

Conocimiento, práctica y actitud

de la salud sexual y reproductiva de las madres adolescentes en la frontera del departamento Norte de Santander

Teenagers mothers knowledge, attitude and practice of sexual and reproductive health in the border of Norte de Santander Department

Neida Albornoz-Arias, MgS, PhD¹* <https://orcid.org/0000-0001-7851-5985>, Vivian Vanessa Arenas-Villamizar, MgS² <https://orcid.org/0000-0003-0295-4302>, Marlen-Karina Fernández-Delgado, MgS² <https://orcid.org/0000-0002-4964-1779>, María-Carolina Martínez-Santana, MgS² <https://orcid.org/0000-0002-0170-6799>, Karina Mora-Wilches, MgS² <https://orcid.org/0000-0001-5724-4477>.

¹Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Cúcuta, Colombia y Universidad Católica del Táchira, San Cristóbal, Venezuela.

²Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Cúcuta, Colombia

*Autor de correspondencia: Neida Albornoz-Arias. E-mail: n.albornoz@unisimonbolivar.edu.co

Resumen

En el presente estudio se desea establecer la posible relación entre la tipología familiar y el conocimiento, práctica y actitud de la salud sexual y reproductiva de las madres adolescentes en la frontera del departamento Norte de Santander. Para ello, 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 en los 40 municipios de Norte de Santander de Colombia. Se realizó una encuesta a una muestra de 406 personas entre 10 y 19 años. Los hallazgos revelaron que existe relación significativa entre la tipología familiar y las causas y las circunstancias asociadas al embarazo. No obstante se identifica que la dinámica en la relación de pareja es un factor a tener en cuenta en su decisión a formalizarla bajo el vínculo del matrimonio o unión marital de hecho; un grupo significativo de ellas prefieren seguir solteras y continuar en casa de su familia de origen, generándose una nueva condición denominada madre-solterismo, lo cual no solo desencadena cambios en la estructura familiar, sino también modifica la familia de origen de la madre adolescente.

Palabras clave: Salud Sexual y Reproductiva, Tipología Familiar, Conocimiento, Práctica y Actitud.

Abstract

The aim of this research is to explain the possible relationship between family typology and knowledge, adolescent mothers' practice and towards sexual and reproductive health in the North of Santander Department of Colombia, border with Venezuela. The present study has been developed with a quantitative research approach with a non-experimental descriptive design. In this order, a random stratified sample was applied in 40 municipalities of North of Santander, on the other hand a survey to 406 individuals between 10 and 19 years old was also performed. The results revealed that there is a significant relationship between family typology and the causes and circumstances associated with teen pregnancy.

However, it has been identified dynamics in relationships as a factor to consider in decisions to formalize a marital union under marriage. There is meaningful number of them who prefer to remain single, living with their origin family nucleus, generating a new-singles mother condition which not only triggers, but also changes family structure and modifies teen mother's origin family.

Key words: Sexual and Reproductive Health, Family Typology, Knowledge, practice and attitude

Introducción

La fuente principal de la formación de identidad la constituyen las funciones y los valores, en la que los grupos de referencia cumplen una función indispensable¹. Para el ensayo de nuevas conductas los compañeros son el apoyo emocional, el modelo y la audiencia entre sí. Aprenden destrezas sociales de sus coetáneos, controlan su conducta, comparten problemas y sentimientos. Es por esto que actualmente los amigos son más importantes que la familia. Los adolescentes son flexibles a la cultura y a la moda del momento, por lo cual un adolescente de los años sesenta será totalmente distinto al de la época actual, surgiendo la necesidad de comprenderlos dependiendo del contexto.

Actualmente la familia ha tenido un cambio en el concepto, la estructura y las funciones que debe ejercer, sin embargo es considerada el primer ente educador y el más importante, porque tiene una función protagónica en la educación integral de sus hijos, en la que la sexualidad es un tema indispensable, por lo que se genera la necesidad de que los padres adquieran el conocimiento y las habilidades que se requieren para abordar asertivamente esta temática con sus hijos.

La familia juega un papel fundamental en la configuración y abordaje de la sexualidad, tal y como lo plantea un estudio en cuya caracterización inicial, realizada a participantes de un programa, se reportó a los padres de familia como fuente principal de información y formación de los adolescentes²⁻⁴.

También es importante que sea abordado desde los propios varones progenitores y no como un papel asignado a la madre⁵.

La comunicación que debe existir entre padres e hijos acerca, acerca de la sexualidad, es un factor predictor determinante en el comportamiento, conocimiento, actitud, comodidad, percepción de las normas sociales y la autoeficacia en la sexualidad de los adolescentes^{2,6,7}.

El objetivo del presente trabajo es explicar la posible relación entre la tipología familiar con el conocimiento, la práctica y actitud de la salud sexual y reproductiva de las madres adolescentes en la frontera del departamento Norte de Santander. Por lo cual se dio inicio determinando la Tipología Familiar de las madres adolescentes en la frontera. Se explicó el conocimiento, la práctica y actitud de la salud sexual y reproductiva de las participantes y finalmente se analizó la relación entre las variables definidas en la investigación.

Los resultados muestran que, el 13% de los menores de 20 años tienen su primera relación sexual antes de cumplir 15 años, entre los factores que influyen para que ésta ocurra en edades más tempranas es el bajo nivel educativo y la residencia en áreas rurales en comparación con aquellas que tienen educación superior o viven en zonas urbanas¹⁰. Teniendo en cuenta lo anterior, el embarazo durante la adolescencia es un problema social y de salud pública, y una trampa de pobreza, porque hace que asuman un papel de adultos de forma prematura, no contando con el desarrollo físico, psicológico y social necesario para asumir una paternidad responsable⁸.

