

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MEDICINA



Monografía

“Factores Sociales determinantes de Embarazo en Adolescentes”
Municipio de Malpaisillo, 15 Abril al 30 de Mayo del 2005”

Tesis para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía

Integrantes:

Br. Héctor Palma Villanueva
Br. Ana Luisa Martínez

Tutora

Dra. Eliette Valladares Cardoza
Ginecóloga Obstetra
Maestría en Salud Reproductiva

León, Julio 2005

ÍNDICE

| | |
|----------------------------|----|
| Introducción | 1 |
| Justificación | 3 |
| Planteamiento del problema | 4 |
| Hipótesis | 5 |
| Objetivos | 6 |
| Marco Teórico | 7 |
| Diseño metodológico | 23 |
| Resultados | 26 |
| Discusión | 31 |
| Conclusiones | 36 |
| Recomendaciones | 37 |
| Glosario | 38 |
| Bibliografía | 39 |
| Anexos | 42 |

INTRODUCCIÓN

La maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe es relativamente común. En América Central nacen cada año entre 99 y 139 niños por cada 1.000 mujeres de 15-19 de edad encontrándose las tasas más elevadas en los países más pobres. Los datos existentes indican que en lo países de América Central -excepto Costa Rica- cerca de 2 terceras partes de las mujeres de 15 a 19 años de edad probablemente tendrán un hijo antes de llegar a los 20 años. ⁽¹⁾

Nicaragua presentó una tendencia hacia la disminución de la tasa de fecundidad general en los últimos 3 años, datos del 2001 indican que a pesar que los(as) adolescentes constituyen el 25% de la población del país, la tasa de fecundidad en esta edad ha experimentado un descenso del 16%, según ESDENIC y de un 18% según ENDESA del 2001.

Las proyecciones realizadas por el Instituto Nicaragüense de Estadística y Censos “INEC” señalan una tasa de Fecundidad adolescentes de 152 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 – 19 años de edad, cifra superior a la registrada por la última encuesta demográfica realizada en el 2001 la que indica una tasa de 139/1000. Sin embargo ambas cifras ubican a Nicaragua como el país de América Latina con más alta tasa de fecundidad adolescente. ⁽¹⁾

La OMS/OPS informa que para el año 2001 un 22% de las Adolescentes del País ya eran madres y tres de cada 10 nacimientos que ocurrieron el país eran de madres de este grupo de edad. Se estima que por cada 1000 Mujeres adolescentes Nicaragüenses se dan 152 Nacimientos, la tasa más alta en Latinoamérica. ^(2,3)

En una encuesta realizada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad John Hopkins en el 2003 en 50 países en desarrollo, un promedio de 23% de las adolescentes casadas y no casadas habían dado a luz o estaban embarazadas. Nicaragua alcanzó junto con el Salvador las cifras más altas con un 25%.⁽⁴⁾

Investigaciones realizadas en los Estados Unidos concluyen que las familias donde la autoridad moral es débil, pobremente definida, de padres sin casarse, padres múltiples o ausentes, o donde las jóvenes han sido criadas por diferentes personas en diferentes momentos de su vida, favorecen la precocidad de las relaciones sexuales presentando con más frecuencia embarazos en la adolescencia.^(5, 6, 7,8)

Otros estudios aseguran que las mujeres que han cursado 7 años o más de educación se casan como promedio 4 años más tarde y tienen 2.2 hijos menos que aquellas que no han recibido ninguna educación. Una mujer que ha cursado algunos años de educación secundaria tienen menos probabilidades de tener hijos en la adolescencia.⁽⁹⁾ La educación ejerce un efecto protector en la prevención de embarazo a temprana edad aún entre familias pobres, lo que indica que es una herramienta muy poderosas para romper con el círculo vicioso de la pobreza y el embarazo precoz.⁽¹⁰⁾

Es oportuno preguntarnos: ¿Cuáles serán las influencias que tendrán la situación familiar el abandono escolar y la educación sexual sobre las conductas que llevan a una adolescente a embarazarse? El hecho es que ha llegado el momento de ampliar las intervenciones seguras, eficaces y efectivas que, con la participación de los adolescentes, les proporcionen a estos y a sus padres los conocimientos y las capacidades adecuados para hacer frente a los riesgos potenciales y les permitan acceder a los servicios de apoyo.⁽¹¹⁾

JUSTIFICACIÓN

Tomando en cuenta que una cuarta parte de la población de nuestro país es adolescente y que cada año incrementa esta fracción, tenemos que considerar a este grupo de manera especial a la hora de tomar decisiones en pro de la salud.

Según la OMS/OPS para Noviembre del 2001 en Nicaragua la cuarta parte de muertes maternas en un acumulado de 5 años ocurrieron en adolescentes ⁽²⁾ y para el año 2002 las complicaciones del parto y puerperio constituyeron la principal causa de muerte entre las mujeres de 15- 19 años en el mundo ^(3,12).

Debido a que existen múltiples factores de riesgos en mujeres embarazadas adolescentes (15 – 19 años) se considera de suma importancia actuar a nivel de ésta población mediante estrategias que favorezcan el desarrollo psicosocial y así disminuir el riesgo de morir y /o enfermar, ya que en las jóvenes entre 15 – 19 años hay 2 veces mayor riesgo de morir en el parto que en aquellas entre 20 – 29 años; y entre las madres de 15 años o menos el riesgo de morir es 60% mayor. ^(13,14).

De acuerdo a datos estadísticos para el año 2004 en el Municipio de Malpaisillo el total de mujeres adolescentes (10- 19 años) era de 5419, de las cuales 261 (28%) habían ingresado al programa de control prenatal en el primer semestre del año. Esta cifra se corresponde con las estadísticas Nacionales y ha ido incrementando hasta ubicarse entre las más altas de América Latina, a pesar de las diferentes intervenciones existentes como clubes de adolescentes en los centros, un plan de escuela saludable y un programa de atención integral, implementados por las autoridades de salud del Municipio.

Las cifras confirman que este fenómeno continúa siendo un problema de salud pública y tema de grandes debates, razón por lo que vemos necesario investigar más detalladamente este fenómeno y proponer estrategias que tengan un mayor impacto.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La falta de educación sexual, el abandono escolar y la disfunción familiar son factores de riesgo del embarazo en adolescentes en el Municipio de Malpaisillo-León?

HIPÓTESIS

Las mujeres con escasa educación sexual, familias disfuncionales y que abandonan la escuela tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas antes de terminar la adolescencia.

OBJETIVOS

General:

Determinar la relación entre factores sociales con embarazo en la adolescencia, en el Municipio de Larreynaga del 15 de Abril al 30 de Junio de 2005.

Específicos:

1. Identificar la relación entre escolaridad de la mujer y abandono escolar con la ocurrencia del primer embarazo en la adolescencia.
2. Explorar la situación familiar, convivencia de los padres y abuso de sustancias en el hogar como factores determinantes de embarazo en adolescentes.
3. Estudiar la relación entre educación sexual pobre con embarazo en la adolescencia.

MARCO TEÓRICO

I. Conceptos generales:

La OMS ha convenido en que el período de la adolescencia se define como la segunda década de la vida, comprendida entre los 10 a los 19 años de edad, muchos autores reconocen dos fases: la adolescencia temprana de los 10-14 años y la adolescencia tardía de los 15 a los 19 años.⁽¹⁵⁾ La adolescencia es el período crucial del ciclo vital del desarrollo en el cual el individuo progresa desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta la madurez sexual.⁽¹⁶⁾

Los períodos en los que se divide la adolescencia son:

Adolescencia Temprana (10 a 13 años): Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.⁽¹⁷⁾

2. – Adolescencia media (14 a 16 años): Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual.⁽¹⁷⁾

3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años): Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta.⁽¹⁷⁾

El embarazo en la adolescencia según la OMS es el que ocurre desde los 10 años de edad en que inicia la pubertad hasta los 19 años, una etapa de la vida en sí misma, como la niñez o la edad adulta, y no un período de transición de un estado a otro. La adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa, y muchas de sus características dependen de factores socio culturales.

