



Revista Colombiana de Psiquiatría

ISSN: 0034-7450

revista@psiquiatria.org.co

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Colombia

Restrepo Martínez, Miguel; Trujillo Numa, Laura; Restrepo Bernal, Diana; Torres de Galvis, Yolanda; Sierra, Gloria

Abuso sexual y situaciones de negligencia como factores de riesgo de embarazo adolescente

Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 46, núm. 2, abril-junio, 2017, pp. 74-81

Asociación Colombiana de Psiquiatría
Bogotá, D.C., Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80650840004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

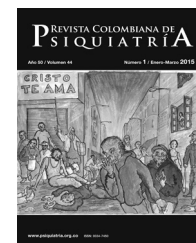
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Abuso sexual y situaciones de negligencia como factores de riesgo de embarazo adolescente[☆]



Miguel Restrepo Martínez^a, Laura Trujillo Numa^{a,*}, Diana Restrepo Bernal^a, Yolanda Torres de Galvis^b y Gloria Sierra^b

^a Universidad CES, Medellín, Colombia

^b Centro de Excelencia en Investigación en Salud Mental (CESISM), Universidad CES, Medellín, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de marzo de 2016

Aceptado el 3 de mayo de 2016

On-line el 11 de junio de 2016

Palabras clave:

Embarazo

Adolescente

Trastorno mental

Factor de riesgo

R E S U M E N

Introducción: En Colombia, 1 de cada 5 mujeres de 15–19 años ha estado embarazada. El 64% de estos embarazos no fueron planeados.

Objetivo: Explorar los factores sociodemográficos, psicosociales y clínicos asociados con el embarazo adolescente.

Métodos: Estudio de prevalencia analítica, de fuente secundaria (Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín). La muestra fue evaluada usando el *Compositum International Diagnosis Interview*, instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud para realizar diagnósticos con base en criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 499 adolescentes. Se identificaron 135 embarazos adolescentes, lo que lleva a una prevalencia de embarazo adolescente del 21,5%. El 84,4% de las adolescentes embarazadas tenían entre 16 y 19 años, y la edad mediana era 17 [intervalo intercuartílico, 2] años. El 61,2% de ellas iniciaron la vida sexual a los 15 años. Del total de adolescentes, el 31,9% afirmaba haber sufrido maltrato físico y el 6,7%, haber sido violadas en la niñez. Del subgrupo de embarazadas, el 66,7% reportó haber sufrido violación. En el modelo bivariable, las variables que mostraron asociación con el embarazo adolescente fueron ser víctima de violación (odds ratio [OR] = 7,68), negligencia en la niñez (OR = 4,33) y tener pareja (OR = 6,31).

Conclusiones: La negligencia y el abuso sexual en la infancia pueden evitarse buscando impactar positivamente el embarazo adolescente.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] La redacción de las conclusiones en el resumen no tiene un sentido claro (v.g., no se puede evitar nada en la infancia actuando en la adolescencia). Por otra parte, la versión en inglés no es equivalente (falta el título).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lauritr@hotmail.com (L. Trujillo Numa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.05.004>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Sexual Abuse and Neglect Situations as Risk Factors for Adolescent Pregnancy

A B S T R A C T

Keywords:
Pregnancy
Adolescents
Mental disorder
Risk factor

Background: In Colombia, one out of five women between the ages of 15 and 19 years have been pregnant. Almost two-thirds (64%) of these pregnancies were unplanned.

Objectives: To examine the socio-demographic, psychosocial and clinical risk factors associated with adolescent pregnancy.

Methods: An analytical prevalence study was performed using secondary data from the First Demographic Study of Mental Health in Medellín, Colombia. Female adolescents between 13 and 19 years of age were included in the study. The population was evaluated using the Composite International Diagnosis Interview, a structured interview developed by the World Health Organization, which establishes diagnoses according to the DSM-IV and ICD-10 criteria.

Results: A sample of 499 female adolescents was obtained, in which 135 adolescent pregnancies were identified, representing a prevalence of 21.5%. The large majority (84.4%) were between 16 and 19 years old. The median age was 17 years, with an interquartile range of 2 years. Almost two-thirds (61.2%) of female adolescents had initiated sexual activity at the age of 15 or later. Almost one-third (31.9%) reported being physically abused during childhood, and 6.7% sexually abused. Of those who were pregnant, 66.7% reported previous sexual abuse. A bivariate analysis showed that sexual abuse (OR=7.68), childhood negligence (OR=4.33), and having a partner (OR=6.31) were factors associated with an adolescent pregnancy.

