

Embarazo en la adolescencia: algunos factores biopsicosociales

Rosa María Alonso Uría,¹ Ana Campo González,² Alina González Hernández,³ Beatriz Rodríguez Alonso⁴ y Lucrecia Medina Vicente⁵

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, y con carácter comparativo entre 2 grupos poblacionales: grupo A, integrado por todas las madres adolescentes atendidas en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa en el período comprendido del 1ro. de enero al 31 de diciembre de 2001, y el grupo B representado por 506 madres (que es el doble de las madres adolescentes), con edad comprendida entre los 20 y los 35 años de edad, para identificar algunos factores biopsicosociales presentes en ambos grupos. Para la recolección de la información se aplicó una encuesta validada y preparada para el estudio, identificándose algunas variables biopsicosociales. Con la información obtenida, se realizó el procesamiento estadístico para variables cualitativas y cuantitativas. La incidencia de embarazo en la adolescencia fue de 13,2 %, predominó el embarazo en la adolescente tardía para un 52,9 %, el nivel de escolaridad fue bajo en el 86,2 %, y un 82,2 % eran de amas de casas. Es de destacar la importancia de la consulta de orientación a la embarazada adolescente para el correcto tratamiento de la gestación y de su descendencia, así como el papel de la educación sexual en la salud reproductiva.

Palabras clave: Embarazo en la adolescencia, educación sexual, salud reproductiva.

La adolescencia definida como transición entre la infancia y la edad adulta es un período crítico. Muchos autores delimitan esta etapa de una forma imprecisa, pero la OMS la define como la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años.¹

La evolución de la gestación en la adolescencia continúa siendo un problema importante para los profesionales de la salud, ya que el embarazo en este período tiene importantes consecuencias sociales y de salud sobre la madre adolescente y su hijo, y una mayor incidencia de complicaciones médicas en comparación con las gestantes adultas. Estas complicaciones son más graves en adolescentes de menor edad (menos de 17 años), y aún más graves en las adolescentes menores de 15.²

Más del 10 % de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes, y así tenemos que alrededor de 15 millones de mujeres dan a luz cada año, correspondiéndoles una quinta parte de todos los nacimientos del mundo, y la mayoría de estos ocurren en países subdesarrollados. Por ejemplo, en Latinoamérica, estas cifras están en el orden de los 48 millones.³

En Cuba el 13 % de los nacimientos ocurren en madres adolescentes, hallándose entre las naciones con índice elevado de nacimientos en este grupo de edad. 4 El 80 % de ellas tiene riesgo de tener hijos con peso menor de 2 500 g, y 1,6 veces mayor que para las que tienen más de 18 años.⁴ La problemática en salud reproductiva de la adolescente, en sentido general, se vincula a la tendencia de los jóvenes a practicar conductas sexuales riesgosas, así tenemos:

- El inicio cada vez más precoz de la vida sexual.
- El poco reconocimiento de los riesgos.
- Las relaciones sexuales imprevistas en lugares y situaciones impropias.
- Los continuos cambios de pareja (promiscuidad).
- El poco conocimiento sobre el uso de anticonceptivos.
- El insuficiente conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual.

Por todo esto, las adolescentes son un sector de la población que tiene un riesgo reproductivo elevado, y si está asociado un embarazo, el riesgo es superior; pudiendo desarrollar enfermedad hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer, parto pretérmino y nutrición insuficiente.⁵ Dada esta situación, la atención a la adolescente embarazada, futura madre, debe ser vital para garantizar el desarrollo del proceso madre-hijo, un cuidado y crianza adecuadas que evite consecuencias particularmente peligrosas, tanto para ella como para su descendencia. Todo esto nos motivó a estudiar en nuestra institución a la madre adolescente.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo entre 2 grupos poblacionales: grupo A, integrado por todas las madres adolescentes atendidas en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa, en el período comprendido del 1ro. de enero al 31 de diciembre de 2001; y el grupo B, representado por 506 madres, que es el doble de las adolescentes con edades entre 20 y 35 años durante el mismo período. La población diana (grupo A) está constituida por 253 madres adolescentes con edad inferior a los 20 años que fueron seguidas en consulta externa durante todo el proceso de gestación.