Complicaciones para la madre y el niño:

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño. Las mujeres adolescentes no sólo están menos preparadas EMOCIONALMENTE que las mujeres mayores para tener un bebé, sino también menos preparadas FÍSICAMENTE para dar a luz un bebé saludable.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de sufrir complicaciones médicas graves como toxemia, hipertensión inducida por el embarazo, anemia, parto pretérmino y/o placenta previa. La tasa de mortalidad materna para las mujeres de 15 años de edad o menos es de un 60% mayor que para las mujeres mayores de 20 años.

Los hijos de adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de tener bajo peso al nacer que aquellos cuyas madres tienen 20 años o más. La principal causa de esto es la prematurez, pero el retraso del crecimiento intrauterino (crecimiento inadecuado del feto durante el embarazo) también juega su papel. Las madres adolescentes son más susceptibles a mostrar comportamientos como el consumo de cigarrillo, el consumo de alcohol, el abuso de drogas; a tener una nutrición pobre y mal balanceada o a poseer compañeros sexuales múltiples, lo cual puede incrementar los riesgos de que el bebé tenga un crecimiento inadecuado, infección o dependencia a sustancias químicas. El riesgo que tiene un niño de morir en el primer año de vida se incrementa proporcionalmente e medida que la edad de la madre disminuye por debajo de los 20 años. ⁽¹⁸⁾

II. Factores de riesgo del embarazo en adolescentes.

☒ Situación Económica:

La clasificación del nivel de pobreza (según el PNUD y Nicaragua ante el tercer milenio/53 María Rosa Renzi) es:

- a) Hogar no pobre: Cero necesidades básicas insatisfechas.
- b) Hogar pobre: Una necesidad básica insatisfecha.
- c) Hogar en pobreza extrema: Dos o más necesidades básicas insatisfechas.

La pobreza juega un papel importante la incidencia del embarazo en la adolescencia y a su vez. La pobreza y la informalidad de las uniones acentúan las responsabilidades de las mujeres en sus hogares a la vez que experimentan mayores dificultades para conseguir empleo, por lo cual las estrategias de vida y la tradición de familias extensas (familias dentro de familias) lleva a las mujeres jefas a obtener características diferentes. Desde antes de la adolescencia, las pequeñas mujeres juegan el papel de madre-niña, tomando a su cargo labores domésticas y el cuidado de sus hermanitos, posteriormente con su embarazo en la adolescencia, especialmente en su condición de madre soltera, le devuelve al mismo hogar el papel que antes desempeñaba: hija-madre ⁽²⁾. Este cambio de roles se da a lo largo de los años impulsados por las modificaciones socioeconómicas. ⁽¹⁵⁾

☒ Influencia familiar:

El enfoque familiar es de particular importancia en salud, bienestar y desarrollo del adolescente debido a la fuerte influencia positiva que una familia funcional y la fuerte influencia negativa que una familia disfuncional tiene sobre la salud integral del adolescente. ⁽¹⁹⁾

Embarazo en Adolescentes

Entre las funciones básicas de la familia están el proporcionar recursos básicos para la subsistencia y el cuidado en el hogar, dar protección a los adolescentes, apoyo a su desarrollo físico, emocional y social, orientación para su inserción en la vida afectiva y social, ⁽¹⁵⁾ la ausencia de un padre o de ambos padres conlleva a un desarrollo inadecuado.

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y, además, puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo, que le permite huir de un hogar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto. Se han descrito como factores de riesgo asociado a la familia: la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente. ⁽²⁰⁾

En investigaciones realizadas en Estados Unidos se concluye que las familias donde la autoridad moral es débil, pobremente definida, de padres sin casarse, padres múltiples o ausentes, donde las jóvenes han sido criadas por diferentes personas, en diferentes momentos de su vida favorecen la precocidad de las relaciones sexuales y presentan con más frecuencia embarazos en la adolescencia. ^(5, 6, 7,8).

Una Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, esto genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. ⁽¹⁷⁾

Se plantea que la incorporación de un rol sexual apropiado es facilitada por: un modelo de relaciones maritales estable proporcionado por los padres, una fuerte y positiva identificación con el rol sexual del progenitor del mismo sexo, una

experiencia sexual favorable con los miembros del otro sexo y fuertes vínculos identificatorios con púberes del mismo sexo. ⁽¹⁶⁾

El rol que los padres brindan como trampolín firme permite a los seres humanos en el período adolescente ir hacia la construcción de nuevas relaciones con el mundo y se ve afectado por los ajustes requeridos en la reestructuración del grupo familiar. ⁽²¹⁾

Escolaridad

La educación incide en la fertilidad mediante varios factores interrelacionados, incluyendo la condición socioeconómica de la mujer, situación dentro del hogar, edad al momento de casarse, tamaño deseado de familia, acceso a información y servicios de planificación familiar y uso de la anticoncepción. ⁽²²⁾

Incluso después de tomar en cuenta otros factores, los investigadores encuentran constantemente que las mujeres con mayor educación tienen mayor probabilidad de utilizar la anticoncepción. ⁽²³⁾

La educación mejora la condición de la mujer ^(24, 25, 26). Las mujeres con más educación habitualmente tienen aspiraciones personales más altas, y la educación puede abrirles las puertas hacia mayores logros y desarrollo personal, poniendo menos énfasis en la maternidad como la principal recompensa de la vida ⁽²⁷⁾

Para medir el impacto de la educación el Centro de Estudios de Estado y Sociedad de Argentina para el año 2004 realizó una encuesta a mujeres adolescentes que estaban en cuidados intensivos o con hijos en cuidados intensivos neonatales, con complicaciones graves del embarazo incluyendo la muerte fetal y encontraron que casi la mitad de las adolescentes encuestadas (un 46,3 %) ya no estudiaban al momento de embarazarse. ⁽²⁸⁾

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, se habla que no siempre es necesario que haya aumentos en la educación formal para que incremente el uso de éstos. A menudo, echar a correr la voz o los medios de comunicación masiva son suficientes para concientizar a la gente sobre la anticoncepción y pueden difundir la norma de la familia pequeña a través de toda la sociedad. ⁽⁴⁾ Sin embargo otros autores consideran que la educación de las mujeres tiene estrecha conexión con el uso de anticonceptivos. ⁽²⁹⁾

En una encuesta realizada en 1993 por la Universidad de Salud Pública John Hopkins se encontró que el uso de anticonceptivos es más alto entre las mujeres con mayor educación ⁽⁴⁾ y por ende, logren la meta de no tener más hijos de los que desean, dato que lo confirman otros estudios. ^(25, 30, 31,32)

Las mujeres que han cursado siete años o más de educación se casan como promedio cuatro años más tarde y tienen 2.2 hijos menos que aquellas que no han recibido ninguna educación. ⁽³³⁾ Una mujer que ha cursado algunos años de educación secundaria tiene menos probabilidad de tener hijos en la adolescencia. ⁽⁹⁾

Una serie de grupos de enfoque y de entrevistas a fondo se realizaron con adolescentes y adultos de ambos sexos de distintos estratos y condiciones sociales de la ciudad de León en el año 1993 el que concluyó que el no uso de anticonceptivos está asociado a la pobreza y a la falta de educación. La asociación entre la educación y la reducción de la fertilidad y el efecto protector de la educación en la prevención de embarazos a temprana edad, aún entre familias pobres, indica que la educación es una herramienta muy poderosa para romper con el círculo vicioso de la pobreza y el embarazo precoz. ⁽¹⁰⁾

En general, el nivel educativo de las mujeres tiende a tener impacto en las tasas de fertilidad de todas las edades. ⁽³⁰⁾

❏ **Ocupación y edad de inicio de la actividad laboral:**

La edad de inicio de la vida laboral tiene estrecha relación con la condición económica, una mujer que vive en una familia altamente pobre es forzada a buscar una fuente de sustento para su familia a corto plazo, iniciando su vida laboral en la adolescencia, abandonando sus estudios y en muchos de los casos buscando compañeros de vida que las apoyen económicamente. Forman familias precozmente que modifican el núcleo familiar, con la consecuente pérdida de estabilidad.

En algunos casos los trabajos realizados por estas adolescentes no son bien remunerados por la falta de preparación y llegan a percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito, que según algunos autores es un factor que puede llevar a un embarazo ⁽¹³⁾ o incluso a creer que los hijos son futura fuente de ingreso.