Conclusions: Negligence and sexual abuse in childhood and adolescence can be prevented, and adolescent pregnancies can be decreased. This finding has important implications for clinical management and prognosis, and requires public preventive policies.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La adolescencia se define como el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ en 2008 se produjeron en el mundo 16 millones de nacimientos de madres de 15-19 años, lo cual supone el 11% de todos los nacimientos. El 95% de estos nacimientos fueron en países con ingresos bajos y medios.

En Colombia, 1 de cada 5 mujeres de 15-19 años ha estado embarazada y el 64% de estos embarazos no fueron planeados. La prevalencia de embarazo adolescente del 19,5%^{2,3} se encuentra distante de la meta del 15% de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que suscribió Colombia el año 2000, en lo que se ha conocido como la Declaración del Milenio⁴. Los factores que se ha asociado con el embarazo adolescente en Colombia son bajo nivel educativo, violencia intrafamiliar, poco acceso a información sobre salud sexual y métodos anticonceptivos, bajo nivel socioeconómico, pobre comunicación con figuras parentales, nivel de urbanización, oferta de servicios de salud sexual reproductiva, edad de inicio de las relaciones sexuales y factores culturales regionales^{5,6}.

Entre las numerosas consecuencias del embarazo adolescente, se encuentra mayor prevalencia de aborto inseguro, discapacidad, mortalidad materna, neonatal y durante la lactancia, neonatos de bajo peso, mayor consumo de tóxicos durante la gestación, bajo nivel de escolaridad y mayores tasas de fertilidad⁷.

Además de las consecuencias negativas en el plano biológico, el embarazo en la adolescencia trae consigo graves riesgos que ponen en desequilibrio el bienestar integral y las expectativas de vida: genera desertión y/o discriminación en los contextos educativos y sociales; vinculación temprana al mercado laboral; mayores probabilidades de ingresar a cadenas productivas de subempleo u otras formas inestables de relación laboral; tensiones familiares y emocionales, y reconfiguración o desviación en los proyectos de vida⁷.

El objetivo de este estudio es determinar los factores socio-demográficos, clínicos, familiares y de patrones de crianza asociados con el embarazo adolescente en Medellín (Colombia).

Métodos

Estudio transversal analítico a partir de fuente de información secundaria. Constituyeron la población del estudio las mujeres adolescentes no institucionalizadas residentes en la ciudad de Medellín que, según las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) del año 2011 eran 125.159 personas de 13-19 años². El tamaño muestral del estudio se calculó con la fórmula para la estimación de una proporción poblacional con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y una prevalencia estimada del 6,9% (prevalencia esperada de depresión, según resultados del Estudio Nacional de Salud Mental 2003) y un

efecto de diseño de 1,0⁸. El diseño seleccionado es probabilístico multietápico, cuyo objetivo era la población adolescente de 13-19 años seleccionada a partir del marco muestral que comprende la totalidad de viviendas ubicadas en los diferentes estratos socioeconómicos en las 16 comunas (área urbana) y cinco corregimientos (área rural) de la ciudad de Medellín. De 499 mujeres adolescentes, se seleccionó a 135 que manifestaron haber tenido relaciones sexuales previamente.

La variable dependiente del estudio es el embarazo adolescente, que se construyó a partir de la información que arrojaron las preguntas: ¿Cuántos hijos biológicos vivos tiene?, ¿alguna vez perdió un bebé por aborto espontáneo o porque haya nacido muerto? y ¿alguna vez le han practicado un aborto? Se incluyeron las siguientes variables independientes: sociodemográficas (edad, nivel educativo, estado civil, lugar de residencia, actividad laboral), situaciones de negligencia, maltrato físico y abuso sexual, antecedentes de problemas mentales en los padres (depresión, ansiedad, comportamiento suicida, consumo de alcohol, situaciones relacionadas con la crianza), actividad sexual (edad de inicio de la vida sexual, uso de preservativo, número de parejas en el último año), uso de los servicios de salud mental, trastornos mentales en el adolescente (depresión mayor, trastorno afectivo bipolar tipos I y II, trastorno por estrés postraumático, ideación suicida e intentos suicidas), trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia (trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta y trastorno por déficit de atención e hiperactividad).

La fuente de información secundaria fue la base de datos del estudio primario «Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012», desarrollado por la Universidad CES, la Universidad de Harvard y la Secretaría de Salud de Medellín. El instrumento empleado fue el *Compositum International Diagnosis Interview* (CIDI 3.0), desarrollado por la OMS y la *Alcohol Drug Abuse and Mental Health Administration* (ADAMHA). Se utilizó la versión CAPI, adaptada en Medellín, para asegurar su sensibilidad cultural y lingüística^{9,10}. Aplicaron el instrumento entrevistadores no clínicos debidamente entrenados y estandarizados.

