conductas riesgosas como el inicio de relaciones sexuales tempranas³⁷.

El derecho a la participación política es un elemento importante por educar en los y las adolescentes, constituye así mismo un real ejercicio de derechos que permite influir en la situación de la salud sexual y reproductiva de sus grupos. Simultáneamente permite desarrollar en las jóvenes capacidades de liderazgo y valoración personal, aspectos claves en los procesos de empoderamiento y de adecuada toma de decisiones³⁷.

REFERENCIAS

1. 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>
2. Flórez CE, Soto VE. El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global. Inter-American Development Bank; 2008.
3. González JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. Rev Salud Pública. 2009;11(1):14–26.
4. León GL, Bolaños GB, Granados JC, Rodríguez FM. Percepción de una muestra de educandos y docentes sobre la implementación del programa educación para la afectividad y la sexualidad integral. Rev Electrónica Educ. 2013;17(2):145–165.
5. Flórez CE, Soto VE. Factores protectores y factores de riesgo del embarazo adolescente en Colombia [Internet]. Profamilia; 2013. (Serie de Estudios a profundidad. Encuesta Nacional de Demografía y Salud - ENDS 1990/2010). Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/docs/ESTUDIOS%20A%20PROFUNDIDAD%20AF.pdf>
6. Albornoz-Arias N, Mazuera-Arias R. Planteamiento introductorio. En: Maternidad adolescente en el Norte de Santander [Internet]. 1. ed. Zulia: Univ; 2017. Disponible en: <http://www1.serbi.luz.edu.ve/pdf/9789804022166.pdf>
7. Fontanilla S, Bello AM, Palacio J. Conocimientos, habilidades de aserción sexual y toma de decisiones en función de la intención de los comportamientos sexuales y reproductivos en adolescentes. Psicogene. 2011;14(26).
8. Albornoz-Arias N, Peinado C, Carreño-Paredes MT. 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 [Internet]. Primera edición. Maracaibo, Venezuela: Ediciones del Vicerrectorado Académico, Universidad del Zulia; 2017. Disponible en: <http://www1.serbi.luz.edu.ve/pdf/9789804022166.pdf>
9. CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Panorama actual y perspectivas futuras de la fecundidad. En: Panorama social de América Latina 2011. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2012.
10. Herrera J, Cairo LA. Apropiación de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía. Ventana Rev Estud Género. 2009;4(30):148–180.
11. Ríos García AL. Public policies reach in the sexual and reproductive health area directed to the adolescents in Colombia. Rev Salud Uninorte. 2008;24(2):351–358.
12. Pecheny M, Petracchi M. Derechos humanos y sexualidad en la Argentina. Horiz Antropológicos. 2006;12(26):43–69.
13. Sevilla TM, Orcasita LT. « Talking about sexuality»: a look from the parents at the processes of education with their teenage sons and daughters in lower social strata from Cali. Av En Enferm. 2014;32(2):191–205.
14. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Nueva York: Naciones Unidas; 1995.
15. Ramírez Martínez C, Mazuera-Arias R. Visiones culturales en la maternidad de adolescentes norte santandereanas: aspectos sociales y familiares influyentes. En: Maternidad adolescente en el Norte de Santander [Internet]. Primera edición. Maracaibo, Venezuela: Ediciones del Vicerrectorado Académico, Universidad del Zulia; 2017. (Colección Textos universitarios). Disponible en: <http://www1.serbi.luz.edu.ve/pdf/9789804022166.pdf>