Otro aspecto importante es que en algunos estudios como el realizado en el Policlínico Docente de la Habana Cuba en el año 2000 demostró que más de la tercera parte (35,8%) de las mujeres adolescentes embarazadas ni estudiaba ni trabajaba. ⁽⁶⁾ Dato que nos hace pensar que algunas adolescentes no tenían la preparación para afrontar un embarazo y su expectativa social y económica era muy baja.

❏ **Procedencia y accesibilidad a los servicios de salud:**

Según el MINSA para el año 2002 tres de cada diez nacimientos eran de madres adolescentes en el área urbana y hasta cuatro de cada diez en el área rural. ⁽³⁾

Junto con la educación de la mujer, las diferencias más sistemáticas de fertilidad entre los grupos reflejan en qué lugares viven las mujeres: si en zonas urbanas o rurales. En encuestas realizadas desde 1990, en todos los países encuestados la tasa de fertilidad total es más baja en las zonas urbanas. ⁽⁴⁾

Algunos autores afirman que para las clases rurales, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas entre los y las adolescentes probablemente tendrán poca efectividad para prevenir un primer embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad, ni las condiciones adecuadas para hacerlo. ⁽³⁴⁾ Además es evidente que el nivel de educación de las mujeres en el área rural es inferior al de aquellas que viven en el área urbana, lo que constituye por sí mismo un factor de riesgo como se dijo anteriormente. Quizás la diferencia más constante en los niveles de uso de anticonceptivos entre grupos sea la existente entre las mujeres de las zonas rurales y las urbanas. ⁽³⁵⁾ como veremos posteriormente.

❏ Origen y edad en que se recibe la educación sexual:

La educación sexual en la etapa de la adolescencia no es sólo prevenir problemas, sino, y sobre todo, un elemento útil para promover el desarrollo de una visión positiva de la sexualidad. ⁽²⁶⁾

En el desarrollo humano de los 6 a los 12 años En la etapa de latencia del desarrollo sexual, cuando los niños están ansiosos de conocimientos, es el momento de suministrar todos los conocimientos científicos para que las conclusiones a las que lleguen sean verdaderas. Hablar de sexo con naturalidad y verdad, es importante informar (respetando la edad y la capacidad intelectual) acerca de todo lo concerniente a la reproducción (de dónde vienen los niños, como se hacen y como no se hacen, etc.), informales de los cambios físicos y psíquico de la pubertad y de principios morales de la conducta humana, en forma sencilla y sincera, sin esperar a que ellos pregunten, con respeto, pero de una manera realista, recordemos que cuando se comienzan a dar los cambios primarios y secundarios de la pubertad ya es tarde ⁽²⁶⁾ Gran parte de las decisiones personal son hechas durante la adolescencia aunque ya muchas de estas ideas o pensamientos surgieron en la infancia. ^(11,36)

Embarazo en Adolescentes

La falta de una educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años de la escuela o desde otros ámbitos en la comunidad, es una de las causas que influyen en el inicio muy temprano, y de manera desinformada, de la vida sexual, con el frecuente resultado de un embarazo no planeado ni deseado en ese momento. ^(37,38)

La buena educación sexual ayuda a los jóvenes a aclarar valores y evitar comportamientos de riesgo, indiscutiblemente la educación sexual debe de iniciarse en el hogar y la misma no debe ser solo información sino formación para llegar al cambio de actitudes y práctica. ⁽²⁰⁾

Al proporcionar educación sexual adecuada estos jóvenes inician una vida de seguridad y afecto, mejorando su calidad de vida, sin temores, desechando toda clase de mitos y tabúes, asumiendo así mismo una responsabilidad tanto en la vida adulta como en la vejez. Una educación sexual adecuada implica hablar de valores, estilos de vida saludables y habilidades para la vida; ⁽²⁰⁾ esta información generalmente no se la proporcionan los adultos por lo que los adolescente tienen dificultad para adquirirla, ya sea por vergüenza, por no saber adonde ir ni a quien preguntarle o por no haber personas dispuestas a informarles. ⁽¹⁶⁾ Por lo tanto, gran parte de la “educación sexual” que los adolescentes reciben viene de filtros desinformados o compañeros sin formar. ^(13,18) además de esto, es un hecho que los medios masivos de información bombardean cotidianamente al joven con estímulos sexuales que presionan para que se inicien las relaciones en edades tempranas. ⁽¹⁶⁾

La educación sexual ha demostrado ser efectiva para disminuir los estilos de vida sexual de riesgo, Furstenberg y colaboradores mostraron que los adolescentes de 15 a 16 años que habían tenido educación sexual tenían menos probabilidad de tener experiencia sexual. ⁽³⁹⁾

Además es conocido que los adolescentes que no tiene una adecuada educación sexual y escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas a la información de sus compañeros, influencias paternas, financieras, culturales, y políticas así como también a su propio desarrollo que está limitado (pues es antes físico que emocional) ⁽¹³⁾ hecho que influye de manera importante en el aumento de embarazos a corta edad como se verá posteriormente.

Muchas veces el sistema educativo ignora estas necesidades de los jóvenes, muy pocas escuelas consideran importante brindar sesiones de educación sexual a sus alumnos. ⁽¹⁵⁾ Se plantea que resulta más promisorio intentar planes de educación sexual con mayor énfasis en la paternidad responsable y en los valores de la familia que en información puramente biológica. Esta educación debe proporcionar conocimientos sobre control de la fertilidad que permitan escoger la opción más acorde con los principios éticos, religiosos y culturales de los usuarios. ⁽⁴⁰⁾

▣ Edad del inicio de la actividad sexual y número de compañeros sexuales:

Más y más jóvenes son sexualmente activos en la adolescencia. En muchos países más de la mitad tienen relaciones sexuales sin protección antes de los 16 años. ⁽⁴¹⁾ A nivel mundial se ha demostrado mediante diversos estudios que la vida sexual activa en la mayoría de personas empieza en la etapa de la adolescencia.

En Nicaragua, de acuerdo a la encuesta realizada por PROFAMILIA en 1993 los adolescentes inician sus relaciones sexuales a los 15 años de edad y hay muy poco tiempo entre esta primera unión y su primer parto. ⁽⁴²⁾

En los países en desarrollo la edad mediana al tener el primer coito es alrededor de los 18 años. Para las mujeres de América Latina y el Caribe, la edad mediana al primer coito es alrededor de los 18 a 19 años, sin embargo en América Latina y

el Caribe, la edad mediana al primer coito descendió en aproximadamente siete meses globalmente en los 12 países donde se realizaron múltiples encuestas. ⁽⁴⁾
Entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años en América Latina y el Caribe los niveles de experiencia sexual prematrimonial que se informan llegan al 24%. ⁽⁴⁾

En Buenos Aires, en una encuesta realizada a una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14,9 años para varones y 15,7 años para mujeres. ⁽¹⁷⁾

El estudio de poblaciones adolescentes cubanas en el año 2000 ha demostrado que las relaciones sexuales en las mismas comienzan como promedio a los 12 y 13 años para el sexo masculino y femenino respectivamente teniendo el sexo masculino edades medias de inicio menores que su contraparte. ⁽⁴³⁾

Las estadísticas muestran que el 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad, el 24% de las adolescentes mujeres y el 27% de los varones, el porcentaje aumenta a un 66% con respecto a las adolescentes solteras que, a la edad de 19 años, ya tienen vida sexual. Los estudios muestran que a la edad de 20 años del 75 al 77% de las mujeres y del 85 al 86% de los hombres estadounidenses son sexualmente activos. ^(13,18)

Los tempranos contactos sexuales, se considera que si inician a los 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazada antes de los 19 años y la edad de los 13 años se asocian con un 56% de embarazos durante la adolescencia. ⁽¹³⁾

Embarazo en Adolescentes

El 25% de las adolescentes con experiencia sexual se embarazan y ocurre el 60% de estas gestaciones en los primeros 6 meses posterior al inicio de las relaciones sexuales ^(44, 45,46). Además el 35% de las madres adolescentes son solteras y el 50% de las madres solteras son adolescentes. Entre el 60-70% de estos embarazos no son deseados. ⁽⁴⁴⁾