El instrumento está compuesto por dos partes: la primera identifica a los sujetos con riesgo de sufrir algún tipo de trastorno mental y el segundo estima la prevalencia y la gravedad de 21 trastornos mentales según criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

La descripción de las variables cualitativas se hizo con frecuencias absolutas y relativas, mientras que para la edad se empleó la mediana [intervalo intercuartílico] debido a que la variable no tenía distribución normal. Para la comparación de la variable dependiente con otras variables cualitativas, se utilizó la prueba de la χ^2 de independencia y la U de Mann-Whitney para la edad. Se exploró asociación mediante la *odds ratio* (OR), considerando asociación estadística si $p < 0,05$ y el intervalo de confianza del 95% (IC95%). Las variables que mostraron significación estadística en el análisis bivariable se incluyeron en el modelo de regresión logística binaria para obtener OR ajustadas (ORa).

Las variables politómicas (situaciones de negligencia, maltrato físico, uso de preservativo, estado civil y nivel de escolaridad) se recategorizaron para los modelos bivariable y

multivariable agrupándolas en dos categorías (sí y no). Para las dos primeras, se agruparon las categorías «muchas veces», «algunas veces» y «casi nunca» en la categoría «sí» y «nunca», en la categoría «no». El uso de preservativo se agrupó en la categoría «sí» para los que siempre lo utilizan en el momento de tener relaciones sexuales y «no» para las demás opciones de respuesta. Para el estado civil se creó la variable «tener pareja» con las categorías «sí» (todas las categorías excepto soltero) y «no» (solteros). Para la variable nivel de escolaridad se creó la variable «estudios secundarios»: en la categoría «no» se agruparon «sin escolaridad» y «primaria» y en «sí», las demás categorías de respuesta. Esta recodificación se hizo por consenso entre los psiquiatras investigadores. Para el análisis de la información se utilizó el software SPSS® versión 21.0 (SPSS Inc.; Chicago, Illinois, Estados Unidos), licencia amparada por la Universidad CES.

Para minimizar los sesgos, una persona altamente entrenada manejó la base de datos. El sesgo de selección se controló con el muestreo probabilístico y el de información, con encuestadores no clínicos entrenados y con el asentimiento de los adolescentes. Además, se utilizó un instrumento con validación mundial y local. Finalmente se controlaron posibles variables de confusión a través del modelo de regresión logística binaria. El estudio primario fue aprobado por el Comité de Investigación y de Ética de la Universidad CES. Se solicitó el consentimiento de uno de los padres.

Resultados

Se obtuvo información completa de 135 mujeres adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y los 19 años. El 84,4% tenía 16-19 años y el 15,6%, 13-15 años. La mediana de edad era 17 [2] años. El 75,6% vivía en zonas urbanas, el 78,5% tenía secundaria completa, el 90,4% de las adolescentes eran solteras, el 6,7% había trabajado alguna vez y el 29,6% no contaba con seguridad social (tabla 1).

Embarazo adolescente

El 21,5% de las adolescentes reportaron haber tenido un embarazo y el 56,3% de ellas tenían edades entre 16 y 17 años.

Variables relacionadas con la crianza

Para el 88,1% de las adolescentes, la figura materna más importante durante la mayor parte de su niñez fue la madre biológica, seguida de otra pariente mujer (8,9%). En cuanto a la figura paterna más importante, el padre biológico lo fue en el 51,9% de los casos y en el 24,9% se encontró ausencia de la figura masculina en la niñez.

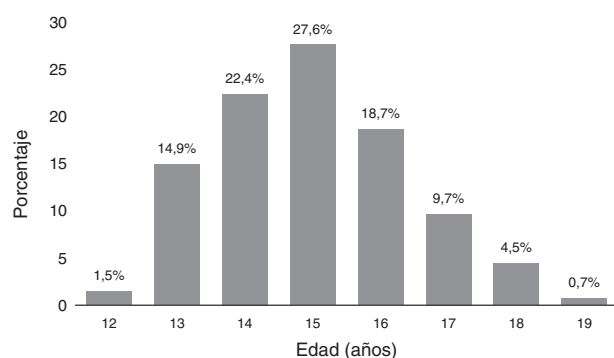
Percepción de la propia salud mental y búsqueda de ayuda para problemas mentales