Para la recolección de la información se aplicó y validó una encuesta preparada al efecto donde se dimensionaron algunas variables biopsicosociales obtenidas en las consultas de seguimiento: edad materna, edad paterna, escolaridad materna, escolaridad paterna, ocupación materna, ocupación paterna, número de embarazos anteriores, estado civil y planificación del embarazo. Además contamos con otras fuentes primarias, como el carné obstétrico y las historias clínicas maternas, en ambos grupos de estudio. Se procesó la información en el sistema Microsoft Access. Se calcularon medidas estadísticas descriptivas para variables cualitativas y cuantitativas. Se aplicó X^2 (Chi cuadrado) para buscar asociación estadística.

RESULTADOS

La incidencia del embarazo en la adolescente en este período de estudio fue de 13,2 %. En relación con las edades de la madre adolescente (tabla 1), el grupo que predominó es el de 18 a 20 años (adolescencia tardía) con 134 casos para un 52,9 %.

TABLA 1. Distribución de los nacidos vivos según edad materna

Edad materna	No.	%
≤ 14 años	4	1,6
15-17 años	115	45,5
18-20 años	134	52,9
Total	253	100

Fuente: Carné obstétrico.

El comportamiento de la edad paterna (tabla 2), difiere de lo encontrado en la edad materna, ya que el 93,7 % eran mayores de 20 años y contaban con respaldo económico por vínculo laboral. En el aspecto de formación educacional el nivel predominante fue el de secundaria básica para las adolescentes, con un 86,2 %, mientras que en el grupo B predominan los niveles medio, preuniversitario y universitario para un 92,1 %. Con relación a la escolaridad paterna, el 59,3 % de los padres en el grupo de riesgo (A) tienen nivel preuniversitario.

TABLA 2. Distribución de los nacidos vivos según edad paterna

Edad paterna	No.	%
≤ 17 años	3	1,2
18 a 20 años	13	5,1
> 20 años	237	93,7
Total	253	100

Fuente: Carné obstétrico.

Al revisar la ocupación materna (tabla 3), predominaron las amas de casa en el grupo de embarazadas adolescentes con el 82,2 %, con valores muy significativos. El 96 % de los padres de las gestantes de riesgo son trabajadores, elemento este que contribuye al respaldo económico en la crianza del hijo.

TABLA 3. Distribución de la ocupación materna

Edad materna	Estudiante		Trabajadora		Ama de casa		Total	
	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Adolescentes < 20 años	20	7,9	25	9,9	208	82,2	253	100
Madres de 21 a 35 años	150	29,6	203	40,2	153	30,2	506	100
Total	170	22,4	228	30,0	361	47,6	759	100

Fuente: Carné obstétrico.

$$X^2 = 182,73 \quad P = 2,20 \quad E = 13 \quad P < 0,01$$

Con relación al número de embarazos de la gestante adolescente, el 90,1 % no tenía historia obstétrica anterior, pero en 24 de ellas (9,5 %) era su segundo embarazo.

Al estudiar el estado civil (tabla 4), la incidencia de madres solteras fue similar en ambos grupos, sin embargo, predominaron las casadas (43,5 %) en las mayores de 20 años y la unión consensual en las adolescentes, valores estadísticamente muy significativos, para $p < 0,01$. Con respecto a la planificación del embarazo, en las gestantes adolescentes el 100 % no fue planificado, mientras que en el grupo B se planificó en el 88,9 %.

