

Medicentro Electrón. 2012 oct.-dic.;16(4)

POLICLÍNICO DOCENTE
«GREGORIO PEDROSO LÓPEZ»
CALABAZAR DE SAGUA, ENCRUCIJADA
VILLA CLARA

ARTÍCULO ORIGINAL

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Por:

MSc. Yamilka Rodríguez González¹, MSc. Yaquelin Hernández Nodarse² y Lic. Nersys Ojeda García³

1. Licenciada en Enfermería. Máster en Salud Pública. Policlínico "Gregorio Pedroso". Calabazar de Sagua, Encrucijada, Villa Clara. Instructora. UCM-VC. e-mail: yamilkargencal@capiro.vcl.sld.cu
2. Licenciada en Enfermería. Máster en Atención Primaria de Salud. Policlínico "Gregorio Pedroso". Calabazar de Sagua. Encrucijada, Villa Clara. Instructora. UCM-VC.
3. Licenciada en Enfermería. Policlínico "Abel Santamaría". Encrucijada. Villa Clara. Instructora. UCM-VC.

Resumen

Se realizó un estudio con diseño observacional descriptivo transversal en el municipio de Encrucijada a las 51 embarazadas adolescentes captadas en el año 2008; se determinaron los factores epidemiológicos relacionados con la atención a las adolescentes como riesgo reproductivo preconcepcional. Fue aplicada una encuesta y revisadas las historias clínicas familiares. A pesar de que la mayoría de las parejas estaban conformadas por adolescentes, la diferencia de edad constituyó un factor relevante. La disfuncionalidad familiar fue directamente proporcional a las relaciones sexuales precoces y al embarazo en este período. La mayoría de las encuestadas poseían el conocimiento sobre la consulta de planificación familiar, pero no asistían; los consultorios médicos no desarrollan el papel rector en la atención a las adolescentes como riesgo reproductivo preconcepcional, y se demostró poca percepción de riesgo con aquellas que refirieron antecedentes obstétricos.

Descriptores DeCS:

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS
EMBARAZO EN ADOLESCENCIA/prevenición
& control
ASUNCIÓN DE RIESGOS
PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Subject headings:

EPIDEMIOLOGIC FACTORS
PREGNANCY IN ADOLESCENCE/prevention &
control
RISK-TAKING
FAMILY PLANNING (PUBLIC HEALTH)

Introducción

La adolescencia fue considerada por un largo tiempo solo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin que se le dedicara mayor atención. En la actualidad, el criterio predominante es que la adolescencia constituye un período de la vida donde ocurren una serie de cambios con rapidez vertiginosa, que se reflejan en la esfera anatomofisiológica, social y cultural¹.

A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer, y la maternidad precoz limita en alto grado las oportunidades de educación y empleo².

En Cuba, se emplea gran cantidad de recursos humanos y materiales para garantizar a los jóvenes una educación integral³. Por esta razón, se han realizado numerosas investigaciones en esta esfera; se han encontrado estudios sociopsicológicos donde se señala que las necesidades de la población en esta etapa de la vida no están solo en el área del conocimiento, sino en la esfera de las actitudes y comportamientos, dado por la escasa percepción del riesgo, la inadecuada disposición a cumplir con medidas preventivas, como es el uso del condón, la ineficacia de la pareja para exigir protección en las relaciones sexuales y los estilos de enfrentamientos evasivos, entre otros⁴.

Nuestro sistema de salud está consciente respecto a la necesidad de generar el apoyo político necesario que garantice priorizar las actividades relacionadas con los derechos y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, pues resultaría imposible lograr los objetivos de desarrollo del milenio relativos a la salud materna, si no invertimos recursos y se toman medidas eficaces dirigidas a la promoción de estos derechos en los adolescentes⁵.

La presente investigación está centrada en el comportamiento de las adolescentes embarazadas del municipio de Encrucijada, que han determinado un incremento del embarazo en la adolescencia en este municipio durante el año 2008; aunque se observa una ligera disminución, la tasa de embarazo en la adolescencia se ha mantenido por encima de la media provincial⁶ y dada su importancia y repercusión en el estado de salud de la población, se mantiene como un problema de salud que no se ha podido resolver.

Para solucionar este grave problema, consideramos muy útil e importante la orientación y educación de la familia y de los propios adolescentes por los Equipos Básicos de Salud. Es nuestra responsabilidad educar y fomentar acciones de salud dirigidas al control y a la protección de este grupo de riesgo.