Cuando se trata de problemas de salud mental, el profesional más consultado por la población adolescente es el psicólogo (75%), seguido por el psiquiatra y el médico general (5,8%). Ninguna de las adolescentes encuestadas buscó ayuda con otros médicos especialistas, orientadores o curanderos. En cuanto a

Tabla 1 – Características sociodemográficas de los adolescentes con embarazo adolescente de la ciudad de Medellín, 2011-2012

Variable	
Edad (años)	17 [2]
Franjas de edad	
13-15 años	15,6
16-19 años	84,4
Nivel de escolaridad	
Ninguno	0,7
Primaria	3,0
Secundaria	78,5
Técnico-tecnológico	14,1
Universitario	3,7
Ubicación de la vivienda	
Comunas (urbano)	75,6
Corregimientos (rural)	24,4
Estado civil	
Soltero	90,4
Unión libre	8,9
Separado	0,7
Tiene hijos	
Sí	21,5
Ha trabajado alguna vez	
Sí	6,7
Seguridad social	
Sí	70,4

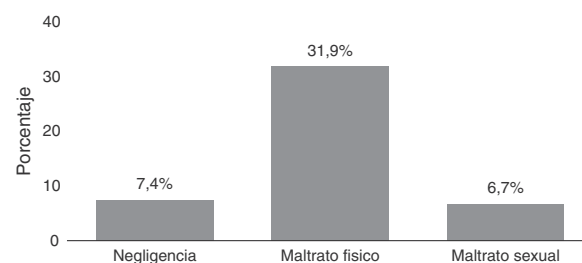
Los valores expresan porcentaje o mediana [intervalo intercuartílico].

**Figura 1 – Distribución porcentual de las edades de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes.**

la percepción de la propia salud mental, el 25,9% de ellas la perciben «excelente»; el 34,8%, «muy buena»; el 31,9%, «buena», y el 7,4%, «regular».

Aspectos relacionados con la sexualidad

La mediana de la edad de inicio en las relaciones sexuales fue 15 [2] años (figura 1). En cuanto al número de parejas sexuales en el último año, el 72,0% tuvo una pareja; el 10,6%, dos, y el 3,8%, tres. En cuanto al uso de preservativo, el 46,2% reportó usarlo «siempre»; el 20,5%, «algunas veces», y el 33,3%, «nunca».

**Figura 2 – Distribución porcentual de los antecedentes de maltrato físico y sexual y de negligencia en la niñez.**

Situaciones de negligencia en la niñez

El 5,2% de las adolescentes reportaron que sus padres «muchas veces» no les brindaron el tratamiento médico cuando era necesario; al 1,5% esto le ocurrió «casi nunca», y al 0,7%, «algunas veces»; al resto esto «nunca» le ocurrió. Al 3,0% de las adolescentes, sus padres «muchas veces» les asignaron tareas demasiado difíciles o peligrosas; al 4,4% le ocurrió esto «algunas veces»; al 8,9%, «casi nunca», y al resto, «nunca». En cuanto a no proporcionarles las cosas que necesitaban —como ropa, zapatos y útiles escolares, entre otros—, al 2,2% le ocurrió «muchas veces»; al 5,2%, «casi nunca», y al 92,6%, «nunca». En cuanto a pasar hambre o no prepararles los alimentos habituales, al 1,5% le ocurrió «muchas veces»; al 1,5%, «algunas veces»; al 0,7%, «casi nunca», y a las demás, «nunca». El 2,2% de las adolescentes reportaron que sus padres «muchas veces» las dejaban solas cuando eran demasiado pequeñas, sin que alguien las supervisara.

Situaciones de maltrato físico y sexual

El 31,9% de las adolescentes afirmaron que fueron maltratadas físicamente en la niñez y el 6,7%, haber sufrido violación (figura 2). En el subgrupo de embarazadas se encontró que el 66,7% tenía el antecedente de violación.

Enfermedad mental en los padres

Se evaluaron algunos antecedentes de enfermedad psiquiátrica de los padres de las adolescentes. Según las adolescentes, el 25,2% de las madres y el 4,4% de los padres eran depresivos. El 16,3% de las madres y el 5,2% de los padres eran ansiosos. El 3,7 y el 7,4% consumían alcohol y drogas, y el 3% de madres y padres alguna vez habían hecho intento de suicidio.

Trastornos mentales de inicio en la infancia y la adolescencia

El 11,9% de las adolescentes cumplían criterios de trastorno negativista desafiante; el 6,7%, de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, y el 3,7%, de trastorno de la conducta.