La búsqueda de identidad es la principal preocupación en la etapa de la adolescencia, en la que se dan profundos cambios físicos que determinan su inicio, de ésta manera pueden parecer y en algunas ocasiones actuar como adultos, sin embargo sus reacciones emocionales evidencian que todavía son inmaduros⁵. El embarazo en la adolescencia se define como la gestación que ocurre durante los dos primeros años del período ginecológico, es decir el tiempo que transcurre desde la menarquia y/o cuando la adolescente depende social y económicamente de la familia parental⁹. Lo que indica una condición especial, porque son mujeres que por su desarrollo anatómico y psicológico aún no han alcanzado la madurez que necesitan para cumplir el papel de madres. Por tanto, una alta tasa de embarazos en esta etapa trae como consecuencia el aumento poblacional y la posibilidad de un incremento en el índice global de fecundidad, que repercute en el desarrollo de sus hijos y que en ocasiones frustra sus aspiraciones profesionales, ocasionando riesgos tanto para la madre como para el recién nacido, por lo que ha sido considerado en la región de las Américas como un problema prevalente¹¹.

El embarazo en la adolescencia se considera como un problema de salud pública en Latinoamérica por su magnitud y las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales que trae consigo. A nivel biológico, cuanto más joven sea la madre y más pobre su país de residencia, el riesgo de morbi-

mortalidad es más elevado, por las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel social, la joven puede ver limitadas sus posibilidades para el futuro porque se puede generar una interrupción de su educación formal, la pérdida de su empleo, le pueden ofrecer baja remuneración por su condición de embarazada o las formas irregulares e inestables de contratación¹¹. Cuando se presenta el embarazo en una adolescente, la familia necesita realizar una restructuración de las funciones de sus miembros, porque aparecen nuevas necesidades en torno a este binomio; hay una movilización inmediata de todos los integrantes para encontrar un nuevo estado de homeostasis familiar, el cual puede ser inicialmente rechazado o causar sorpresa y frustración¹².

En consecuencia es importante promover la estabilidad emocional en las adolescentes al ejercer la maternidad. El embarazo es un período dinámico, en el cual la mujer reedita su propia historia vincular y aumenta el riesgo de una depresión o una reactivación de patologías previas, debido a que se produce una mayor permeabilidad y vulnerabilidad. Además, la seguridad emocional de la embarazada influirá en el concepto que desarrolle de sí misma como futura madre, y en el vínculo que desde el inicio establece con su hijo(a)¹³. Desde la perspectiva de la promoción del apego sano, durante el embarazo se ha comprobado que se produce mayor sensibilidad y puede generarse una modificación en el estilo de apego, por el estado de vulnerabilidad y el tipo de vivencias que éste genera, las cuales influirán significativamente en el desarrollo de la constelación maternal. El primer embarazo constituye el momento idóneo para intervenir, actuando preventivamente en los vínculos que se desarrollarán con el bebé¹³.

De esta manera se hace indispensable que las familias ayuden a las madres adolescentes a que esta experiencia sea positiva y se den los cuidados pertinentes en la salud física y psicológica de la madre y el bebé.

La maternidad o paternidad puede llegar a ser o no percibida de manera negativa, teniendo en cuenta las redes de apoyo con los que cuente el adolescente, al igual que la situación con su pareja y la edad que ellos tengan, en muchas ocasiones la pareja presenta tanto rechazo y abandono al hijo como problemáticas en la relación de pareja que afectan la manera en la que los adolescentes viven su maternidad. Frente a este nuevo papel, la familia se ha involucrado en el cuidado y sostén del bebé por lo que los adolescentes cuentan con esta red de apoyo¹⁴.

La adolescencia

La adolescencia es un período de la vida atravesado por profundos cambios que sumergen al individuo en situaciones de mayor vulnerabilidad en el marco de su contexto cotidiano. Durante dicha etapa se vivencia la potencial construcción de su identidad personal, su autonomía, el establecimiento de un proyecto de vida, y la adquisición de competencias que le permiten insertarse en el mundo adulto¹⁵.

Es importante recordar que es el período de vida comprendido entre los 10 y 19 años de edad, además se reconoce que com-

prende el 30% de la población en América Latina y el Caribe, en el caso de Colombia, abarca el 20,3% de la población¹⁰.

El interés del presente artículo, es analizar los diversos escenarios, situaciones y procesos de orden psicosocial que pueden resultar problemáticos para la población adolescente y su sistema familiar y social. Entre ellos, se encuentra lo referente al reconocimiento, abordaje y manejo individual y colectivo de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad. También existen dificultades al iniciar conversaciones en el tema, posturas relacionadas con el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, los tópicos frente al tema del embarazo y las infecciones de transmisión sexual¹⁶. Como se genera el conocimiento, práctica y actitud de la salud sexual y reproductiva considerando la tipología familiar, entendida desde una perspectiva sistémica y relacional, y como cumple las tareas relacionadas con esta etapa del ciclo de vida.

La evidencia indica que la adolescencia es la etapa donde hay mayor vulnerabilidad y prevalencia a adoptar comportamientos de riesgo para la salud mental, sexual y reproductiva¹⁷. En Colombia, los hombres inician su vida sexual en promedio a los 13,4 años y las mujeres a los 14,8 años; éstas tienen su primer hijo alrededor de los 16,2 años. Otro indicador que muestra la relevancia de la problemática, para el caso del Norte de Santander según cifras de la Secretaría de la Mujer, es que el departamento se encuentra entre las 12 zonas del país con mayor índice de embarazos en jóvenes de entre los 10 y 19 años.

De acuerdo con la administración departamental durante el año 2015, se registró el nacimiento de 1.447 bebés de madres menores de edad, lo que sitúa a la región por encima del promedio nacional, con un 19.3% de incidencia. “A corte del 30 de julio, en el Norte de Santander *68 niñas menores de 14 años dieron a luz un hijo y 1.379 fueron madres en edades entre los 15 y 19 años*”, explicó la Gobernación, que divulgó las cifras durante la instalación de la Segunda Mesa departamental de Prevención de Embarazos en Adolescentes¹⁸.

