

Factores influyentes en la primiparidad precoz en Santa Cruz del Norte durante 10 años

Factors influencing early primiparity in Santa Cruz del Norte for 10 years

MSc. Jonathan Hernández Núñez; MSc. Magel Valdés Yong; MSc. Yordanka María Moreno González; MSc. Martha Aurora Pérez Pérez

Policlínico-Hospital "Alberto Fernández Valdés". Santa Cruz del Norte. Mayabeque, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes.

Objetivo: identificar los factores de riesgo que influyen en el embarazo en la adolescencia en el municipio Santa Cruz del Norte.

Métodos: se realizó un estudio de casos y controles sobre los factores predisponentes del embarazo en adolescentes de Santa Cruz del Norte, del año 2002 al 2011. El universo fue de 336 pacientes, escogiéndose una muestra de 252 al azar que conformó el grupo estudio, se dispuso de un grupo control de 252 pacientes primíparas no adolescentes. Los datos se recolectaron mediante encuesta y para el análisis estadístico se empleó la media, desviación estándar, porcentaje, Chi Cuadrado y Odds Ratio.

Resultados: las adolescentes fueron mayormente amas de casa, la edad de inicio de las relaciones sexuales fue más precoz en el grupo estudio; la mayoría de las adolescentes no utilizaban métodos anticonceptivos; la crianza de éstas no fue realizada por ambos padres y se desarrollaron en un medio familiar disfuncional mayoritariamente.

Conclusiones: existen múltiples factores de riesgo para el embarazo en adolescentes susceptibles de ser modificados desde la atención primaria de salud.

Palabras clave: embarazo; adolescencia; factor de riesgo; familia.

ABSTRACT

Fundament: Teenage pregnancy is one of the more important medical preoccupations derived from the sexual conduct of young people.

Objective: To identify risk factors for teenage pregnancy in Santa Cruz del Norte from 2002 to 2011.

Methods: A study of cases and controls about risk factors for adolescent pregnancy in Santa Cruz del Norte from 2002 to 2011. From a universe of 336 adolescent pregnant women we chose a sample of 252 at random that conformed the study group; control group was choosing of equal amount of non adolescent pregnant patients. The data collection was by means of survey and for the statistical analysis it was used the average, standard deviation, percentage, square chi and Odds Ratio.

Results: The adolescents were mainly housewives, the age of the first intercourse was precocious in the study group and most of the adolescents didn't use contraceptive methods; the raising of this group was not made by both parents and they were developed mainly in a dysfunctional familiar means.

Conclusions: There are multiple risk factors for teenage pregnancy susceptible of being modified from primary care.

Key words: Pregnancy; adolescence; risk factor; family.

INTRODUCCIÓN

Las adolescentes se enfrentan a un período de grandes transformaciones de carácter intelectual, físico y emocional, a complejas dificultades concernientes a su evolución como ser humano mientras decide su sexualidad, aprenden el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, y asimilan los conocimientos requeridos para impedir que se produzca un embarazo no deseado.¹

El embarazo en la adolescencia es una de las preocupaciones médicas más importantes derivadas de la conducta sexual de las jóvenes, como resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos; lo cual ha incrementado los embarazos en las adolescentes en las últimas décadas.^{2,3}

Múltiples factores se han asociado al embarazo precoz; el inicio temprano o precoz de las relaciones sexuales, evento que puede guardar relación con la más temprana maduración sexual, ligado fuertemente al estado de desocupación de los adolescentes y a un ambiente familiar inapropiado, con ignorancia en la reproducción y planificación familiar, con el conllevado desconocimiento sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, lo cual trae consigo embarazos a edades muy tempranas que generalmente no son deseados.^{4,5}

Teniendo todo esto en cuenta, nos dimos a la tarea de realizar este trabajo con el objetivo de identificar los factores de riesgo que influyen en el embarazo en la adolescencia en el municipio Santa Cruz del Norte.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de casos y controles sobre los factores influyentes en la primiparidad precoz en el municipio Santa Cruz del Norte, durante el período comprendido entre enero de 2002 a diciembre de 2011.

Nuestro universo para el grupo de los casos fue de 336 gestantes adolescentes residentes en el área, en dicho período de estudio, y se escogió una muestra de 252 mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple, siguiendo una relación 3:1 que conformó el **grupo estudio**. Se seleccionó un **grupo control** de 252 pacientes de 20 a 34 años en su primera gestación deseada, escogidas al azar de los consultorios de dicho municipio.

Para formar parte de la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: pacientes con dirección en el área de estudio, con atención prenatal completa en dicha área y que dieran su consentimiento para participar.

Entre los criterios de exclusión estuvieron: pacientes con atención en el área pero con dirección en otro municipio, pacientes con discapacidad y que no dieran su consentimiento para participar.