Otros trastornos mentales

En cuanto a los trastornos del afecto, el 19,3% de las adolescentes cumplían criterios de depresión mayor; el 7,4%, de

Tabla 2 – Modelo bivariable. Asociación entre el embarazo adolescente y las variables sociodemográficas, sociofamiliares y clínicas incluidas en el estudio

Variable	OR (IC95%)	p
<i>Variables sociodemográficas</i>		
Edad 13-15 frente a 16-19 años	0,56 (0,15-2,0)	0,56
Educación inferior a secundaria	6,0 (0,95-37,7)	0,06
Lugar de residencia rural	1,31 (0,48-3,55)	0,59
Tener pareja	7,68 (2,29-25,86)	0,001*
Haber trabajado alguna vez	3,23 (0,80-12,92)	0,09
Tener seguridad social	0,50 (0,21-1,19)	0,11
<i>Variables relacionadas con la crianza, situaciones de negligencia y maltrato físico</i>		
Figura paterna predominante en la niñez (padre biológico)	0,48 (0,21-1,13)	0,09
Figura predominante en la niñez (madre biológica)	0,39 (0,13-1,21)	0,11
Negligencia	4,21 (1,13-15,71)	0,02*
Maltrato físico	1,70 (0,73-3,99)	0,21
Violación	8,95 (2,08-38,48)	0,003*
<i>Antecedentes de enfermedad mental de los padres</i>		
Madre depresiva	1,45 (0,59-3,60)	0,41
Madre ansiosa	1,09 (0,36-3,25)	1
Consumo materno de alcohol y drogas	6,00 (0,95-37,78)	0,06
Intento de suicidio materno	1,22 (0,12-12,24)	1,00
Padre depresivo	1,29 (1,17-1,41)	0,34
Padre ansioso	0,59 (0,69-5,15)	1
Consumo paterno de alcohol y drogas	0,94 (0,27-3,19)	1,00
Intento de suicidio paterno	1,22 (0,12-12,24)	1,00
<i>Comportamiento sexual</i>		
Uso de preservativo	0,38 (0,16-0,94)	0,03*
Inicio de relaciones sexuales antes de 15 años	1,48 (0,64-3,45)	0,35
<i>Enfermedad mental del adolescente</i>		
Trastorno negativista desafiante	1,25 (0,37-4,22)	0,74
Trastorno de conducta	2,54 (0,40-15,99)	0,29
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	3,23 (0,80-12,92)	0,09
Depresión mayor	2,35 (0,91-6,04)	0,07
Ideación suicida	1,31 (0,56-3,04)	0,52
Intento de suicidio	2,41 (0,96-6,00)	0,05
Trastorno afectivo bipolar I-II	0,91 (0,98-8,47)	1
Trastorno por estrés postraumático	1,63 (0,39-6,75)	0,44
Trastorno de ansiedad generalizada	1,27 (1,16- 1,39)	1,00
Abuso de alcohol	0,50 (0,06-4,28)	1
Dependencia del alcohol	1,22 (0,12-12,24)	1
Abuso de drogas	0,90 (0,18-4,52)	1
Dependencia de drogas	1,22 (0,12-12,24)	1

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

* p < 0,05.

trastorno por estrés postraumático; el 3,7%, de trastorno afectivo bipolar tipos I y II, y el 0,7%, de trastorno de ansiedad generalizada. En cuanto al comportamiento suicida, el 36,3% había tenido ideación y el 21,5%, había hecho por lo menos un intento.

De los trastornos por uso de sustancias, el 5,9% cumplían criterios de abuso y el 3,0%, de dependencia del alcohol. En cuanto a las drogas, el 7,4% presentó abuso y el 3,0%, dependencia.

Análisis bivariable

Se comparó la variable dependiente (embarazo adolescente) con todas las variables incluidas en el estudio. Se encontraron como factores de riesgo de embarazo: antecedente de violación (OR = 8,95; IC95%, 2,1-38,4; p < 0,003), situaciones de

negligencia en la niñez (OR = 4,21; IC95%, 1,1-15,7; p < 0,022), y tener pareja (OR = 7,68; IC95%, 2,29-25,86; p = 0,001). Como factor protector se encontró el uso de preservativo (OR = 0,38; IC95%, 0,16-0,94; p = 0,03) (tabla 2).