Esta información coincide con los estudios realizados en la frontera¹⁹ allí se encontró que en el Estado Táchira en el periodo del 2007 al 2012, la edad de la mujer al tener su primer hijo antes de los 19 años representa un 35,8%, es decir más de una de cada tres residentes habituales. Ese porcentaje se encuentra distribuido de la siguiente manera: 18,2% para primíparas con edades de 18 o 19 años, 16% con edades entre 15 y 17 años y 1,5% para primíparas de 14 años o menos, este último grupo de 10 a 14 años se conforma del siguiente modo: 1,1% para primíparas de 14 años y el 0,4% para primíparas de 10 a 13 años.

Frente a la situación actual en los adolescentes colombianos, específicamente con respecto a la salud sexual y reproductiva, se constituye así una situación social que es necesario abordar desde diversas perspectivas de análisis. La evidencia indican que algunos de los factores que influyen en la adopción de comportamientos de alto riesgo se asocian con el tipo de relaciones que se establecen con los padres, espe-

cialmente en lo referido a la comunicación, la supervisión y el acompañamiento.

Salud sexual y reproductiva

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR), es definida como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR)²⁰.

La salud sexual y reproductiva ha sido un tema de gran interés en los últimos años, por su relación con el embarazo, que cuando se presenta en la adolescencia constituye un problema que afecta a la persona (los adolescentes), pasando de un problema que afecta solo al individuo, a convertirse en un problema cultural y de salud pública²¹.

Lo anterior significa que involucra a todo el conjunto de la sociedad, sin embargo las instituciones estatales como el Ministerio de Salud o equivalentes, no han podido dar respuestas efectivas a largo plazo. Es así como la salud sexual y reproductiva de los adolescentes es una concreción de los derechos humanos universales que la sociedad y el Estado deben garantizar.

Este tema también ha sido entendido como uno de los aspectos más importantes de la salud, el cual se denomina salud reproductiva, a pesar que existe una fuerte asociación que en las culturas se ha hecho entre sexo y reproducción, limitando de esa manera la sexualidad al sexo reproductivo dentro del matrimonio, éste ha tenido un gran impacto en el diseño e implementación de políticas y programas en salud sexual y reproductiva en población adolescente. De ahí que en la cotidianidad se hable de relaciones sexuales pre-matrimoniales, planificación familiar, educación sexual para la familia²¹.

La salud sexual y reproductiva debe ir más allá de la concepción de bienestar integral en relación a las dimensiones biológicas y fisiológicas de la sexualidad humana, es decir abarcar el buen estado del funcionamiento del aparato sexual y reproductor, la prevención de infecciones y enfermedades de transmisión sexual y de las complicaciones o muerte por razones de embarazo, parto o post parto. Este término es definido como el bienestar en relación al desarrollo de la sexualidad y su vivencia a lo largo de vida; la salud sexual y reproductiva es un elemento clave para el desarrollo de las sociedades, teniendo en cuenta que son derechos humanos y principalmente el derecho de cada persona, que suponen responsabilidades por parte de cada uno y de la sociedad, por lo cual ésta debe generar las condiciones para que cada persona ejerza tales derechos²¹.

Familia

Resulta fundamental, entonces, delimitar claramente cuáles son los factores, actores y escenarios que toman parte en la configuración de los conocimientos, las creencias, los valores y los sentidos que orientan las prácticas de los jóvenes en torno a su sexualidad. Es así como el grupo familiar es considerado un espacio de vital importancia en la crianza y educación de sus miembros, por lo que dentro de esta ámbi-

to es necesario que se den fundamentos e información sustancial en torno a diferentes temáticas correspondientes al desarrollo personal, siendo el tema de *sexualidad* uno de los más importantes. Sin embargo, aunque los jóvenes reconocen su importancia, existen muchos vacíos frente a la *información y formación* que reciben de ella. Por otro lado, durante el proceso, los jóvenes también mencionan que dirigirse al espacio familiar en busca de información es poco viable, ya que existen algunos temores de hablar del tema con los padres, debido a las actitudes que puedan ocasionarse frente a sus propias ideas y vivencias en la sexualidad².

La evidencia indica que la educación sexual en el hogar puede tener efectos positivos en la expresión y vivencia de la sexualidad en los adolescentes. Se deben realizar esfuerzos para ayudar a los adultos a comprender a los adolescentes, su proceso de desarrollo y la importancia de la familia para su salud en general. Algunos estudios también sugieren que las características familiares, tales como una relación significativa, apoyo y supervisión de los padres, están estrechamente asociadas con una mejor comunicación entre padres y adolescentes, aspecto evidenciado en las necesidades tanto de jóvenes como padres durante el proceso de intervención^{22,23}. Esto corrobora el hecho que la relación significativa y la educación padres-adolescentes son factores protectores de la salud sexual del adolescente y requieren seguir siendo promovidos.

Conocimientos, prácticas y actitudes

En relación con la información sobre sexualidad que poseen los adolescentes, se ha encontrado que existen conocimientos en niveles muy alto y alto, donde 90,5% de adolescentes habían recibido información sobre sexo y embarazo. La mayor fuente de información proviene de parte de los padres (67,5%). Para el 26,7%¹⁰⁷ de los adolescentes, el sexo seguro significa solo usar preservativo. Frente al conocimiento, las mujeres presentan mayor manejo del tema y de la función de los métodos de planificación, dentro del cual se reconoce la píldora, inyección, condón como los de mayor uso, así mismo reconocen dónde buscar y recibir información siendo las entidades de salud e instituciones educativas las más nombradas, y consideran que el principal mecanismo de prevención está directamente relacionado con evitar el sexo con varias parejas y con trabajadoras sexuales³.

En cuanto a las prácticas en sexualidad, el 42% de los adolescentes dicen haber tenido relaciones sexuales, con edad de inicio promedio de 13 años. El pertenecer a un grupo deportivo o cultural se convierte en un factor protector para iniciar tardíamente la vida sexual, las principales motivaciones para la sexualidad se basan principalmente en el amor y la curiosidad de manera independiente y complementaria. El condón se presenta como el mecanismo de protección más utilizado. El uso de sustancias psicoactivas o licor para intensificar las experiencias sexuales fue afirmativo en 12,5%. El 87,7% afirman que en caso de tener una infección de transmisión sexual (ITS) buscarían consejo o tratamiento en el hospital o centro de salud sin acudir a sus padres³.