TABLA 4. Comportamiento del estado civil

Edad materna	Soltera		Casada		Vínculo consensual		Total	
	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Madres adolescentes < 20 años	58	22,9	66	26,1	129	51,0	253	100
Madres de 20 a 35 años	93	18,4	220	43,5	193	38,1	506	100
Total	1 551	20,0	286	37,6	322	42,4	759	100

Fuente: Carné obstétrico.
 $X^2 = 21,851$ $P = 1,800 \text{ E-} 0$ $P < 0,01$

DISCUSIÓN

Adolescencia y embarazo son términos que se asocian a alegría, esperanza y futuro; pero si ambos coinciden, son motivo de preocupación, ya que, por lo general, la alegría se opaca y se transforma en un problema. Así podemos decir que en nuestro trabajo predominó la adolescencia tardía. Según reporta Chelala,⁶ el 20 % de las madres adolescentes en América Latina son madres de 18 años, y en el Caribe el 50 % son madres de 17 años y menos. Otros autores como Alzugaray, Vázquez y Peláez, en nuestro país, coinciden con los resultados obtenidos en el estudio (Alzugaray M. Embarazo en la adolescente. Algunos aspectos psicosociales. Policlínico Docente “Enrique Betancourt N”. 1999).^{5,7}

Al analizar la tabla 2 relacionada con la edad paterna, vemos que no hubo igual comportamiento con respecto a la edad materna, ya que el 3,7 % eran mayores de 20 años, con vínculo laboral, y por tanto, con un respaldo económico. En este aspecto, estudios realizados por Valdés D. se recogen resultados diferentes al nuestro, donde predominaron padres adolescentes, con reacciones de rechazo e indiferencia, ya que al igual que su compañera, en esta edad es poco motivante la condición de ser padre (Valdés D, Ortiz C, Moya B. Pérez J, González M. Sexualidad y adolescencia. Primeras relaciones. Trabajo presentado en el VI Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y la Adolescencia. Ciudad de La Habana, mayo de 1999).

En trabajos realizados por Donovan, González A y Álvarez Carril, se plantea que la deserción escolar tiene un papel preponderante en las adolescentes gestantes;^{8,9} y si sumamos esto a la inmadurez propia de la edad, desde el punto de vista psicológico es más desfavorable para la vida futura de la madre y del niño, ya que después de este parto a la mayoría les resulta imposible proseguir su instrucción, por lo que la problemática es más desalentadora. Esta situación impone un predominio de las amas de casa, como se identificó en el estudio; así, diferentes autores plantean que las adolescentes con el rol de madres están obligadas a buscar ayuda de su pareja y/o de su familia, para incorporarse al trabajo o al estudio, por tener ahora ante sí la responsabilidad de atender a su hijo. Valdés Dacal reporta en su artículo un 87,1 % de amas de casa,^{10,11} con lo cual se demuestran las consecuencias futuras que esto podría tener no solo para la nueva familia, sino para la sociedad (Donovan E. Consecuencia de la crianza durante la adolescencia. Salud, sexualidad y adolescencia. Centro de Orientación para Adolescentes. 2000; 173-9).

En nuestro estudio el predominio de padres trabajadores es algo alentador, que repercute positivamente en estas parejas, pues habría un respaldo económico para la crianza del hijo, que favorece la adquisición de alimentos, la nutrición de la descendencia y de la madre que lacta, y mejoraría el estándar de vida de la familia.

Consideramos preocupante el hecho de que el 10 % de las gestantes adolescentes de nuestro estudio fueran protagonistas de su segundo embarazo, condición que evidencia aún más la gravedad actual del embarazo precoz y el incremento de sus cifras, a pesar de los esfuerzos que destina el sector salud y la voluntad política de nuestro gobierno, que concentra los recursos en el desarrollo pleno de la personalidad, la formación de una cultura general integral que geste hombres y mujeres inteligentes, instruidos y plenos. Esta situación es similar en el plano internacional, pues Yawagishitz M, Vázquez A y González A reportan resultados similares.^{7,8,10}

En cuanto a la planificación del embarazo, los estudios más recientes coinciden con el nuestro, al identificar la no planificación de la gestación en la mayoría de los casos.^{11,12}

Como conclusión de nuestro estudio podemos señalar que se encontró asociación epidemiológica entre algunos factores biopsicosociales de riesgo y el embarazo en la adolescencia, como el bajo nivel escolar y la condición de ama de casa, que originó un incremento en la tasa de incidencia del embarazo en la adolescencia.