Otros hallazgos

Se analizó el subgrupo de adolescentes que tenían el antecedente de violación. El 66,7% de los casos ocurrieron a edad ≤ 12 años. El 43,3% reportó haber sido violada «más de una vez» sin relación con el embarazo adolescente (OR = 1,00; IC95%, 0,53-18,91; p = 1). La prevalencia de depresión mayor en este subgrupo fue del 19,2%, y se encontró asociación significativa con el antecedente de violación (OR = 6,25; IC95%, 1,54-25,23; p = 0,013). Hubo intentos de suicidio en el 20,7% de

Tabla 3 – Factores asociados con el embarazo adolescente: modelo bivariable frente a modelo de regresión logística binaria

Variable	Bivariable, OR (IC95%)	Multivariable, ORa (IC95%)
Antecedente de violación	8,96 (2,08-38,48)	7,68 (1,59-37,01)
Tener pareja	7,68 (2,29-25,86)	6,31 (1,71-23,26)
Negligencia	4,21 (1,13-15,71)	4,33 (1,02-18,36)
Uso de preservativo	0,38 (0,16-0,94)	1,65 (0,63-4,34)
IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio; ORa: odds ratio ajustada.		

este subgrupo y se asoció significativamente con el embarazo adolescente (OR = 8,95; IC95%, 2,085-38,48; $p = 0,003$).

Análisis multivariable

Las variables que mostraron asociación estadística en el modelo bivariable (antecedente de violación, tener pareja, antecedente de situaciones de negligencia en la niñez y uso de preservativo) se incluyeron en un modelo de regresión logística binaria que permitió controlar las variables de confusión y calcular las ORa (tabla 3).

Discusión

Este estudio exploró la asociación del embarazo adolescente con múltiples variables demográficas, familiares, sociales y clínicas. El principal hallazgo fue la asociación significativa con el antecedente de situaciones de negligencia y violación.

El maltrato infantil se ha asociado con desenlaces negativos tanto físicos como mentales^{11,12}. La asociación entre violencia y la vida reproductiva de las mujeres ha cobrado gran interés en los últimos 25 años¹³. Esta asociación puede estudiarse desde la perspectiva de mujeres adultas (violencia durante el embarazo, resultados perinatales, uso de preservativo, transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana y aborto, entre otros aspectos), pero también desde la perspectiva de las niñas y adolescentes que son víctimas de los diferentes tipos de violencia o maltrato infantil¹⁴⁻¹⁶.

Goicolea et al¹⁷ encontraron que el principal factor de riesgo de embarazo adolescente es el antecedente de abuso sexual (OR = 3,06; IC95%, 1,08-8,68). De la misma forma, Noll et al¹⁸, en un metanálisis de 21 estudios, encontraron que el abuso sexual aumentaba significativamente la probabilidad de tener un embarazo adolescente (OR = 2,21; IC95%, 1,94-2,51). Hillis et al¹⁹ analizaron diferentes experiencias adversas durante la niñez, incluido el abuso sexual, y concluyeron que tenía fuerte asociación con el embarazo (razón de riesgos = 1,6; IC95%, 1,4-1,7).

En un estudio clásico, Boyer et al²⁰ describieron que, de una muestra de 535 adolescentes embarazadas, dos tercios habían sufrido abuso sexual en la infancia. Estas adolescentes a su vez presentaron un inicio de vida sexual más temprano, mayor consumo de sustancias, menor uso de métodos anticonceptivos y mayor riesgo de prostitución que las que no tenían este

antecedente. Madigan et al²¹, en un metanálisis reciente que incluyó 38 estudios y 75.390 participantes, encontraron que el abuso físico (OR = 2,06; IC95%, 1,75-2,38) y sexual (OR = 1,48; IC95%, 1,24-1,76) se asociaba con mayor riesgo de embarazo adolescente.

En Colombia, según información del Observatorio de Asuntos de Género (OAG) de 2010, el 19,5% de las adolescentes habían estado alguna vez embarazadas (el 26,7% en zona rural y el 17,3% en zona urbana). Nuestro estudio encontró una prevalencia del 21,5%, una cifra mayor que la nacional. Esta prevalencia aleja a Colombia de la meta de reducción de embarazos a un 15% planteada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio²⁴.

Woodward et al²² encontraron que las mujeres de 14-15 años tenían menores tasas de riesgo acumulado de embarazo adolescente (0,19-1,88) comparadas con las mujeres de 16-19 años (3,95-21,99), lo cual coincide con nuestros hallazgos. Se ha descrito²³ la edad de inicio de la actividad sexual como otro factor relacionado con el embarazo adolescente. Nuestro estudio no encontró asociación con el inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años.