Métodos

Se realizó una investigación con un diseño observacional descriptivo transversal.

Se trabajó con 51 embarazadas adolescentes, lo que se corresponde con el universo de las captadas en el municipio en el período comprendido entre el 1ro. de enero y el 31 de diciembre del año 2008.

Se realizó una amplia revisión bibliográfica sobre el tema en estudio y una revisión documental de las historias clínicas familiares para conocer la dispensarización de las adolescentes como riesgos reproductivos preconceptionales.

Para la recolección de los datos se elaboró una encuesta ([Anexo](#)), que constituyó el registro primario de la investigación.

Se realizó el procesamiento de la información de forma automatizada con una base elaborada en SPSS Versión 11, lo que permitió el uso de los contenidos descriptivos e inferenciales para tratar los datos recolectados.

Resultados

Durante el período estudiado, en las edades comprendidas entre los 10 y 14 años tuvieron su primera relación sexual un total de 20 adolescentes, lo que representó un 39,2 % (tabla 1); la mayor frecuencia se observó entre los 15 y 17 años, para un 54,9 %. Esto demuestra que un total

de 48 adolescentes (94,1 %) tuvieron su primera experiencia sexual cuando eran menores de edad.

Tabla 1 Adolescentes embarazadas según edad del primer contacto.

Adolescentes embarazadas	No.	%
De 10 a 14 años	20	39,2
De 15 a 17 años	28	54,9
De 18 a 19 años	3	5,9
TOTAL	51	100

En cuanto a la edad de la pareja, hubo un predominio de los adolescentes en un 43,1 %. Los jóvenes representaron un 33,4 % y los adultos tuvieron menor porcentaje (23,5 %).

De las 20 adolescentes que tuvieron su primer contacto sexual entre los 10 y 14 años, 16 pertenecían a familias con alteraciones en su dinámica (80 %); en el grupo de 15 a 17 años se encontraban 28 adolescentes, y 22 de ellos presentaban dificultades (78,5 %); de 18 a 19 años solamente uno (33,3 %) refirió tener problemas familiares. De las 51 adolescentes encuestadas, 39 plantearon que enfrentaban dificultades en el funcionamiento familiar, lo que representó un 76,5 % (tabla 2).

Tabla 2 Funcionamiento familiar según edad del primer contacto sexual.

Edad del primer contacto sexual	Funcionamiento familiar						Total	
	Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
De 10 a 14 años	4	20	5	25	11	55	20	39,2
De 15 a 17 años	6	21,4	16	57,1	6	21,4	28	54,9
De 18 a 19 años	2	66,6	1	33,6	0	0	3	5,8
TOTAL	12	23,5	22	43,1	17	33,3	51	100

En el 58,8 % de las adolescentes encuestadas predominó la unión consensual, seguido de las solteras en un 27,4 %; a este grupo que no poseía un respaldo matrimonial legal pertenecían las 10 que tenían sostén económico propio; el resto (80,4 %) no poseía ningún ingreso (tabla 3).

Tabla 3 Ocupación de las embarazadas adolescentes según estado civil.

Estado civil	Ocupación										Total	
	Estudia		Trabaja		Estudia trabaja		Ama de casa		Sin ocupación			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Soltera	6	42,8	4	28,5	1	7,1	2	14,2	1	7,1	14	27,4
Unión consensual	16	53,3	4	13,3	1	3,3	2	6,6	7	23,3	30	58,8
Casada	4	57,1	0	0	0	0	2	28,5	1	14,2	7	13,7
TOTAL	26	50,9	8	15,6	2	3,9	6	11,7	9	17,6	51	100

De las 51 adolescentes embarazadas encuestadas, 41 no asistieron a la consulta de planificación familiar (80,3 %). de ellas, 18 conocían sobre la existencia de esta consulta; sin embargo, asistían solo ocho (36,3 %). Solamente el 43,1 % refirieron haber tenido una buena atención en el consultorio médico; en aquellas que no recibieron una óptima atención, recayó el mayor porcentaje de desconocimiento y de no asistencia a la consulta (tabla 4).

Tabla 4 Conocimiento y asistencia a la consulta de planificación familiar, según atención en el consultorio médico.