Se necesita encaminar mejor la educación sexual para lograr la prevención del embarazo en la adolescencia, y así una correcta planificación familiar. En tal caso resultó de gran utilidad la consulta de orientación a la embarazada adolescente.

SUMMARY

Pregnancy in adolescence:some biopsychosocial factors

A descriptive prospective and comparative study was undertaken between 2 population groups to identify some biopsychosocial factors present in both groups: group A was composed of all the adolescent mothers that received attention at the Gynecobstetric Teaching Hospital of Guanabacoa from January 1st to December 31st, 2001, and group B included 506 mothers aged 20-35 (the double of the adolescent mothers). The information was collected by a survey validated and prepared for the study. Some biopsychosocial factors were identified. The statistical processing for qualitative and quantitative variables was carried out by using the information obtained. The incidence of pregnancy in adolescence was 13.2 %. It was observed a predominance of pregnancy in late adolescence, accounting for 52.9 %. The educational level was low in 86.2 %, whereas 82.2 % were housewives. It is stressed the importance of counselling to pregnant adolescents to have an adequate treatment of gestation and their offspring, as well as of the role of sexual education in the reproductive health.

Key words: Pregnancy in adolescence, sexual education, reproductive health.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peláez J. Embarazo en la adolescencia. En: Ginecología Infanto-Juvenil. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1999: 190-202.

2. Gollo PR, Rus AOA. *Pediatric*. Sao Paulo 2000; 22 (2): 123-9.
3. Conexa PN, Kiel C. Maternidad y paternidad en la adolescencia. En: Manual para la educación en salud integral del adolescente. Chicago: Art. Of. Living; 1997. p. 89-117.
4. Colectivo de autores. *Ginecología infanto-Juvenil*. Ed. Socudef. La Habana: Editora Política; 1996.
5. Peláez J. Salud sexual y reproductiva En: Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud adolescente. La Habana: MINSAP; 1999.p.177-88.
6. Chelala C. Embarazo en adolescentes americanos. *Rev Salud Mundial*. 1998; 4(2): 36-40.
7. Vázquez A. Embarazo en la adolescencia, repercusión biosocial durante el primer año de vida. *Rev Cubana Ped*.1999;69(2): 82-8.
8. González Hdez A, Alonso U. RM, Gutiérrez Rojas AR, Campo Glez A. Estudio de gestantes adolescentes y su repercusión en el recién nacido en un área de salud. CM, *Publicación Médica*. Centro Médico de Mar del Plata. 1999;12 (2): 84-8.
9. Álvarez Carril E. La capacitación sobre adolescencia. En: Desde la institución a la comunidad una puerta abierta al futuro. Cuba: Ed. UNICEF; 2001:17-21.
10. Wassoma A, Mohamed K. Low birth weight babies. Socio demografic an obstetrics characteristics of adolescents mothers at Kenyatha National Hospital Nairobi. *East Afr MED J*. 2002; 79 (10): 539-42.
11. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitae J, Saavedra Moredo D, Bardales Mitae E. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones. *Rev. Cubana Obstet. Ginecol*. 2002; 28(2).
12. Hlein J. Actualización sobre Ginecología en la Adolescencia. *C Ped North*. 1999; 1: 26.

Recibido: 17 de junio de 2005. Aprobado: 19 de diciembre de 2005.

Dra. *Rosa María Alonso Uría*. Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa. Calle Estrada Palma, No. 20, Guanabacoa, municipio Guanabacoa, Ciudad de La Habana, Cuba. Email: rosemary@infomed.sld.cu

¹Especialista de II Grado en Neonatología. Profesora Titular de la Facultad de Medicina "Dr. Miguel Enríquez".

²Especialista de I Grado en Neonatología.

³Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Neonatología.

⁴Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Higiene y Epidemiología. Profesora Asistente de la Escuela Latinoamericana de Medicina. Investigadora Agregada del Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos.

⁵Especialista de I Grado en Medicina General Integral.