En cuanto al estado civil, Sharma et al²⁴ encontraron que las mujeres jóvenes unidas a una pareja tenían 3 veces más riesgo de convertirse en madres adolescentes que las mujeres que se casaban luego de los 20 años (OR = 2,92; IC95%, 1,27-6,79). Alemayehu et al²⁵ reportaron que el retraso en la edad de matrimonio era un factor protector contra el embarazo adolescente. Se han publicado resultados similares de otros estudios^{26,27} y concuerdan con lo aquí reportado.

El uso de métodos de planificación familiar se ha identificado como un determinante próximo de la fecundidad adolescente. Kotchick et al²⁸ reportaron que un 10-20% de los individuos sexualmente activos usan preservativo²⁸. En Colombia, el conocimiento de los métodos de planificación familiar es casi universal y al canza al 99,8%²⁹. En ese estudio 7 de cada 10 adolescentes reportaron usar preservativo, pero en nuestro estudio esta variable no se comportó como un factor protector.

En cuanto a las conexiones entre abuso sexual y embarazo adolescente, Blinn-Pike et al. propusieron que el embarazo adolescente es el resultado directo de: a) maltrato sexual; b) patrón familiar disfuncional; c) la socialización sexual y de género que enseña a las mujeres que su valor está determinado por lo sexual; d) baja autoestima, sentimientos de ineffectividad y pobre salud mental; e) la solución de una adolescente para escapar de las situaciones abusivas del hogar, y f) una interrupción en el desarrollo emocional y cognitivo causado por el trauma sexual. El presente estudio, además, realizó un análisis exploratorio del subgrupo de adolescentes con antecedente de violación, y encontró fuerte asociación entre antecedente de violación y la depresión mayor (OR = 6,25). Esta asociación se ha reportado en numerosos estudios transversales y longitudinales, los cuales han asociado el antecedente de abuso sexual en la niñez con trastornos de ansiedad y depresión en la adultez³⁰. Además se encontró fuerte asociación entre el antecedente de violación y los intentos de suicidio (OR = 8,95). Estas cifras coinciden con numerosos estudios que describen hallazgos similares en todo el mundo han señalado que las madres adolescentes tienen mayores tasas de depresión prenatal y posparto

(16-44%) que las madres adultas o pares no embarazadas (5-20%). Además se han encontrado en ellas altas tasas de abuso de sustancias psicoactivas (11-52%)^{31,32}. Un estudio en Brasil encontró una prevalencia de uso de cocaína y marihuana del 6% de las adolescentes embarazadas, que era incluso más alta que la prevalencia encontrada en mujeres adolescentes no embarazadas³³. Este estudio no encontró asociación entre el embarazo adolescente y los trastornos mentales de la adolescente o sus padres.

Finalmente, los hallazgos deben ser interpretados a la luz de las siguientes limitaciones: primero, los resultados se basan en reporte del encuestado, lo que puede estar afectado por sesgos de memoria. Segundo, si bien la participación en el estudio era voluntaria, no es posible garantizar que las adolescentes hayan respondido verazmente a las preguntas formuladas, como tampoco es posible garantizar la estabilidad de los diagnósticos psiquiátricos, dado el carácter cambiante del ánimo, los pensamientos y los comportamientos de los adolescentes a numerosas variables familiares, sociales e individuales. De modo que no se puede garantizar que el adolescente identificado como control para este estudio no haya podido, en un tiempo corto, convertirse en caso. Tercero, no se consideraron en este estudio todos los factores familiares, sociales e individuales asociados con embarazo adolescente. Cuarto, como no se tenía la edad a la cual ocurrió el embarazo y se trataba de un estudio transversal, no es posible garantizar que los factores considerados hayan ocurrido antes que el embarazo adolescente, de modo que no es posible hablar de causalidad. No obstante estas limitaciones, este estudio provee información valiosa relacionada con el embarazo adolescente en la población estudiada.

Conclusiones

El principal hallazgo de esta investigación es la asociación significativa entre el embarazo adolescente y los antecedentes de abuso sexual y experiencias de negligencia en la niñez y la adolescencia.

Entre los numerosos factores asociados con este importante desenlace negativo de la salud reproductiva de las mujeres adolescentes, se han identificado dos factores en los que se debe intervenir desde lo familiar, lo social y lo legal y que amplían la perspectiva de la prevención del embarazo adolescente, que tradicionalmente se ha centrado en la educación sexual de esta.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Centro de Excelencia para la Investigación en Salud Mental, Medellín (Colombia), y a la Secretaría de Salud de Medellín.