16. Guzmán JM, Hakkert R, Contreras JM, Falconier M. Diagnóstico sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en América Latina y el Caribe [Internet]. 1º. México: UNFPA América Latina y el Caribe |; 2001 [citado 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://lac.unfpa.org/es/publicaciones/diagn%C3%B3stico-sobre-salud-sexual-y-reproductiva-de-adolescentes-en-am%C3%A9rica-latina-y-el>
17. Pacheco Sánchez CI. Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 9 de diciembre de 2015 [citado 10 de abril de 2018];14(29). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/15141>
18. UNFPA. Educación de la sexualidad y salud sexual y reproductiva. Guía para docentes. 2010 [Internet]. [citado 10 de abril de 2018]. Disponible en: http://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Educacion%20SS_R%20Guia%20Docentes.pdf
19. Valencia Jiménez NN, Solera Martínez NF. Necesidades de aprendizaje para la sexualidad de jóvenes entre 10 y 19 años en el Caribe colombiano. Investig Desarro. 2009;17(1):106–131.
20. Climent GI. Entre la represión y los derechos sexuales y reproductivos: socialización de género y enfoques de educación sexual de adolescentes que se embarazaron. Ventana Rev Estud Género. 2009;3(29):236–275.
21. Barrera F, Vargas E. Relaciones familiares y cogniciones románticas en la adolescencia: el papel mediador de la autoeficacia romántica. Rev Estud Soc. 2005;(21):27–35.
22. Galindo Pardo C. Análisis del embarazo y la maternidad durante la adolescencia: diferencias socioeconómicas. Rev Desarro Soc. 2012;(69):133–185.
23. Henao Escobar J, González C, Vargas Trujillo E. Fecundidad adolescente, género y desarrollo. territorios. 2007;16(17):48.
24. Stern C. El «problema» del embarazo en la adolescencia. Contribuciones a un debate. El Colegio de Mexico AC; 2012. 422 p.
25. Instituto Nacional de la Mujer. Plan Nacional para la Protección de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres 2014-2019. (s.f) [Internet]. [citado 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.minmujer.gob.ve/publicos/archivos/publicaciones/1-Plan-Nacional-para-la-Proteccion-de-los-derechos-Sexuales-y-Reproductivos-2015.pdf>
26. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. LEY ORGÁNICA PARA LA PROTECCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES [Internet]. G O. 5859E dic 10, 2007. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2011/7519.pdf?view=1>
27. UNFPA. Estado de la Población Mundial, 2017. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad [Internet]. [citado 10 de abril de 2018]. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2017_ES_SWOP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf
28. INE. Instituto Nacional de Estadísticas. EV - Cuadro de Estadística de Nacimiento. 2012. [Internet]. [citado 10 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/EstadisticasVitales/html/NatGEMadSitConMad.html>
29. Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013;30(3):471–479.
30. Instituto Nacional de Estadística (INE). Venezuela. Censo 2011 Redatam [Internet]. Indicadores demográficos. Población femenina proyectada por edades al 2014. [citado 11 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.redatam.ine.gob.ve/Censo2011/index.html>
31. Atienzo EE, Campero L, Lozada AL, Herrera C. Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. Salud Pública México. 2014;56(3):286–294.
32. UNICEF. Estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años. 2014. Disponible en <http://www.equidadmujer.gov.co/Documents/Estrategia-prevencion-embarazo-adolescencia.pdf>.
33. Issler JR. Embarazo en la adolescencia. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107. 2001;11-23.
34. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. Rev Ped Elec. 2008;5(1):42–51.

35. Shutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas [Internet]. OPS; 2003. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=505-salud-sexual-y-desarrollo-de-adolescentes-y-jovenes-en-las-americas-implicaciones-en-programas-y-politicas&category_slug=documentos-ops-y-oms&Itemid=493
36. ICBF. Lineamiento técnico del programa de promoción y prevención para la protección integral de niños, niñas y adolescentes. Departamento Administrativo para la Prosperidad Social Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (s.f). [Internet]. [citado 11 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/LineamientosPPPINNAMayo9de2012.pdf>
37. DNP. Evaluación de procesos de la implementación de la estrategia para la prevención del embarazo en la adolescencia y la promoción de proyectos de vida para los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en edades entre 6 y 19 años en una muestra de los municipios piloto, así como el levantamiento de una línea base, para en posteriores seguimientos, evaluar los resultados en la población beneficiaria. 2014. [Internet]. [citado 11 de abril de 2018]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/16.%20Informe%20evaluacion%20embarazo%20adolescente.pdf>
38. Sánchez Buitrago, M. Poder de negociación sexual en la adolescencia. Programa Especial de Investigación en Ciencias Sociales de la Organización Mundial de la Salud. Segunda edición. 2005. [Internet]. [citado 11 de abril de 2018]. Disponible en:
39. Singh GK, Yu SM. Trends and differentials in adolescent and young adult mortality in the United States, 1950 through 1993. *Am J Public Health*. 1996;86(4):560–564.
40. Moreno S, León Canelón M, Becerra L. Conducta sexual, conocimiento sobre embarazo y necesidades percibidas con relación a educación sexual, en adolescentes escolarizados. *Espac Abierto*. 2006;15(4).