Para poder comprender mejor lo dramático de la situación debemos recordar que alrededor del 50 % de las adolescentes entre 15 y 19 años, tienen vida sexual activa. Hay autores que plantean un incremento del 10 % anual de mujeres con relaciones sexuales a partir de los 12 años hasta los 19. ^(45,46)

En un estudio en el Policlínico Docente "Wilfredo Pérez" de La Habana, Cuba en el año 2000, las mayores diferencias en relación con el número de parejas anteriores, correspondieron al grupo de adolescentes embarazadas con 9,5% con 2 o más parejas sexuales en comparación con las adolescentes no embarazadas que corresponde al 3,4 %. ⁽⁶⁾

Otro aspecto a tomar en cuenta es que mientras más temprano se comience a tener citas más probabilidad hay de tener actividad sexual en la adolescencia, según un estudio realizado por el Department of Obstetrics & Gynecology, University of Pennsylvania Medical Center, Philadelphia en el 2002 las citas a la edad de 12 años están relacionadas con una posibilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años y las citas a la edad de 13 se asocian con una probabilidad del 56% de actividad sexual durante la adolescencia ⁽¹⁸⁾ incluso Morris señala que el deseo de tener un embarazo se incrementa de acuerdo con la edad de inicio de la relación sexual. ⁽⁴⁷⁾

En general, la edad temprana del primer coito y un número mayor de compañeros sexuales podría aumentar la posibilidad de tener un embarazo durante la adolescencia.

❏ **Uso de métodos anticonceptivos:**

Dentro de las causas del embarazo en la adolescencia se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin medidas de contracepción. Como no hay ninguna contracepción efectiva al 100%, la abstinencia es la manera más segura para prevenir el embarazo. ⁽⁶⁾

Morrison informa que el comportamiento anticonceptivo de los jóvenes se relaciona con aspectos de personalidad, desarrollo, cognición y toma de decisiones, ⁽⁴⁸⁾ aspectos que se desarrollan en su mayoría dentro de la familia.

Cuando se habla de anticoncepción en la adolescencia se deben tomar en cuenta los siguientes aspectos que son inseparables entre sí, la pobreza, la educación y las características sexuales propias del adolescente.

La pobreza limita el acceso a los Centros de ayuda, generalmente se acompaña de falta de recursos para la preparación profesional, dato que se acentúa en las poblaciones rurales, que si bien han venido aumentando su porcentaje de uso y conocimiento de métodos anticonceptivos, ⁽⁴⁾ sigue siendo el grupo con mayor nivel de pobreza y de menor nivel educativo, así como el de mayores tasas de embarazos en la adolescencia. ⁽³⁵⁾

Las encuestas confirman que entre las mujeres con mayor educación es más probable que usen planificación familiar y, por ende, logren la meta de no tener más hijos de los que desean. ^(4,25,29,30,31,32) Por otro lado, hay una mayor probabilidad de uso de anticonceptivos entre hombres si se imparte un programa de educación sexual antes del inicio de la actividad sexual, ^(10,49,50) Hallazgos que resaltan la necesidad de iniciar la educación sexual en edades tempranas. ⁽⁵¹⁾

Una serie de grupos de enfoque y de entrevistas a fondo se realizaron con adolescentes y adultos de ambos sexos de distintos estratos y condiciones sociales de la ciudad de León en el año 1993 el que concluyó que el no uso de anticonceptivos está asociado a la pobreza y a la falta de educación. La asociación entre la educación y la reducción de la fertilidad y el efecto protector de la educación en la prevención de embarazos a temprana edad, aún entre familias pobres, indica que la educación es una herramienta muy poderosa para romper con el círculo vicioso de la pobreza y el embarazo precoz. ⁽¹⁰⁾

Los adolescentes que eligen una vida sexual activa están frecuentemente limitados en sus opciones anticonceptivas por las restricciones propias de su nivel de desarrollo (es decir por alcanzar la madurez física aproximadamente 4 o 5 años antes que la emocional) ^(13,18)

La búsqueda fisiológica del adolescente por conocer su sexualidad si no está guiada adecuadamente lleva a éste a un inicio temprano de la actividad sexual física y un riesgo mayor de un embarazo en este período. Las adolescentes a menudo no tienen poder como para resistir a la relación sexual o insistir en el uso de preservativos. ⁽⁴¹⁾ El lapso entre la primera relación sexual y el inicio del embarazo es muy breve como para permitir a una adolescente conocer, reflexionar y tomar una decisión en lo que concierne al uso de algún método anticonceptivo. ⁽³⁷⁾ Para 1999 se encontró que el tiempo promedio entre la primera relación sexual y el fin de su primer embarazo fue de sólo 22 meses. ⁽¹⁰⁾ Se estima que una adolescente sexualmente activa que no usa ningún método anticonceptivo, tiene el 90% de probabilidad de quedar en embarazo en un período de un año. ⁽¹⁸⁾

A pesar de que en América latina el uso de métodos anticonceptivos ha aumentado en un 10% en esta década, ^(4,28) existen datos que revelan que la mayoría de los adolescentes no usa protección en su primera relación sexual

Embarazo en Adolescentes

(entre el 58.5 y el 85%) y que el 50% de los embarazos ocurren aproximadamente 6 meses después de este primer contacto ^(23, 54,37)

Muchos adolescentes sexualmente activos no utilizaban ningún método de planificación familiar. En países en desarrollo, sólo el 17% de las mujeres casadas entre 15 y 19 años de edad utiliza métodos anticonceptivos. ⁽¹⁴⁾

Para el 2004 se estimó que entre el 60-70% de los embarazos en adolescentes no son deseados y que el 50% de las madres solteras son de este grupo de edad, lo que nos hace inferir que las deficiencias en la planificación familiar de este grupo tienen gran peso sobre la prevalencia del embarazo a temprana edad. ^(42, 44, 45,46).

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Analítico, de caso-control.

Área y período de estudio: 15 de Abril al 30 de Mayo de 2005. Municipio de Malpaisillo. Departamento de León.

Población de estudio

Universo: De 5419 adolescentes censadas por el Programa de Adolescentes del Centro de Salud Fanor Arroz Jaenz de Malpaisillo, 261 ingresaron embarazadas al programa de control prenatal en el período 1ro de Enero al 30 de Junio del 2004.

Muestra: La muestra se calculó en base al programa EPI INFO 2000, con un intervalo de confianza de 95%, un poder del 80%, una frecuencia de exposición entre los referentes del 60% y un OR de a 3.0. Se tomó una muestra de 152 mujeres, 76 casos y 76 controles, en una proporción de 1:1.

I. Definición de caso:

Mujeres embarazadas entre 10 y 19 años de edad, que ingresaron al programa de Control Prenatal del Centro de Salud Fanor Arroz Jaenz durante el período del 1ro de Enero al 30 de Junio del 2004 provenientes del Municipio de Malpaisillo, área urbana y rural.

II. Definición de control:

Una vez detectado un caso se buscó del censo de adolescentes del municipio otra adolescente de la misma edad que no se haya embarazado y se tomó como control.

Fuente de información, instrumentos y procedimientos de recolección: Previa escogencia de los casos al azar en el censo de adolescentes se buscó del listado una adolescente de la misma edad que no se haya embarazado. Se le aplicó una encuesta con 10 preguntas en visitas domiciliarias, tomando aspectos como edad, nivel de educación, sexualidad y situación familiar las que fueron llenadas por el encuestador.