En otro estudio en el cual se ha buscado identificar los conocimientos y prácticas sexuales en la población de adoles-

centes de los grados 8 a 11 de una institución educativa de la ciudad de Manizales (Caldas, Colombia), se encontró que el promedio de edad fue de 16,31 años, los participantes fueron de género masculino en un 56,5%. Presentaron un promedio de 2,9 (sobre 5) de conocimientos en educación sexual, 1,8 en métodos anticonceptivos, 2,4 en embarazo, 3,5 en enfermedades de transmisión sexual, para un promedio total de 2,7. El 91,8% ha tenido experiencias sexuales, 70,1% con penetración; 46,6% no emplea métodos anticonceptivos; 5% de las mujeres manifestó que había tenido embarazos; 4,2% dijo que no ha tenido enfermedades de transmisión sexual. El bajo puntaje de conocimientos correlaciona significativamente con la incomodidad en el empleo de métodos anticonceptivos ($p=0.018$), el desconocimiento de para qué se emplean ($p=0.019$), no uso de ellos ($p=0.007$). Frente a esto se concluye que debido al bajo conocimiento en temas de sexualidad y la intensa práctica sexual, esta población se convierte en población de alto riesgo para presencia de embarazos no deseados, de abortos inducidos y de enfermedades de transmisión sexual²⁴.

En cuanto a la relación de la sexualidad con la familia, González⁷ estudió la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas (comportamientos) de riesgo en la sexualidad juvenil y la estructura y percepción de funcionalidad familiar, a partir de una encuesta auto diligenciada donde se interrogó por conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales y la estructura y percepción del funcionamiento familiar. En el mismo se muestra que la edad media de los adolescentes es de 13,5 años y la prevalencia de relaciones sexuales de 17%. El 8% de los hogares presentan disfunción severa y 39% son familias nucleares incompletas. Las mujeres tienen menos relaciones sexuales que los hombres. Se presenta más relaciones sexuales cuando los adolescentes perciben de manera disfuncional a su familia. Estos hallazgos permiten concluir que es más importante la percepción de función familiar que la estructura como factor de riesgo en la sexualidad de los jóvenes⁷.

Por otra parte, Barceló y Navarro²⁵ estudiaron la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes escolarizados del sector público de Barranquilla (Colombia) y su sexualidad; y encontraron que un porcentaje significativo (58%) de los encuestados eran mujeres; de las cuales el 1% refirió que tenía algún tipo de relación estable. Igualmente mostraron que los padres constituyen el modelo principal a seguir; los profesores son bajo referente por el poco modelaje; inicio temprano de relaciones sexuales en ambos sexos (en mujeres 14,76 años [± 1.6] y en hombres 13,79 años [$\pm 2,12$]); expectativas poco claras de relaciones sexuales futuras (21% planea tener más de 2 parejas sexuales no al mismo tiempo y 8,6% al mismo tiempo); segmentos de adolescentes que tienen relaciones sexuales en grupo (12.7% de hombres vs. 4% de mujeres [$p<0.05$]) y por dinero (14% de aquellos que tuvieron sexo); bastante conocimiento sobre sexo seguro (67.4% de hombres y 63.2% de mujeres creen en el preservativo como método para el sexo seguro [$p<0,05$]), enfermedades de transmisión sexual, virus de la inmunodeficiencia/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (70.6% en hombres y 69.2% en mujeres [$p>0,05$]) y meca-

nismos de transmisión, pero poca aplicación del condón y otras medidas de prevención e identificación de falencias en la educación sexual de los adolescentes²⁵.

Estos hallazgos indican que existe un déficit en el proceso de educación, que se refleja en los resultados que evidencian la necesidad de fortalecer la educación sexual a lo largo del proceso formativo, desde la primaria hasta la universidad, teniendo en cuenta que un porcentaje importante de adolescentes inicia su actividad sexual tempranamente, lo cual demuestra falta de información sobre la sexualidad, por lo que son vulnerables a diferentes riesgos y factores de riesgo que afectan el desarrollo de una sexualidad saludable. Esto indica que se requieren hacer ajustes en los programas de promoción de la salud sexual y reproductiva, ofrecidos por el ente territorial a través de sus secretarías de Salud y Educación de Barranquilla. De igual manera, se detectan inconsistencias entre el grado de conocimiento con las actitudes y prácticas de los adolescentes, lo cual incide negativamente en el desarrollo de su sexualidad.

Los adolescentes necesitan recibir apoyo e información de sus proveedores de atención médica para facilitar la toma de las opciones más saludables y evitar los riesgos sexuales²⁶. Al respecto Barratt y col.²⁶ evaluaron el efecto de una breve sesión de entrenamiento en conocimiento y actitud en relación con la sexualidad de los adolescentes por parte de proveedores de atención primaria en Texas capacitando a 503 mujeres (63%) participantes con 61% médicos y 30% de las enfermeras, quienes informaron una mejora en la conciencia de los riesgos de la iniciación sexual temprana y deficiencias del uso de los condones. Los participantes expresaron una mejora significativa ante bajos niveles de comodidad que presentaban antes de la formación al discutir cambios en el cuerpo debido a la pubertad, hablar de la iniciación sexual temprana, limitada eficacia de los condones y la promoción de la abstinencia entre los adolescentes y pre-adolescentes, especialmente los que están en el rango de edad de 9 a 12 años.

Los adolescentes de las zonas rurales pueden enfrentar problemas debido a la falta de información adecuada con respecto a sus propios desarrollos físicos y sexuales. La necesidad de abordar este problema mediante la educación sanitaria por los profesionales de la salud necesita ser comprobada.