Atención en el consultorio médico	Conocimiento				Asistencia				Total	
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	No	%
Buena	18	81,8	4	18,1	8	36,3	14	63,6	22	43,1
Regular	12	63,1	7	36,8	2	10,5	17	89,4	19	37,2
Mala	0	0	10	100	0	0	10	100	10	19,6
TOTAL	30	58,8	21	41,1	10	19,6	41	80,3	51	100

De las adolescentes embarazadas encuestadas, 26 (50,9 %) tenían antecedentes obstétricos (tabla 5); a pesar de esto, la atención recibida por el 61,5 % de ellas en el consultorio médico no fue buena y el 69,2 % no acudieron a la consulta de planificación familiar. De las 22 que expresaron haber recibido una buena atención en el consultorio médico, el 54,5 % no refirieron antecedentes obstétricos.

Tabla 5 Atención en el consultorio médico y asistencia a la consulta de planificación familiar según antecedentes obstétricos.

Antecedentes obstétricos	Atención en el consultorio						Asistencia a la consulta				Total	
	Buena		Regular		Mala		Sí		No			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sí	10	38,	11	42,3	5	19,2	8	30,7	18	69,2	26	50,9
No	12	48	8	32	5	20	2	8	23	92	25	49,0
TOTAL	22	43	19	37,2	10	1,9	10	1,9	41	80,3	51	100

Discusión

El inicio cada vez más precoz de las relaciones sexuales, evidente en nuestro estudio ha sido tratado por algunos autores³. Esto es considerado hoy un hecho casi universal, sobre todo en los países de América, lo que representa una característica del comportamiento sexual de interés social y de importancia particular para la salud. El redimensionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva en función de esta realidad es imprescindible, así como la intervención intersectorial⁷.

En el caso de las parejas sexuales, al analizarlo por grupos de edad, existe un predominio de los adolescentes. En este aspecto, Valdés D, citado por Alonso Uria⁸, obtuvo resultados similares al nuestro en su estudio, donde predominaron padres adolescentes que, al igual que su compañera, demuestran poca motivación, conocimiento y aptitudes para asumir el rol de padres.

A pesar de lo planteado anteriormente, se observa una marcada diferencia entre las edades de las adolescentes y sus parejas, lo cual puede ser un factor desfavorable para lograr relaciones sexuales seguras; en tres casos, la edad de la adolescente era superior a la de la pareja, en cuatro se igualaban y en el resto era superior; el valor máximo fue de 23 años, y el valor medio de cinco años, aproximadamente.

La desigualdad entre las edades de las parejas estudiadas puede explicarse por la diferencia de la madurez puberal que existe entre hembras y varones adolescentes; iguales resultados fueron obtenidos por Romero Vázquez⁹, quien demuestra la inclinación de las muchachas a sentirse más atraídas por jóvenes de mayor edad que por sus coetáneos.

Las dificultades de la dinámica familiar están muy relacionadas con el inicio precoz de las relaciones sexuales. Romero MI¹⁰, en su Curso de salud y desarrollo, hace amplia referencia a este tema, y concluye que un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura. Otros estudios realizados en Ciudad de La Habana y Santiago de Cuba también han demostrado cómo la presencia de factores biopsicosociales y familiares, como pertenecer a familias disfuncionales y tener una integración social inadecuada, han influido en las actitudes y comportamientos de los adolescentes¹¹. De forma general, el 76,5 % de las adolescentes embarazadas presentaron alteraciones del funcionamiento familiar: en primer lugar, predominaron los problemas de permeabilidad, por la incapacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones, y en segundo, en igual medida, la habilidad demostrada por la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera, y la incapacidad de estas para comunicarse, en función de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

La unión consensual, entendida como aquella pareja que no ha contraído matrimonio legalmente y que sí mantiene un nivel de relación responsable y de mutuo acuerdo con su pareja predominó en nuestra investigación seguidas de las solteras, esto revela que la mayoría de nuestras adolescentes no poseen un respaldo matrimonial legal, como demuestra también la Lic. Grisell Mirabal Martínez en su estudio sobre la repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia. En nuestro estudio, solamente el (13,7 %), al estar casadas legalmente, poseen un respaldo económico legal, cifra muy por encima del 7,3 % obtenido por dicha autora. Se encontraban trabajando en el momento del embarazo el 19,6 %, por lo que son las únicas que poseen un respaldo económico propio.