Embarazo en Adolescentes

La base de datos se introdujo en el programa SPSS for Windows 11.0, se realizó análisis univariado y estratificado, se calculó frecuencias absolutas y porcentajes. El riesgo se midió a través del cálculo de Odds ratios (OR), y para la significancia estadística de los resultados se calcularon los Intervalos de Confianza del 95% para el OR. Para el cálculo de la proporción de riesgo atribuible a la población se utilizó la fórmula $OR - 1 / (OR) (Fr)$.

| Operacionalización de las variables | | |
|--|---|---|
| Variable | Concepto | Escala (valor) |
| Educación | | |
| Nivel Académico alcanzado | Años aprobados según el sistema de educación establecido. | Analfabeta. Alfabetizado. Primaria incompleta. Primaria completa. Secundaria incompleta. Secundaria completa. Estudios superiores. Otros |
| Abandono escolar | Deserción del sistema educativo | Si No |
| Educación sexual | | |
| Conocimiento de métodos anticonceptivos | Métodos anticonceptivos conocidos. | DIU Píldoras Inyecciones Preservativos Métodos naturales Otros Ninguno |
| Educación sexual por parte de los padres | Conocimientos recibidos sobre salud reproductiva por parte de los padres. | Si No |
| Educación sexual por parte de los maestros | Conocimientos recibidos sobre salud reproductiva por parte de los educadores. | Si No |

| | | |
|---|--|--|
| Edad de la primera información sobre sexualidad | Edad en años en que se recibió la primera información sobre salud reproductiva. | Edad en años cumplidos. |
| Mujer con pobre educación sexual | Mujer que no llene al menos 2 requisitos sobre educación sexual (educación sexual por parte de los padres, educación sexual por parte de los maestros, edad menor de 12 años de recibida la primera información, y conocimiento de al menos 2 métodos de anticoncepción) | Si No |
| Situación Familiar | | |
| Integridad familiar | Persona(as) que viven en el núcleo familiar. | Madre Padre Ambos padres Ninguno Otros |
| Estado civil de los padres | Unión legal o por consentimiento mutuo de los padres | Soltero o separado Casado o en unión libre. |
| Abuso de sustancias en el hogar | Abuso del consumo de sustancias alucinógenas dentro del núcleo familiar | Si No |
| Quien abusaba de alcohol en la casa | Persona que abusaba de alcohol dentro del hogar | Padre Madre Hermano Otros |
| Familia disfuncional | Familia que tenga al menos una de las siguientes características: Convivencia con sólo un padre o ausencia de ambos, padres separados o solteros, abuso de sustancias dentro de la casa, | Si No |

Consideraciones éticas:

En el presente trabajo investigativo para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía necesitamos la colaboración y la ayuda de la población adolescente del municipio de Malpaisillo. Obtuvimos el consentimiento de cada una de las encuestadas, una vez explicado el objetivo del trabajo, resaltando que la información obtenida por las mismas será confidencial y privada sin divulgación de las respuestas. Además se dio consejería sobre la importancia del retraso en el inicio de la vida sexual, uso métodos para planificación de la familia y prevención de enfermedades de transmisión sexual, así como información sobre los cambios bio-psico-sociales propias de esa edad, comunicación familiar con énfasis en adquirir una mayor integración de la misma, relación con grupos pares en los diferentes sitios de interacción como escuelas, y centros de recreación, sitios de atención integral al adolescente y la manera de contactarse con personas capacitadas para brindar la ayuda oportuna.

RESULTADOS

En base a nuestro muestreo aleatorio pareado, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se escogieron 152 mujeres adolescentes del Municipio de Larreynaga-Malpaisillo. Previa autorización firmada por ellas, o por sus padres o tutores en el caso de las que tenían menos de 15 años, se procedió a realizarse una encuesta a cada una. La mitad de las mujeres estaban embarazadas o habían tenido un hijo antes del momento de la encuesta, el otro 50% lo conformaron jóvenes de la misma edad que no habían estado embarazadas.

Tabla 1 Antecedentes sociodemográficos de la población de estudio. Municipio Larreynaga-Malpaisillo, Abril-Mayo de 2005.

| Variable | Escala | Casos (n=76) | Control (n=76) | OR | IC 95% | Valor de P |
|---|----------------------------|--------------|----------------|------|------------|------------|
| Escolaridad | Primaria (1) | 46 | 22 | 3.76 | (1.8-7.8) | <0.001 |
| | ≥ secundaria (0) | 30 | 54 | | | |
| Abandono escolar | Si (1) | 57 | 32 | 4.13 | (1.9-8.8) | <0.001 |
| | No (0) | 19 | 44 | | | |
| Conoce métodos de planificación familiar | 0-1 (1) | 31 | 27 | 1.25 | (0.6-2.5) | 0.5 |
| | 2 o + (0) | 45 | 49 | | | |
| Has hablado de sexo con tus padres | No (1) | 52 | 35 | 2.54 | (1.2-5.2) | 0.005 |
| | SI (0) | 24 | 41 | | | |
| Has hablado de sexo con tus maestros | No (1) | 43 | 40 | 1.17 | (0.6-2.3) | 0.6 |
| | Si (0) | 33 | 36 | | | |
| A qué edad recibiste por primera vez información sobre sexualidad | Después de los 10 años (1) | 70 | 36 | 12.9 | (4.7-37.7) | <0.001 |
| | Antes de los 10 años (0) | 6 | 40 | | | |
| | Después de los 12 años (1) | 70 | 18 | 37.6 | (12.9-116) | <0.001 |
| | Antes de los 12 años (0) | 6 | 58 | | | |
| Pobre educación sexual | Si (1) | 14 | 2 | 8.3 | (1.7-55.5) | 0.001 |
| | No (0) | 62 | 74 | | | |
| Integridad familiar | Uno o ninguno (1) | 41 | 22 | 2.9 | (1.4-5.9) | 0.002 |
| | Ambos (0) | 35 | 54 | | | |
| Estado civil de los padres | Soltero o separado (1) | 46 | 25 | 3.1 | (1.5-6.4) | <0.001 |
| | Casado o unión libre (0) | 30 | 51 | | | |
| Abuso de sustancias en el hogar. | Si (1) | 52 | 33 | 2.8 | (1.4-5.8) | 0.002 |
| | No (0) | 24 | 43 | | | |
| Consume alcohol tu padre | Si (1) | 35 | 20 | 2.4 | (1.2-5) | 0.01 |
| | No (0) | 41 | 56 | | | |
| Núcleo familiar disfuncional | Si (1) | 32 | 10 | 4.8 | (2-11.7) | <0.001 |
| | No (0) | 44 | 66 | | | |

Embarazo en Adolescentes

En la distribución de edades encontramos que solo 14 de las adolescentes incluidas al estudio tenían menos de 15 años y el resto 15 años o más. El comportamiento fue igual para ambos, casos y referentes, dado que el estudio fue pareado por edad.

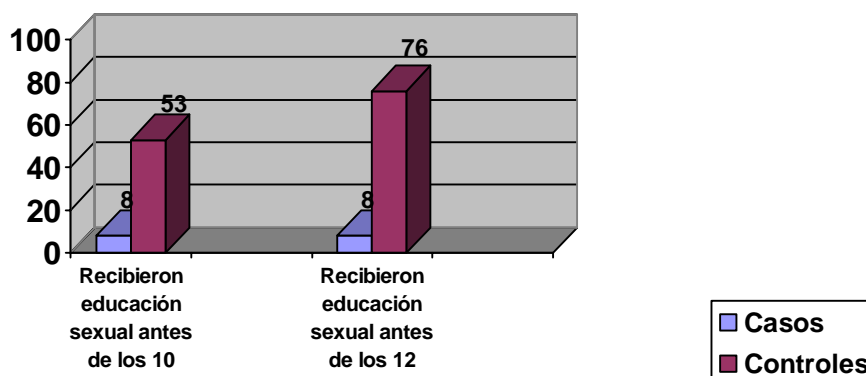
En cuanto al nivel académico alcanzado, más de la mitad de los casos (60%) tenían una escolaridad de 6^{to} grado de primaria o menor en comparación al 29% de los controles (OR 3.8, $p < 0.001$). El abandono escolar se encontró con mayor frecuencia entre las adolescentes embarazadas (75%) que entre las que nunca se habían embarazado (42%) (OR 4, $p < 0.001$). Al preguntarles sobre la causa de abandono escolar, los problemas económicos fueron la causa mencionada con mayor frecuencia (37% y 81% respectivamente). Cabe destacar que 3 de cada 10 casos (30%) señalaron como causa del abandono escolar el embarazo. (Tabla 1)

En relación al conocimiento de métodos de anticoncepción, el 40% de los casos y el 35% de los controles mencionaron conocer menos de 2 métodos de anticoncepción, no habiendo diferencia significativa entre ambos grupos. (Tabla 1)

En cuanto a la educación sexual encontramos lo siguiente:

Solo el 8% de los casos refirieron haber recibido información sobre diferentes aspectos de educación sexual antes de los 10 años, comparado al 53% de los controles (OR 12.9; $p < 0.001$). Un porcentaje similar de casos (8%) y mayor de controles (76%) refirieron haber recibido dicha información antes de los 12 años (OR 37.6; $p < 0.001$). (Gráfico 1)

Grafico 1 Comparación porcentual de mujeres que recibieron educación sexual antes de los 10 y los 12 años. Municipio Malpaisillo Abril-Mayo 2005.