Con respecto a la actitud, el mejor predictor de actitud frente al embarazo, en su percepción frente al deseo de su pareja de ejercer la paternidad, los cuidados pueden incluir el apoyo de su novio, disminuyendo el riesgo, las madres quienes tienen una actitud ambivalente sus parejas no desean ejercer la paternidad siendo esto considerado un alto riesgo²⁷.

Métodos

Se seleccionó un enfoque de investigación cuantitativo con un diseño no experimental de alcance descriptivo y corte transversal. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado por afijación proporcional en los 40 municipios de Norte de Santander, con los siguientes criterios de inclusión: (a) madres

adolescentes, (b) edad entre 10 y 19 años, (c) que residan en un municipio del departamento Norte de Santander. La muestra fue de 406 personas.

Se usó como técnica de recolección de información una encuesta organizada en 7 aspectos a evaluar dentro de las cuales se encuentra; (1) situación actual, (2) condiciones socioeconómicas y educativas, (3) violencia contra la mujer, (4) elección Individual, (5) sexualidad y fecundidad aspectos socioculturales, (6) cultura familiar y (7) percepción de las masculinidades. Una vez obtenidos los datos de la encuestas, se realizó la selección de las preguntas que evaluaban conocimiento, práctica y actitud, las cuales fueron sometidas al proceso de análisis estadístico por medio del software SPSS, en el cual se aplicó el procedimiento de correlación.

Se respetaron todas las normas de ley existentes en Colombia para la ejecución de proyectos de investigación en el campo de las Ciencias de la Salud. En el instrumento se les solicitó la firma de un asentimiento y consentimiento escrito en el cual se explican los objetivos del estudio, confidencialidad y el destino de la información recolectada.

Resultados

Participaron en la investigación 406 madres adolescentes de los 40 municipios del Norte de Santander. La Tabla I, muestra las variables relacionadas con las características demográficas de esta población que evidencia la distribución por edad de las participantes, esto es, en el 6,7%, edades entre los 10 a 14; el 53,7%, entre 15-17 años y el 39,7% entre 18 y 19 años. En relación al estado civil, se aprecia con mayor frecuencia que el 44,6% son solteras, el 30,3% casadas y el 14,0% viven en unión libre.

Respecto a con quien viven las adolescentes, han decidido continuar en su casa de origen sin su pareja el 51%, vivir en pareja en casa independiente 19,2%, con su pareja en casa de la familia de él 13,5%. Finalmente, en cuanto a la tipología familiar en mayor proporción se encuentra la nuclear completa 32,5 % y la unipersonal 32,5%.

En la Tabla II se aprecian las correlaciones entre tipología familiar y conocimientos en SSR, son estadísticamente significativas con un valor de $p < 0,04$. Lo que indica una correlación entre tipología familiar y las circunstancias asociadas al embarazo. De los 6 tipos de familia la nuclear completa es en la que se evidencian mayores dificultades en cuanto a: falta de recursos económicos 38,5%; falta de educación sexual 34,6%, mal uso del tiempo libre 53,8%.

Además se observa una correlación significativa entre tipología familiar y causas asociadas al embarazo, en donde la familia nuclear completa refiere que como principales causas: la falta de habilidades sociales 25,9%, carencia de un proyecto de vida 25,9% y poca información sobre sexualidad 25,9%.

Finalmente, no se observó correlación entre tipología familiar y consecuencias de la maternidad en la adolescencia y la educación sexual recibida por parte de la familia antes del primer embarazo.

Esta información obtenida, evidencia cómo la adquisición de conocimiento, práctica y actitud en salud sexual y reproductiva implica la participación de diferentes actores, dentro de los que se encuentran los familiares, educativos y sociales cada uno de estos sistemas tienen una fuerte influencia en el momento de que el adolescente acceda a buscar, adquirir información y la lleve a la práctica y posteriormente al mantenimiento.

Los determinantes sociales, el acceso a las oportunidades siguen siendo un factor importante a la hora de explicar y abordar estos aspectos, no obstante fue uno de los elementos en los que las adolescentes hicieron más énfasis para explicar las causas del embarazo a temprana edad.

Para algunas de las participantes, la falta de educación sexual y el mal uso del tiempo libre constituyen y aceleran el inicio de las relaciones sexuales aumentando la probabilidad de terminar en un embarazo, el cual a su vez puede desencadenar los problemas intrafamiliares o abandono del hogar, generando la formación de una nueva familia a temprana edad.

Con respecto a los otros aspectos en los cuales no tiene relación significativa, como es el caso de consecuencias de la maternidad y educación sexual recibida por parte de los padres antes del primer embarazo, se infiere que la deserción escolar en la población se presentó en mayor proporción antes que las adolescentes se enfrentaran a su primer embarazo y las dificultades para conseguir empleo no depende solamente de su condición de madres adolescentes sino de otras situaciones relacionadas con acceso a oportunidades. En cuanto a las fuentes de información en salud sexual y reproductiva se encontró que es ofrecida en algunos casos por su familia, pares o en ocasiones por las instituciones educativas o de salud, siendo un referente importante sus pares, quienes tenían más experiencia en lo sexual y eran tomadas como modelo a seguir.

Así mismo un gran porcentaje refiere que nunca le hablaron sobre el tema y que era en muchas ocasiones prohibido o abordado de manera indirecta y reactiva haciéndoles recomendaciones como el que quería que no me embarazara para que terminara mis estudios y que tuviese cuidado con los hombres que engañan, embarazan y se van.