Estos datos resultaban esperados, ya que en estas edades hay una inmadurez biológica, psíquica y emocional que no es apropiada para mantener una relación de pareja estable⁷; esto, unido al bajo nivel escolar y al abandono de la escuela constituyen factores de riesgo asociados a la gestación precoz¹², fenómeno que incide con mayor frecuencia en quienes tienen múltiples carencias afectivas, educacionales y económicas, lo que agrava aún más la precaria situación social de estas adolescentes y perpetúa el círculo vicioso de las desventajas. Otros autores aprueban la relación existente entre los años de instrucción recibidos y el mejoramiento de la condición de las mujeres, en lo relativo a aspectos adversos asociados al matrimonio y el embarazo precoz¹³.

A pesar de conocer de la existencia de la consulta de planificación la mayoría de nuestras adolescentes no acudió; no se obtuvo información al respecto en la bibliografía consultada, y lo mismo sucedió con las posibilidades de acceso a la consulta de planificación familiar, pues en el presente trabajo no se encontraron impedimentos que explicaran la inasistencia a dicha consulta; el 80,3% no presentaban dificultades, y a pesar de ello 31 (75,6 %) no asistían a la consulta.

Los antecedentes obstétricos constituyen un factor de riesgo importante a tener en cuenta para próximos embarazos; a pesar de este conocimiento, la atención recibida por este grupo en el consultorio médico fue catalogada de regular o mala lo que propició que no acudieran a la consulta de planificación. Este análisis demuestra la baja percepción de riesgo de nuestros equipos básicos de salud, al no profundizar el trabajo preventivo en este grupo específico. Estos resultados reflejan que aún es insuficiente la información que transmite el equipo de salud médico-enfermera de la familia, quienes deben ser los principales promotores en la educación para la salud y en la prevención de enfermedades que inciden en el desarrollo del adolescente¹¹.

Puede suponerse que la calidad del conocimiento sobre anticoncepción mejore, y por ende su efectividad, debido a la cobertura que en los últimos años han alcanzado los servicios de planificación familiar en el país, las acciones educativas dirigidas a la población con el propósito de elevar la demanda de estos servicios para la consejería y la capacitación de los médicos y enfermeras de la familia en prácticas anticoncepcionales, entre otras.

En un trabajo realizado por Núñez Rivas se afirma que, al igual que en nuestro municipio, no se han utilizado a plenitud las posibilidades del sector de la salud para informar, educar y precaver el

embarazo no deseado, sobre todo en las adolescentes, e indica que se aprovechan poco las posibilidades de comunicación con la mujer para charlar sobre estos aspectos, en momentos que pueden considerarse óptimos para la orientación acerca de cómo regular la fecundidad¹⁴.

Coincidimos con ella en que es importante realizar encuentros, mediante talleres por ejemplo, donde los propios adolescentes elaboren planes que incluyan diversas estrategias para vincular los servicios a los grupos de adolescentes, organizados o no, reorganizar el horario de los consultorios para atenderlos, y capacitar al personal en su asesoramiento. La conveniencia de la ubicación, las horas de consulta, el grado de confidencialidad y el estilo del servicio pueden ser importantes, como también la referencia que se haga de otros servicios.

Cuba tiene creadas las condiciones para potenciar la labor de médicos y enfermeras de la familia en el control del riesgo reproductivo, así como la educación y orientación a las mujeres, aspectos indispensables si se quiere lograr éxito en las futuras gestaciones¹⁵.

Abstract

A cross sectional descriptive observational study was conducted at the Encrucijada municipality in 51 pregnant teenagers who were recruited in 2008; epidemiological factors related to care for pregnant adolescents as a preconception risk, were determined. A survey was applied to them and family health history was revised. Although most couples were composed of teenagers, difference in age was a relevant factor. Family dysfunction was directly proportional to early sexual relationship and to pregnancy in this period. Most respondents knew about family planning consultation, but they did not attend to it; medical offices do not develop a leading role with regard to care for pregnant adolescents as a preconception risk, and little perception of risk was evident in those with obstetric history.