El 68% de los casos y el 46% de los controles nunca habían hablado de sexualidad con sus padres (OR 2.5; p 0.005). Por otro lado, el 57% de los casos no habían hablado nunca de temas relacionados con sexualidad con sus maestros en comparación con el 43% de los controles, siendo la diferencia no significativa. (Tabla 1)

Tomando en cuenta los aspectos antes mencionados, el 18% de los casos tenían educación sexual pobre en comparación con el 12% de los controles, siendo esta asociación estadísticamente significativa. (Tabla 1)

Con respecto a la situación familiar se encontró que:

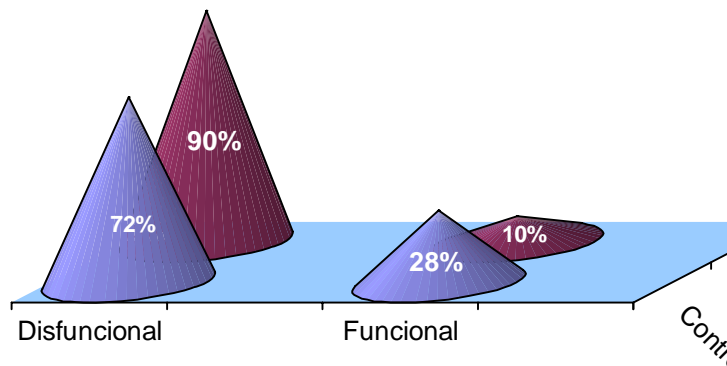
En más de la mitad (54%) de los hogares de los casos se carecía de la presencia de ambos o de alguno de los padres de la adolescente; el 46% de ellas vivían sólo con su madre, el 27% sólo con su padre y 27% vivían sin ninguno de ellos. Entre los controles, solamente en el 29% de los hogares se encontró que se carecía de uno ambos padres en el hogar. (Tabla 1)

En el 61% de los casos y en 33% de los controles las adolescentes tenían padres solteros o separados (OR 3.1, p < 0.001). (Tabla 1)

Otro aspecto de relevancia fue que en el 68 % de los hogares de los casos alguien de la familia ingería alcohol y/o drogas. En su mayoría (67%) se trataba de alcohol y el que lo ingería era el padre. El 43% de los controles reportó la misma situación, siendo también el alcohol el que prevalecía y siendo consumido más frecuentemente por el padre (Tabla 1).

Considerando la situación antes descrita, aproximadamente 9 de cada 10 casos conviven en familias disfuncionales en comparación a 7.2 de cada 10 controles (OR 3.2; $p < 0.001$). (Gráfico 2)

Gráfico 2 Situación del hogar de las adolescentes del Municipio Larreynaga-Malpaisillo Abril-Mayo 2005



Los factores de confusión más probables en el análisis, disfunción familiar, abandono escolar y pobre educación sexual, fueron incluidos en un modelo de regresión logística, encontrándose los tres significativamente asociados a embarazo en adolescentes de manera independiente (Tabla 4).

Tabla 4 *Modelo multivariado de regresión logística incluyendo disfunción familiar, el abandono escolar y la pobre educación sexual en relación a embarazo en adolescentes. Municipio de Larreynaga-Malpaisillo. Abril-Mayo2005.*

| | OR crudo | Intervalo de confianza del 95% | OR ajustado | Intervalo de confianza del 95% |
|-------------------------------|----------|--------------------------------|-------------|--------------------------------|
| Abandono escolar) | 4.13 | (1.9-8.8) | 5,6 | (2.5 – 12.5) |
| Disfunción familiar | 4.8 | (2-11.7) | 5,9 | (2.4 - 14.5) |
| Pobre educación sexual | 4.13 | (1.7-55.5) | 7,3 | (2.0 - 26.2) |

Si evaluamos el impacto en salud pública de las variables incluidas al análisis de regresión, la estimación del riesgo puede combinarse con la información de la prevalencia de estas variables a través de la medición de la Proporción Atribuible de Riesgo a la Población (PARP). Haciendo una interpretación causal de la PARP el 61% de los embarazos en esta población pueden ser atribuidos al abandono escolar, 35% a la disfunción familiar y el 15% a la pobre educación sexual.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio realizado en mujeres adolescentes del Municipio Larreynaga-Malpaisillo en el período Enero a Junio del 2004, la disfunción familiar, la educación sexual pobre y el abandono escolar constituyeron factores de riesgo para embarazo durante la adolescencia.

El cálculo de la muestra se realizó a través del programa Epilnfo para garantizar que esta fuera representativa de la población, la escogencia de casos y controles fue aleatoria. El error de memoria fue poco probable por cuanto la información recolectada fue sobre eventos de vida relevantes. El entrenamiento cuidadoso de los entrevistadores, su estandarización y el pilotaje del instrumento minimizaron los errores de detección. Al considerar el abordaje mundial del embarazo adolescente se garantizó la validez de constructo y criterio. Potenciales factores de confusión se ajustaron al realizar un análisis multivariado de regresión múltiple.

Haber crecido en una familia disfuncional conlleva un riesgo de tener el primer embarazo antes de cumplir los 20 años ⁽²⁰⁾, en el presente estudio encontramos que es 6 veces más probable un embarazo en la adolescencia cuando se convive en una familia de este tipo, para la población de estudio el 35% de los embarazos se pueden atribuir a la disfunción familiar.

Uno de los aspectos característicos de una familia disfuncional es la ausencia de uno o ambos padres. La importancia de la presencia de estos en el hogar radica en que las adolescentes tienen un mejor apoyo para su desarrollo psicosocial ^(15,16, 17), es aquí donde se les brinda la primera información sobre temas como sexualidad y convivencia, además de poder compartir experiencias que consoliden su personalidad y les permita tomar decisiones que afectarán el resto de sus vidas.

La ausencia de un padre o una madre influye de una manera negativa en el desarrollo de las adolescentes en aspectos como: la educación sexual, nivel académico, prácticas sexuales, abuso de sustancias, promiscuidad, entre otras. (5, 6, 7, 8,20).

Por el hecho que en el presente estudio encontramos que la mayor parte de mujeres que no había tenido un embarazo en la adolescencia convivían con ambos padres y por otro lado aquellas que ya estaban embarazadas antes de cumplir los 19 años no habían tenido la presencia de al menos uno de ellos, se considera como una desventaja para asumir roles en la sociedad y en la misma familia (16,21). Según muchos puntos de vista, la inestabilidad de la familia promueve las prácticas de alto riesgo de embarazo con el consecuente aumento del riesgo de ocurrencia de este en la adolescencia (5, 6, 7, 8,20); efectivamente existe 3 veces mayor probabilidad de quedar embarazada en esta etapa cuando no se convive con ambos padres.

Otro de los aspectos que componen una familia disfuncional es el estado civil de los padres, en investigaciones realizadas se encontró que esta característica influye en la estabilidad familiar. Aunque existe evidencia de que la importancia radica en la presencia de los padres más que en su estado civil, no se puede obviar que el estar en estado de soltería o separados influye en el comportamiento sexual y en el concepto de relación que los hijos se vayan formando (5, 6, 7, 8,19). En el presente estudio, se encontró que existe 3 veces mayor probabilidad de quedar embarazada en la adolescencia si el estado civil de los padres es soltero o separados, probablemente se deba a la capacidad de una familia en estas circunstancias de educar a sus hijos.