Tabla 1. Variables demográficas madres adolescentes según edad, estado civil, con quien vive y tipología familiar

Variables	Niveles	Frecuencia	%
Edad	10 a 14	27	6,7%
	15 a 17	218	53,7%
	18 a 19	161	39,7%
Estado Civil	Unión libre	57	14,0%
	Casada	123	30,3%
	Separada de una unión o matrimonio	31	7,6%
	Divorciada	1	,2%
	Viuda de unión o matrimonio	6	1,5%
	Soltera	181	44,6%
	NS / NR	7	1,7%
Con quien vive	Con su pareja en casa de tu familia	38	9,4%
	Con su pareja en casa de la familia de él	55	13,5%
	Sin su pareja en casa de tu familia de origen	207	51,0%
	Con su pareja en casa independiente	78	19,2%
	En casa de amigas(os)	10	2,5%
	Sola en casa o habitación independiente	14	3,4%
	NS / NR	4	1,0%
Tipología familiar	Unipersonal	18	21,7%
	Nuclear completa	27	32,5%
	Nuclear incompleta	9	10,8%
	Pareja sin hijos	4	4,8%
	Extensa completa	9	10,8%
	Extensa incompleta	10	12,0%
	Extensa pareja sin hijos	1	1,2%
	Extensa jefe y otros parientes	2	2,4%
	Compuesta: jefe, otros parientes y no parientes	1	1,2%

Tabla II Correlaciones entre tipología y conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva (N = 406)

La Tipología familiar y los Conocimientos en SSR	Variable	Tipo	Prueba	Nivel de Significación	Resultado	Post hoc
H0. La tipología familiar no está relacionada con las circunstancias asociadas al embarazo en adolescencia.	1H_Tipología5.1	Múltiple	Chiccuadrado	0,04	Rechaza Ho	No Aplica
H0. La tipología familiar no está relacionada con las causas del embarazo en adolescencia.	1H_Tipología5.3	Múltiple	Chiccuadrado	0,04	Retener Ho	No Aplica
H0. La tipología familiar no está relacionada con las consecuencias de la maternidad en adolescencia.	1H_Tipología5.4	Múltiple	Chiccuadrado	0,05	Retener Ho	No Aplica
H0. La tipología familiar no está relacionada con la educación sexual recibida de parte de su familia antes de primer embarazo.	1H_Tipología6.6	Nominal	Kruskal-Wallis	0,05	Retener Ho	Coefficiente de contingencia, Phi y V de Cramér

Análisis de correlaciones Entre tipología familiar y prácticas en SSR

Tal y como se observa en la Tabla III, no se existió correlaciones significativas entre tipología familiar y las dimensiones pertenecientes a prácticas en SSR, dentro de los cuales se encuentra la edad de la primera relación sexual, edad del primer embarazo, si se embaraza del primer hombre con el que tuvo la primera relación sexual, edad en la que la familia aceptó al primer novio, edad a la que se casó o unió por primera vez. Con respecto a la edad de la primera relación sexual en las participantes se encontró un porcentaje significativo entre los 13 y 17 años, edad que coincide con el momento en el que quedaron en embarazo el 81,1% de las adolescentes, la edad en la que la familia aceptó su primer novio (86%) y cuando se casó o unió por primera vez (83,3%). En cuanto a se embarazó después que tuvo su primera relación sexual en el 60,5% refirió que sí. Con respecto a los resultados se evidencia que más que la estructura familiar es la funcionalidad y las características familiares, tales como una relación significativa, apoyo y supervisión de los padres, las cuales están estrechamente asociadas con una mejor

comunicación entre padres y adolescentes^{22,23}. Esto ratifica el hecho que la relación significativa y la educación padres-adolescentes son factores protectores de la salud sexual del adolescente y requieren seguir siendo promovidos².

En la Tabla IV, se aprecia que no hay correlaciones significativas entre tipología familiar y las dimensiones pertenecientes a actitudes en SSR, el cual evidencia que algunos de los factores que influyen en la adopción de comportamientos de riesgo se asocian más que la tipología con el tipo de relaciones que se establecen con los padres especialmente en la comunicación supervisión y acompañamiento²⁸.

Frente a la percepción en los padres al igual que los adolescentes se evidencia el sentimiento de invulnerabilidad pues consideraron que sus hijas no vivirían un embarazo no deseado por lo que prescindieron de la necesidad e importancia de hablar abiertamente con ellas acerca de sexualidad. Además, se encontró que a pesar de que varias madres fueron madres adolescentes no emplearon esta experiencia como aprendizaje para no repetir la historia de manera generacional²⁹.

Tabla III Correlaciones entre tipología y prácticas en Salud Sexual y reproductiva (N = 406)

La tipología familiar y las práctica en SSR	Tipo	Prueba	Nivel de significación	Resultado	Post hoc
H0. La tipología familiar no está relacionada con la edad de la primera relación Sexual	Nominal/ Ordinal	Kruskal-Wallis	0,05	Retener Ho	Coefficiente de contingencia, Phi y V de Cramér
H0. La tipología familiar no está relacionada con la edad de primer embarazo	Nominal/ Ordinal	Kruskal-Wallis	0,05	Retener Ho	Coefficiente de contingencia, Phi y V de Cramér
H0. La tipología familiar no está relacionada con si se embaraza del mismo hombre con el que tuvo su primera relación sexual	Nominal/ Ordinal	Kruskal-Wallis	0,05	Retener Ho	Coefficiente de contingencia, Phi y V de Cramér
H0. La tipología familiar no está relacionada con la edad en la que la familia acepta el primer novio	Nominal/ Ordinal	Kruskal-Wallis	0,05	Retener Ho	Coefficiente de contingencia, Phi y V de Cramér
H0. La tipología familiar no está relacionada con la edad en la que se casó o se unió por primera vez	Nominal/ Ordinal	Kruskal-Wallis	0,05	Retener Ho	Coefficiente de contingencia, Phi y V de Cramér

Análisis de Correlaciones entre tipología familiar y actitudes en SSR

Tabla IV Correlaciones entre tipología y actitudes salud sexual y reproductiva (N = 406)