Referencias bibliográficas

1. Peláez MJ. Salud reproductiva de adolescentes y jóvenes. Estado actual y perspectivas de intervención. En: Peláez T. Ginecología pediátrica y de la adolescente. Temas para el médico de familia. La Habana: Científico-Técnica; 2007.
2. Blanco Gámez D, Arrieta Zulueta M. Embarazo y adolescencia. Comportamiento clínico-epidemiológico en El Policlínico Párraga. Arroyo Naranjo. 2005-2006. Rev Haban Cienc Méd. 2010 abr.-jun.;9(2):246-53.
3. Cortés Alfaro A, Fiffe YM, García Roche R, Mezquía Valera A, Pérez Sosa D. Características sociodemográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. Rev Cubana Med Gen Integr. 2007 ene.-mar.[citado 25 jun. 2010];23(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Doblado Donis N, De la Rosa Batista I, Pérez Rodríguez E, Jiménez Sánchez CJ, González G. Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes. Rev Cubana Obstetr Ginecol [Internet]. 2009 oct.-dic. [citado 19 jul. 2010];35(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_4_09/gin21409.htm
5. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2005.
6. Anuario Estadístico Provincial. Tasa de embarazo por grupos de edades. Villa Clara: UATS; 2008.
7. Alonso Uría RM, García Viniegra CR, Rodríguez Alonso B, Campo González A, Monteavaro Rodríguez M, Sanabria Ramos G, et al. Educación a madres adolescentes para el cuidado de los hijos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2008 jul.-sep. [citado 25 jun. 2010];24(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000300011&lng=es
8. Alonso Uría RM, Campo González A, González Hernández A, Rodríguez Alonso B, Medina Vicente L. Embarazo en la adolescencia: Algunos factores biosicosociales. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2005 sep.-dic. [citado 25 jun. 2012];21(5-6):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500009&lng=es&nrm=iso&tIng=es
 9. Romero Vázquez D, Rodríguez Acosta M, García Tortosa D, Polo Gracia B. Embarazo no deseado en adolescentes [Internet]. 2000 [citado 18 abr. 2010]:[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/trabajos/embarazo.html>
 10. Romero MI. Embarazo en la adolescencia. Curso Salud y Desarrollo del Adolescente [Internet]. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile [citado 9 mayo 2010]:[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15Leccion2.html>
 11. Rodríguez Cabrera A, Sanabria Ramos G, Álvarez Vázquez L, Gálvez González AM, Castañeda Abascal IE, Rojo Pérez N. La gestión social como vía para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 jul.- sep. [citado 19 jun. 2010];34(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_3_08/spu14308.html
 12. Peláez MJ. Adolescencia y juventud. Desafíos actuales. La Habana: Científico- Técnica; 2003.
 13. Peláez MJ. Conductas de riesgo y sus consecuencias durante la adolescencia. En: Ginecología pediátrica y de la adolescente. Temas para el médico de familia. La Habana: Científico Técnica; 2007.
 14. Núñez Rivas H, Rojas Chavarría A. Prevención y atención del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres [Internet]. 2007 [citado 9 mayo 2010]: [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/embarazo.htm>
 15. Rodríguez Méndez M. El dulce riesgo de ser madre. Juventud Rebelde [Internet]. 29 mar. 2008; Secc. Sabías que... (col. 1) [citado 6 oct. 2009]. Disponible en: <http://www.juventudrebelde.cu/cuba/2008-03-29/el-dulce-riesgo-de-ser- madre/>

Recibido: 28 de mayo de 2012

Aprobado: 12 de septiembre de 2012

Anexo

Necesitamos su colaboración y absoluta sinceridad para responder la siguiente encuesta. La información obtenida solo será utilizada con fines investigativos.

1. Edad: _____
2. Edad de su pareja: _____
3. A qué edad tuviste tu primera relación sexual: _____
4. Estado civil: Soltera___ Casada___ Unión consensual. _____
5. Antecedentes obstétricos:
Embarazos___ Partos___ Abortos espontáneos___ Interrupciones de embarazo___
Cantidad de hijos: _____
6. Nivel de escolaridad: Primaria: ___ Secundaria___ preuniversitario___
Técnico medio___
7. Ocupación: Estudia___ Trabaja ___ Estudia-Trabaja ___ Ama de casa___
Sin ocupación___
8. Marque con una X, según su valoración, las situaciones expuestas a continuación en cuanto a su convivencia familiar:

	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2. En mi casa predomina la armonía.					
3. En mi casa cada uno cumple con sus obligaciones.					
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5. Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa.					
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7. Se toman las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan.					
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante situaciones dadas.					
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					

9. Previo al embarazo:

- Fuiste citada para una consulta por tu área de salud:
Sí ___ No: ___
- Recibiste la visita de algún miembro del Equipo de salud de tu consultorio:

Sí ___ No: ___

10. Tienes conocimiento de la existencia de una Consulta de Planificación Familiar:

Sí___ No: ___

11. Asististe a la consulta de planificación familiar:

Sí___ No: ___