El tercer punto de relevancia en las familias disfuncionales es el abuso de sustancias psicoactivas. La familia donde se practica el consumo de estas sustancias se torna llena de situaciones conflictivas las cuales muchas veces se vuelven inaguantables por parte del adolescente, obligándolo a buscar ayuda en

personas fuera del hogar, este es el caso de aquellos que reciben educación en mayor medida por amigos, desconocidos o en lugares en donde no es objetiva; por otro lado puede existir una actitud de imitación, en donde el joven opta por consumir las mismas sustancias, con la consecuente práctica de actividades de alto riesgo de embarazo, abandono de la escuela, desinterés por el trabajo, entre otros; creándose un círculo vicioso difícil de manejar (5,6,7,8,20). Tenemos que las jóvenes que viven en casas donde se consume alguna sustancia psicoactiva en exceso tienen 3 veces mayor probabilidad de un embarazo en la adolescencia que aquellas que no viven inmersas en esta situación.

Los datos obtenidos en este estudio nos dicen que existe 7 veces mayor probabilidad de tener un embarazo cuando se ha recibido una pobre educación sexual, el 15% de los embarazos de esta población pueden ser atribuidos a esta característica. Hay que destacar que la educación sexual debe basarse en la formación que evite comportamientos de riesgo, cambie la concepción de la sexualidad hacia una manera de pensar que favorezca el inicio de una vida segura, para así asumir las responsabilidades futuras (20, 39,40)

Generalmente la educación sexual no es brindada en su mayoría por personal capacitado, sino que el joven busca informarse en grupos pares y/o medios de comunicación, los cuales no poseen base científica y por tanto esta educación es inadecuada (13, 16,18). En estudios anteriores se ha buscado el peso que tiene sobre la sexualidad la educación brindada en el hogar -en especial por parte de las madres- y la información brindada dentro del sistema educativo (13, 16, 15, 37, 38, 39, 40, 48). El hecho de que este estudio encontró que existe 2 veces más riesgo de un embarazo si nunca se ha recibido orientación sobre sexualidad en el hogar y que haber recibido esta información en la escuela no tenga una relación significativa nos indica que tiene mayor importancia la educación sexual en el hogar, esto se debe probablemente a que en el hogar pueden darse condiciones más favorables para abordar estos temas y el sistema educativo no contemple una metodología de información desde los primeros años de escuela (15,40).

Se conoce la importancia de la edad de inicio en la que se brinda la educación sexual, tomando en cuenta que en el desarrollo humano la etapa de latencia de la sexualidad es de los 6 a los 12 años y que la base de las decisiones tomadas en la adolescencia surge en este período, tenemos que este es el momento adecuado para brindar la información de una manera científica (11, 26, 36, 37, 38,51). En nuestro estudio encontramos que la probabilidad de quedar embarazada en la adolescencia aumenta mientras más se retrase el inicio de esta educación, específicamente aplazarla hasta después de los 12 años.

Otro hecho importante es que entre las mujeres que conocen más de un método de anticoncepción el riesgo de un embarazo no es significativo, podríamos inferir entonces que no es el hecho de conocer un número determinado de métodos, sino familiarizarse con los más apropiados para cada persona y el momento adecuado para utilizarlo (4,35).

Haciendo una comparación entre el nivel de educación (nivel académico) con la calidad de educación sexual tenemos que es más relevante investigar acerca de los conocimientos de sexualidad adquiridos en el hogar y que el mismo hecho de tener un nivel académico superior para incidir en el fenómeno del embarazo adolescente.

Lo antes mencionado nos hace preguntarnos si la permanencia de las mujeres en la escuela es un factor protector por si solo del embarazo en la adolescencia.

Estudios anteriores muestran que la permanencia en la escuela juega un papel fundamental para el desarrollo de la sexualidad y para la disminución del embarazo en adolescentes (23, 28,9). En la presente investigación encontramos que efectivamente el abandono escolar es un factor de riesgo importante, siendo 6 veces mayor el riesgo de quedar embarazada antes de cumplir 20 años si se abandonan los estudios, este factor es responsable por si solo del 61% de los

Embarazo en Adolescentes

embarazos presentados en esta etapa, lo que puede ser debido a que las mujeres que se ven forzadas a abandonar sus estudios e iniciar la vida laboral y/o conyugal, tienen menos expectativas de superación profesional, menor educación sexual, y una razón menos para retrasar la maternidad.

CONCLUSIONES

- Las mujeres con una pobre educación sexual tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas antes de terminar la adolescencia.
- La disfunción familiar es un factor de riesgo para el embarazo en la adolescencia.
- La deserción escolar es un factor de riesgo para el embarazo en menores de 20 años y se le atribuye la mayor proporción de embarazos en esta edad.
- El perfil de una embarazada adolescente es en conclusión: haber crecido en una familia donde no existía la presencia de ambos padres, el abuso de sustancias psicoactivas en su hogar, no haber recibido educación sexual en etapas tempranas ni por sus padres, ni por sus maestros, no haber aprobado más allá de el sexto año de primaria, así como haber abandonado sus estudios.

RECOMENDACIONES

- Realizar esfuerzos para evitar la deserción escolar desde los primeros años de estudio como medida para disminuir el embarazo en adolescentes.
- Incluir la educación sexual en los centros educativos desde edades tempranas, con temas que abarquen la salud reproductiva en todos sus aspectos, de una manera acorde a su edad y de una forma práctica y por personal capacitado.
- Invertir esfuerzos para promover la estabilidad familiar, haciendo énfasis en la importancia de la integridad familiar, y la convivencia en un hogar libre de drogas.
- Incluir en los programas de adolescentes a los miembros de la familia, educadores y maestros para lograr una mayor integración en la formación del joven.
- Mantener los clubes de adolescentes activos en los diferentes puestos de salud, especialmente en los de menor acceso.
- Brindar una atención de manera individualizada a las adolescentes, promoviendo la evaluación multidisciplinaria.

GLOSARIO

ESDENIC: Encuesta Socio-Demográfica Nicaragüense

ENDESA: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud

INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

MINSA: Ministerio de Salud

PNUD Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

PROFAMILIA: Programa de Planificación Familiar.

REFERENCIAS

1. Maestría Salud Sexual y Reproductiva. Documento mimeografiado. La actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe: Riesgos y Consecuencias. UNAN Managua. 1997.
2. OMS,OPS Diseminación Selectiva de la Información. "Programa de Salud Sexual y Reproductiva y Adolescencia". Boletín N° 1. Managua, Nicaragua. Noviembre 2001.
3. MINSA. "Manual de Procedimientos para la atención integral a las y los adolescentes". Capítulo 5. Salud Sexual y reproductiva en la adolescencia. Managua, Nicaragua. 2002.
4. Publicación del INFO Project, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA. Volumen XXXI, Número 2. Serie M, Número 17. Primavera de 2003
5. Uzcateguy. Embarazo en la adolescencia precoz. Venezuela. Rev Obstet-Ginec 1997; 57(1):29-35.
6. Ávila Gálvez. Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia. Policlínico Docente "Wilfredo Pérez Pérez". La Habana, Cuba. Año 2000.
7. Osoffky I. Embarazo en la segunda década de la vida. Consideraciones Psicosociales. Clin Obst-Ginecol Norteam 1990;4(2):10.
8. Álvarez Valdivia I. Embarazo en la adolescencia. En: Mensaje para los padres. Ciudad de La Habana: Ed. Científico-Técnica. 1997:6.
9. J. Senderowitz, "Adolescent Health: Reassessing the Passage to Adulthood". World Bank Discussion Papers #272, Washington, DC, 1995.
10. Zelaya E. Epidemiology, Department of Public Health and Clinical Medicine, Umea University, SE-901 85. 1999.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). CONSEJO EJECUTIVO EB109/10. Salud de los niños y los adolescentes. 109ª reunión. Punto 3.7 del orden del día provisional. 12 de diciembre de 2001
12. "Too Old for Toys, Too Young for Motherhood". UNICEF, New York, 1994.
13. Ceselmed. Embarazo en adolescentes. Ediciones CECEL. S.A.27 Julio 2004.
14. The World's Youth 1994. An Special Focus on Reproductive Health. Population Reference Bureau y The Center for Population Options. Washington D,C. Marzo 1994.
15. Gutiérrez Gómez Ximena. Modulo de adolescencia. Maestría en Salud Sexual y reproductiva. UNAN-Managua. 2002
16. Adolescencia y educación. Editorial Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica. 1983.
17. Issler Juan R. EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107 -. Página: 11-23. Agosto/2001. España.
18. Dominic Marchiano, M.D., Department of Obstetrics & Gynecology, University of Pennsylvania Medical Center, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network.21/01/2002