La tipología familiar y las actitudes en SSR	Variable	Tipo	Prueba	Nivel de significación	Resultado	Post hoc
Ho: La tipología familiar no está relacionada con las situaciones por las que se presentó el embarazo.	3H_Tipología3.3	Múltiple	Chiccuadrado	0,05	Retener Ho	Coefficiente de contingencia, Phi y V de Cramér
Ho: La tipología familiar no está relacionada con el considerar abortar.	3H_Tipología4.10	Nominal/nominal	Kruskal-Wallis	0,05	Retener Ho	Coefficiente de contingencia, Phi y V de Cramér
Ho: La tipología familiar no está relacionada consecuencias por asumir el embarazo.	3H_Tipología4.12	Múltiple	Chiccuadrado	0,05	Retener Ho	No Aplica
Ho: La tipología familiar no está relacionada Relación con su familia de origen antes del embarazo.	3H_Tipología6.2	Nominal/ordinal	Kruskal-Wallis	0,05	Retener Ho	Coefficiente de contingencia, Phi y V de Cramér
Ho: La tipología familiar no está relacionada Relación con la figura paterna antes del embarazo.	3H_Tipología6.3	Nominal/Ordinal	Kruskal-Wallis	0,05	Retener Ho	Coefficiente de contingencia, Phi y V de Cramér
Ho: La tipología familiar no está relacionada con la postura de la familia ante la unión o matrimonio.	3H_Tipología6.8	Nominal/Ordinal	Kruskal-Wallis	0,05	Retener Ho	Coefficiente de contingencia, Phi y V de Cramér
Ho: La tipología familiar no está relacionada con los motivos familiares para apoyar la unión o matrimonio.	3H_Tipología6.9	Nominal	Kruskal-Wallis	0,05	Retener Ho	Coefficiente de contingencia, Phi y V de Cramér
Ho: La tipología familiar no está relacionada con la importancia que da a la aprobación de la familia	3H_Tipología6.12	Nominal/Ordinal	Kruskal-Wallis	0,05	Retener Ho	Coefficiente de contingencia, Phi y V de Cramér

Discusión

La familia ha cambiado recientemente en el concepto, estructura y las funciones internas, sin embargo es un ente fundamental en la educación integral de los hijos, convirtiendo la información de la sexualidad como una necesidad de conocimiento. Es decir, la orientación proporcionada por la familia juega un papel fundamental en la configuración y abordaje de la sexualidad^{4,11}. En este estudio se evidencia la falta de unión e información en las familias, puesto que las 406 madres adolescentes de los 40 municipios de Norte de Santander, muestran los embarazos en la edad adolescente (el 6,7%, edades entre los 10 a 14; el 53,7%, entre 15-17 años y el 39,7% entre 18 y 19 años), así mismo se relaciona el estado civil, identificando las madres cabeza de hogar (el 44,6% son solteras, el 30,3% casadas y el 14,0% viven en unión libre. Dentro de las características de con quien viven las adolescentes, se evidenció que ha decidido continuar en su casa de origen sin su pareja el 51%, vivir en pareja en casa independiente 19,2%, con su pareja en casa de la familia de él 13,5%, en cuanto a la tipología familiar en mayor proporción se encuentra la nuclear completa 32,5% y la unipersonal 32,5%), esto coincide con lo propuesto por Cruzat y Aracena⁵, quienes sugieren que es importante la educación desde los propios varones progenitores en temáticas relacionadas con el hogar, más no debe ser visto como un papel asignado a la madre.

El 13% de los menores de 20 años tienen su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años y ésta ocurre más temprano cuando tienen bajo nivel educativo y en aquellos que viven en áreas rurales en comparación con aquellas que tienen educación superior o viven en zonas urbanas. Esto coincide con los hallazgos del estudio realizado, puesto que se observó una correlación significativa entre la tipología familiar y las causas asociadas al embarazo, en donde las familias refieren como causas principales de la problemática la falta de habilidades sociales, la carencia del proyecto de vida y la poca información sobre sexualidad¹⁰.

De acuerdo con lo anterior, se afirma la postura que el embarazo durante la adolescencia es un problema social y de salud pública y una trampa de pobreza, porque hace que asuman un papel de adultos de forma prematura, no contando con el desarrollo físico, psicológico y social necesario para asumir una paternidad responsable³⁰, lo cual coincide con la investigación realizada puesto que se identifican correlaciones significativas entre la tipología familiar y los conocimientos en SSR, donde se evidencia un valor de $p < 0.04$, relacionando las variables de tipología familiar y las circunstancias asociadas al embarazo, atribuyendo los sucesos a las dificultades en cuanto a la falta de recursos económicos, la falta de educación sexual y el mal uso del tiempo libre.

Conclusiones

La caracterización demográfica de las participantes evidencia la distribución por edad en el 6,7% de los casos, en edades comprendidas entre los 10 a 14; el 53,7%, entre 15-17 años y el 39,7% entre 18 y 19 años. Con relación al estado civil, se aprecia con mayor frecuencia que el 44,6% son solteras, el 30,3% casadas y el 14,0 % viven en unión libre y respecto a con quien vive las adolescentes, ha decidido continuar en su casa de origen sin su pareja el 51%, vivir en pareja en casa independiente 19,2%, con su pareja en casa de la familia de él 13,5%, en cuanto a la tipología familiar en mayor proporción se encuentra la nuclear completa 32,5 % y la unipersonal 32,5%.

Se puede apreciar que existe relación estadísticamente significativa ($p < 0,04$) entre la tipología familiar y los conocimientos en SSR, con una correlación significativa entre tipología familiar y las circunstancias asociadas al embarazo, de los 6 tipos de familia, la nuclear completa es en la que se evidencian mayores dificultades en cuanto a la falta de recursos económicos, la falta de educación sexual y el mal uso del tiempo libre.

Se identifica una correlación significativa entre tipología familiar y causas asociadas al embarazo, en donde la familia nuclear completa refiere que como principales causas la falta de habilidades sociales, la carencia de un proyecto de vida y la poca información sobre sexualidad 25,9%.

No se evidencia relación estadísticamente significativa entre la tipología familiar, las consecuencias de la maternidad en la adolescencia y la educación sexual recibida por parte de la familia antes del primer embarazo.

Agradecimientos

El artículo se vincula al proyecto de investigación “Maternidad adolescente en la frontera Norte de Santander – Táchira” de la Universidad Simón Bolívar – sede Cúcuta, Grupo de investigación Altos Estudios de Frontera –ALEF–. Fecha de inicio: 01 de agosto de 2016. Fecha de finalización: 31 de diciembre de 2016. Los autores agradecen el apoyo financiero por parte de la Universidad Simón Bolívar, sede Cúcuta.