BIBLIOGRAFÍA

1. Early marriages, adolescent and young pregnancies. Sixty-Fifth World Health Assembly. World Health Organization. Report by the Secretariat. 2012;16(March).
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Disponible en: www.dane.gov.co.
3. Cortés D, Gallego J, Latorre C, Maldonado D, Ortigón M, Piñeros L. Evaluating policies to reduce teenage childbearing in Bogotá. Colombia: The effects of policies reducing costs of education faced by households. Bogotá; 2010.
4. Daniels JP. Tackling teenage pregnancy in Colombia. *Lancet*. 2015;385:1495-6.
5. Núñez J, Cuesta L. Efectos de algunos factores demográficos sobre el bienestar de las madres y sus hijos en Colombia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud; 2005.
6. Departamento Nacional de Planeación-DNP (2012). Lineamientos para.
7. Pregnant adolescents: Delivering on global promises of hope. Geneva: World Health Organization; 2006.
8. Estudio de Salud Mental Colombia 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, República de Colombia; 2003.
9. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38:381-9.
10. Navarro MF, Morán-Sánchez I, Alonso J, Tormo MJ, Pujalte ML, Garriga A, et al. Cultural adaptation of the Latin American version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) (v3.0) for use in Spain. *Gac Sanit*. 2013;27:325-31.
11. Bentley T, Widom CS. A 30 year follow-up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood. *Obesity*. 2009;17:1900-5.
12. Ferguson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl*. 2008;32:607-19.
13. Blinn-Pike L, Berger T, Dixon D, Kuschl D, Kaplan M. Is there a causal link between maltreatment and adolescent pregnancy? A literature review. *Perspect Sex Reprod Health*. 2002;34:68-75.
14. Noll JG, Trickett PK, Putnam FW. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:575-86.
15. Adams JA, East PL. Past physical abuse is significantly correlated with pregnancy as and adolescent. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 1999;12:133-8.
16. Chandy JM, Blum RW, Resnick MD. Female adolescents with a history of sexual abuse: risk outcome and protective factors. *J Interpers Violence*. 1996;11:503-18.
17. Goicolea I, Marianne W. Öhman A, San Sebastian M. Risk factors for pregnancy among adolescent girls in Ecuador's Amazon basin: a case-control study. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26:221-8.

18. Noll JG, Shenk CE, Putnam KT. Childhood sexual abuse and adolescent pregnancy: a meta-analytic update. *J Pediatr Psychol.* 2009;34:366-78.
19. Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The Association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics.* 2004;113:320-7.
20. Boyer D, Fine D. Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment. *Fam Plann Perspect.* 1992;24:4.
21. Madigan S, Wade M, Tarabulsky G, Jenkins JM, Shouldice M. Association between abuse history and adolescent pregnancy: a meta-analysis. *Soc Adolesc Health Med.* 2014;55:151-9.
22. Woodward L, Fergusson DM, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with teenage pregnancy: Results of a prospective study from birth to 20 years. *J Marriage Fam.* 2001;63:1170-84.
23. WHO Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011.
24. Pradhan R, Wynter K, Fisher J. Factors associated with pregnancy among adolescents in low-income and lower middle-income countries: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69:918-24.
25. Alemayehu T, Haider J, Habte D. Determinants of adolescent fertility in Ethiopia. *Ethiop J Health Dev.* 2010;24:30-8.
26. Jain S, Kurz K. New insights on preventing child marriage: a global analysis of factors and programs. Washington: International Center for Research on Women; 2007.
27. Lopez LM, Hiller JE, Grimes DA. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database System Rev.* 2010;(1):CD001863.
28. Kotchick BA, Shaffer A, Miller KS, Forehand R. Adolescent sexual risk behavior: A multi-system perspective. *Clin Psychol Rev.* 2001;21:493-519.
29. Ojeda G, Ordoñez M, Ochoa LH. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Bogotá: Profamilia, Ministerio de la Protección Social, República de Colombia; 2011. p. 119-48.
30. Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *Am J Psychiatry.* 1999;156:816-28.
31. Schwartz SL, Brindis CD, Ralph L, Biggs M. Latina adolescent's perceptions of their male partners' influence on childbearing: findings from quantitative study in California. 2011;13:873-86.
32. Providing new opportunities to adolescent girls in socially conservative settings: the Ishraq program in rural Upper Egypt. New York: Population Council; 2007.
33. Baird S, Chirwa E, McIntosh C, Ozler B. The short-term impacts of a schooling conditional cash transfer program on the sexual behavior of young women. *Health Economics.* 2010;19:55-68.