19. OMS/OPS. Marco conceptual para la salud integral del adolescente. Programa regional de salud materno-infantil. Agosto, 1990.
20. Ministerio de Salud. "ESTRATEGIAS Y LINEAMIENTOS BÁSICOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA". Nicaragua. Abril 2003
21. Arce. L (1994) Las familias mixtas. Presentación ante la asociación Costarricense de Psicoterapia. San José. Costa Rica.
22. KIRK, D. and PILLET, B. Fertility levels, trends, and differentials in sub-Saharan Africa in the 1980s and 1990s. *Studies in Family Planning* 29(1): 1-22. Mar. 1998.
23. EDWARDS, S. Schooling's fertility effect greatest in low-literacy, high-fertility societies. *International Family Planning Perspectives* 22(1): 43-44. Mar. 1996.
24. AINSWORTH, M., BEEGLE, K., and NYAMETE, A. The impact of women's human capital on fertility and contraceptive use in sub-Saharan Africa. Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Miami, Florida, May 5-7, 1994. 64 p.
25. CASTRO MARTÍN, T. Women's education and fertility: Results from 26 Demographic and Health Surveys. *Studies in Family Planning* 26(4): 187-202. Jul.-Aug. 1995.
26. Cristóbal Pilar Ceselmed. Sexualidad en la adolescencia. Ediciones CECIL. S.A. 27 Julio 2004. Terra, España.
27. HEATON, T.B. and FORSTE, R. Education as policy: The impact of education on marriage, contraception, and fertility in Colombia, Peru, and Bolivia. *Social Biology* 45(3-4): 194-213. Fall/Winter 1998.
28. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). El embarazo en la adolescencia. Diagnóstico para reorientar las políticas y programas de salud. Argentina. Mayo 2003- Junio 2004.
29. NATIONAL RESEARCH COUNCIL, COMMISSION ON BEHAVIORAL AND SOCIAL SCIENCES AND EDUCATION, and COMMITTEE ON POPULATION. Factors affecting contraceptive use in sub-Saharan Africa. Washington, D.C., National Academy Press, 1993. 252 p
30. UNITED NATIONS (UN) POPULATION DIVISION. Women's education and fertility behavior. Recent evidence from the Demographic and Health Surveys. New York, UN, 1995. 113 p
31. SATHAR, Z.A. The processes by which female education affects fertility and child survival. In: International Population Conference, Montreal, 1993. Vol. 4. Liège, Belgium, International Union for the Scientific Study of Population, p. 229-240.
32. WEINBERGER, M.B. Recent trends in contraceptive use. *Population Bulletin of the United Nations* (36): 55-80. 1994.
33. N. Sadik, *State of the World Population 1990*, New York, UNFPA, 1990.
34. PéStern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Publica Mex* 1997;39:137-143.
35. MORENO, L. Differences by residence and education in contraceptive failure rates in developing countries. *International Family Planning Perspectives* 19(2): 54-60, 71. Jun. 1993.

36. OMS / OPS. Donas Solum. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. Julio, 1992. San José, Costa Rica.
37. Ehrenfeld-Lenkiewicz N. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Salud Publica Mex 1994;36:154-160.
38. Garita Arco Carlos. Aspectos psicosociales del embarazo en adolescentes y su abordaje con enfoque de derechos. II Taller Centroamericano de Antropometría. San José Costa Rica. Agosto 2004.
39. FURSTENBERG F, MOORE K, PETERSON J: Sex education and sexual experience among adolescents. American Journal of Public Health, 75(11):1331-1332, 1985.
40. De la Lastra, Manuel. Embarazo y adolescencia. Familia. (Santiago, Chile), Nº 23, 1992. p. 18-21. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2000.
41. AIDS Actino: The International Newsletter on AIDS Prevención and Care. Appropriate Health Resources and Technologies Action Group. Número 25. Junio/Agosto 1994.
42. Marengo María Auxiliadora. "Apuntes de Sexualidad humana, Censo de Psicología". Editorial El Amanecer. Managua. 1997
43. Cortés Alfaro Alba, García Roche René, Monterrey Gutiérrez Pedro, Fuentes Abreu Jorge, Pérez Sosa Dania. SIDA, adolescencia y riesgos. Rev Cubana Medicina General Integral 2000; 16(3): 253-60.
44. Ceselmed. Embarazo en la adolescencia Incidencia, riesgos y complicaciones. Ediciones CECEL. S.A.3 Agosto 2004.
45. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obst Ginecol 1996;22(1):11-5.
46. López Nodarse M, Flores Madan L, Roche Pérez C. Embarazo en la adolescencia: Resultado de dos. Sex Soc 1996;2(4):12-6.
47. Morris L. (1988). Contraceptive use and reported levels of unplanned pregnancies in Latin America, presented at the XIV International Congress, Latin American Studies Association, New Orleans, Louisiana, March 17-19.
48. MORRISON DM: Adolescent contraceptive behavior: a review. Psychological Bulletin, 3:538-568, 1985. 11. PAZ O: El Laberinto de la Soledad Fondo de Cultura Económica, México, 1959.
49. DAWSON DA: The effects of sex education on adolescent behavior. Family Planning Perspectives, 18(4):162-170, 1986.
50. ZELNIK M, YOUNG K: Sex education and its association with teenage sexual activity, pregnancy and contraceptive use Family planning Perspectives, 14:117-122, 1982.
51. Pick de Weiss Susan. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos, conducta sexual y anticoncepción en adolescentes. Salud Mental V. 17 No. 1, marzo de 1994. INSP-CENIDS 2002.
52. Zabin, L.S. Hirsch, M.B., Smith, E. A. and Hardy, J.B. (1984). "Adolescent sexual attitudes and behavior, are they consistent?" Family Planning Perspectives, 16, 181-185.

ANEXOS

ENCUESTA

*“Factores Sociales determinantes de Embarazo en Adolescentes”
Municipio de Malpaisillo, 15 Abril al 30 de Mayo del 2005”*

Consentimiento Informado Como estudiante de Medicina realizando el Servicio Social en el Municipio de Malpaisillo solicito su consentimiento para realizarle una encuesta sobre embarazo en la adolescencia, considerando que éste ha aumentado en los últimos años, con el objetivo de crear estrategias de atención para este grupo, teniendo presente que será de forma privada, sin divulgación de nombres, ni datos que dañen la autoestima. Una vez explicado lo anterior procedes a responder espontáneamente.

Si acepto _____ No acepto _____
Número de ficha _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad: _____ años.

NIVEL ACADÉMICO

2. Escolaridad: Analfabeta _____
Alfabetizada _____
Primaria incompleta _____
Primaria completa _____
Secundaria incompleta _____
Secundaria completa _____
Técnica/Superior _____
Otras _____

3. Abandono escolar Si _____ No _____

Si respondió positivamente marque la causa: Problemas económicos _____
Desinterés _____
Trabajo _____
Embarazo _____
Otros _____

EDUCACIÓN SEXUAL

4. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces? DIU (aparato) _____
Píldoras _____
Inyecciones _____
Preservativos _____
Métodos naturales _____
Todos _____
Ninguno _____

5. ¿Has hablado alguna vez de noviazgo y sexo con tus padres?

Si _____
No _____

Embarazo en Adolescentes

6. ¿Has hablado alguna vez de noviazgo y sexo con tus maestros?

Si _____
No _____

7. ¿A qué edad recibiste por primera vez esa información? _____ años.

SITUACIÓN FAMILIAR

8. En tu casa convives con:

| | |
|---------------|-------|
| Sólo mi padre | _____ |
| Sólo mi madre | _____ |
| Ambos padres | _____ |
| Ninguno | _____ |

9. Estado civil de tus padres:

| | |
|----------------------|-------|
| Soltero o separado | _____ |
| Casado o unión libre | _____ |

10. ¿Alguien en tu casa abusaba del consumo de alguna sustancia (Alcohol, otras drogas)?

Si _____ No _____