Referencias bibliográficas

1. Gonçalves-de Freitas M. Los Adolescentes como agentes de cambio social: Algunas Reflexiones Para los psicólogos sociales comunitarios. *Revista Psyke*. 2004;13(2):131-42.
2. Orcasita L. Diseño de un Programa de Intervención Sistémica Familiar en Sexualidad para la Promoción y Fortalecimiento de la Comunicación entre adolescentes y padres de Familia (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Santiago de Cali, Colombia; 2012.
3. Rengifo-Reina H, Córdoba-Espinal A, Serrano-Rodríguez M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Revista de Salud Pública*. 2012;14(4), 558-69.
4. Rob U, Ghafur T, Bhuiya I, Talukder N. Reproductive and sexual health education for adolescents in bangladesh: Parents' view and opinion. *International Quarterly of Community Health Education*. 2006;25(4):351-65.
5. Cruzat C, Aracena M. Significado de la Paternidad en Adolescentes Varones del Sector Sur-Oriente de Santiago de Chile. *Revista Psyke*. 2006;15(1):29-44.
6. Byers ES, Sears HA. Mothers who do and do not intend to discuss sexual

- health with their young adolescents. *Family Relations*. 2012;61(5):851-63.
7. González JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la Sexualidad en una población adolescente escolar. *Revista de Salud Pública*. 2009;11(1):14-26.
8. Fletcher A, Harden A, Brunton G, Oakley A, Bonell C. Interventions addressing the social determinants of teenage pregnancy. *Health Education*. 2007;108(1):29-39.
9. Tapp A, Warren S, Rhodes C, Condon L, Withall J. Using social marketing to encourage teenage mothers to breastfeed. *Journal of Social Marketing*. 2013;3(2):144-61.
10. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [ENDS];2015. Recuperado de <http://profamilia.org.co/investigaciones/ends/>
11. Cava MJ. Comunicación familiar y bienestar psicosocial en adolescentes. *Actas del VIII Congreso Nacional de Psicología Social*. 2003;1(1),23-7.
12. Arana VC, Guerra JFO, López RMC. Características sociales y familiares de las adolescentes embarazadas atendidas en un módulo de alto riesgo. *Rev Med IMSS*. 2005;43(3):267-71.
13. Farkas C, Santelices M, Aracena M, Pinedo J. Apego y Ajuste Socio Emocional: Un Estudio en Embarazadas Primigestas. *Psyche*. 2010;17(1):65-80.
14. Piñeros M. Significados asociados a la maternidad y paternidad en adolescentes de la ciudad de Cali (Tesis de pregrado inédita). Pontificia Universidad Javeriana, Santiago de Cali, Colombia;2014.
15. Moreno CI. El Mundo de los Adolescentes. México, DF:Trillas;2013.
16. Jones D. Diálogos entre padres y adolescentes sobre sexualidad: discursos morales y médicos en la reproducción de las desigualdades de género. *Interface -Comunicação, Saúde, Educação*. 2010;14(32):171-82.
17. Glover V, Barlow J. Psychological adversity in pregnancy: what works to improve outcomes?. *Journal of Children's Services*. 2014;9(2):96-108.
18. El Espectador. Norte de Santander tiene uno de los mayores índices de embarazo adolescente en el país; 2015. Recuperado de: <http://www.elespectador.com/noticias/nacional/norte-de-santander-tiene-uno-de-los-mayores-indices-de-articulo-582033>
19. Magallanes EA, Albornoz NC, Mazuera R, Machado JE, Ramírez RH, Vivas CZ, Aleta JD. El Táchira en cifras 2014. Maternidad y embarazo en adolescentes. San Cristóbal: Editorial Litho Arte CA; 2015
20. Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; 2015. Recuperado de <http://www.unfpa.org.co>.
21. Raguz M. Adolescentes y salud sexual y reproductiva. En Perinat A, et al. (editores). Los adolescentes en el siglo XX: un enfoque psicosocial. Barcelona: Editorial UOC;2003:185-7.
22. Jelin E. Familia y género: Notas para el debate. *Estudios Feministas*. 1995;3:394-413.
23. Sorhaindo A, Mitchell K, Fletcher A, Jessiman P, Keogh P, Bonell C. Young women's lived experience of participating in a positive youth development programme: The “Teens & Toddlers” pregnancy prevention intervention. *Health Education*. 2016;116(4), 356-71.
24. Castrillón JJC, Castro C, García GV, García MK, Morales L, Rivera B, et al. Conocimientos sobre sexualidad y prácticas sexuales en adolescentes de 8 a 11 grado en una institución educativa de la ciudad de Manizales (Colombia), 2013. *Revista Salud Uninorte*. 2014;30(3):392-404.
25. Barceló R, Navarro, E. Conocimientos, actitudes y habilidades de los adolescentes escolarizados del sector público de Barranquilla (Colombia) relacionados con su sexualidad. *Revista Salud Uninorte*. 2013;29(2):298-314.
26. Barratt MS, Villarreal GB, King, TM, Noble RW, Golden AL. Knowledge and attitude change in primary care providers. *Adolescent & Family Health*. 2009;4(3):124-36.
27. Cowley C, Farley T. Adolescent Girls' Attitudes Toward Pregnancy: the importance of Asking What the Boyfriend Wants. *The Journal of Family practice*. 2001;50(7):6037.
28. Navarro E, Vargas R. Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla, 2003. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2005;23(1):44-53.
29. Manu A, Manu A, Kotoh AM, Kotoh AM, Asante RKO, Asante RKO, et al. Factors associated with parental communication with young people about sexual and reproductive health: A cross-sectional study from the Brong Ahafo Region, Ghana. *Health Education*. 2016;116(6):595-610.
30. Miller BC, Benson B, Galbraith KA. Family relationships and adolescent pregnancy risk: A research synthesis. *Developmental review*. 2001;21(1):1-38.