La recolección de datos se realizó mediante una encuesta a las pacientes (anexo 1) diseñada por los autores y avalada por el consejo científico de la institución, con el fin de analizar el comportamiento de: la ocupación (variable cualitativa nominal según la labor que realiza en ama de casa, estudiante, trabajadora o estudiante y trabajadora); edad de inicio de las relaciones sexuales (variable cuantitativa continua tratada como discreta según la edad de la primera relación sexual); uso planificado de anticonceptivos (variable cualitativa nominal según el empleo de cualquier tipo de anticoncepción para regular la fecundidad); personas que intervinieron en la crianza (variable cualitativa nominal según la presencia o no de uno o ambos padres durante la crianza); y funcionalidad de la familia. Esta última variable (cualitativa ordinal) se midió mediante el instrumento FF-SIL. (Anexo 2)

Los datos se procesaron en una base creada en Excel 2003 utilizando el paquete estadístico SPSS versión 11.1 y se utilizó la distribución de frecuencias en cada variable; además, se empleó la media y desviación estándar para resumir la variable cuantitativa y el porcentaje para las cualitativas. El análisis inferencial se realizó mediante la prueba de independencia con Chi Cuadrado, usando un nivel de confiabilidad del 95 % y se empleó el Odds Ratio para confirmar la asociación entre los factores de riesgo y la primiparidad precoz.

Esta investigación se realizó con previo aval del consejo científico del municipio, previo consentimiento informado de las pacientes que formaron parte del estudio y siguiendo todos los principios éticos de nuestra profesión.

RESULTADOS

Como se aprecia en la tabla 1, se observó que 105 de las gestantes adolescentes eran amas de casa, para un 41,7 %, contra 37 casos en el grupo control para un 14,7 %. Este resultado fue estadísticamente significativo (OR: 4,15; IC95 %: 2,65-6,56; $p=0,0000$).

Tabla 1. Gestantes adolescentes y no adolescentes según ocupación

Ocupación	Grupo Estudio		Grupo Control		Total		OR	IC 95%
	n	%	n	%	n	%		
<i>Ama de Casa*</i>	105	41,7	37	14,7	142	28,2	4.15	2,65-6,56
<i>Estudiante</i>	117	46,4	96	38,1	213	42,3	1.41	0,97-2,04
<i>Trabajadora*</i>	21	8,3	88	34,9	109	21,6	0.17	0,10-0,29
<i>Estudia y Trabaja*</i>	9	3,6	31	12,3	40	7,9	0.26	0,11-0,59
Total	252	100	252	100	504	100		

$X^2 = 87,92.$ $p = 0,0000.$ $*p < 0,05.$

Se pudo comprobar, de manera significativa (OR: 1,85; IC95 %:1,27-2,69; $p=0,0008$), que las gestantes adolescentes comenzaron sus relaciones sexuales antes de los 15 años, con un total de 121 casos, para un 48,0 %, contra 84 pacientes del grupo control, para un 33,3 % (tabla 2). Igualmente fue significativo para los rangos de edad de inicio de las relaciones sexuales entre 13 y 14 años y en las menores de 13 años para el grupo estudio.

Tabla 2. Gestantes adolescentes y no adolescentes según edad de inicio de las relaciones sexuales

Edad	Grupo Estudio		Grupo Control		Total		OR	IC 95%
	n	%	n	%	n	%		
<i>Menos de 13*</i>	17	6,7	5	2,0	22	4,4	3,57	1,24-12,56
<i>13 o 14*</i>	104	41,3	79	31,3	183	36,3	1,54	1,05-2,26
<i>15 o 16</i>	71	28,2	91	36,1	162	32,1	0,69	0,47-1,03
<i>17 o 18</i>	59	23,4	73	29,0	132	26,2	0,75	0,49-1,14
<i>19 o más</i>	1	0,4	4	1,6	5	1,0	0,25	1,01-2,53
Total	252	100	252	100	504	100		

Grupo Estudio: Media = 13,9 años S = 1,5 años.

Grupo Control: Media = 16,8 años S = 1,7 años.

$X^2 = 15,71.$ $p = 0,0034.$ $*p < 0,05.$

Según la tabla 3, se observó que un gran número de pacientes adolescentes no utilizaron métodos anticonceptivos, con 155 casos para un 61,5 %, en contraposición al grupo control con 119 pacientes para un 47,2 %. Este aspecto resultó significativo desde el punto de vista estadístico (OR: 1,79; IC95%:1,23-2,59; p=0,0013).

Tabla 3. Gestantes adolescentes y no adolescentes según empleo planificado de anticoncepción

Uso de Anticonceptivos	Grupo Estudio		Grupo Control		Total	
	n	%	n	%	n	%
<i>No</i>	155	61,5	119	47,2	274	54,4
<i>Sí</i>	97	38,5	133	52,8	230	45,6
Total	252	100	252	100	504	100

$\chi^2 = 10,36.$ $p = 0,0013.$ OR: 1,79. IC95%:1,23-2,59.

Como muestra la tabla 4, se encontró que la mayoría de las adolescentes recibieron una crianza solamente por la madre en 118 pacientes para un 46,8 % contra 92 gestantes para un 36,5 % del grupo control, valores estos que resultaron significativos (OR: 1,53; IC95%:1,06-2,22; p=0,0188).

Según se aprecia en la tabla 5, se constató que el 31,3 % de las adolescentes se desarrollaban en un ambiente familiar disfuncional, contra un 22,6 % en las del grupo control; esto fue estadísticamente significativo (OR: 1,56; IC95%:1,03-2,37; p=0,0273).

Tabla 4. Criterios e indicadores de Calidad (proceso) de la vigilancia microbiológica del Cólera

Entrada del Sistema	Indicador	Estándar	Valor Observado	Evaluación
I-Sensibilidad	Número de casos presuntivos a cólera diagnosticados por el test rápido y/o aislamiento a partir de la siembra en medio TCBS de bacilos gram negativos, oxidasa positiva y fermentador de la sacarosa en el CPHE/ total de casos detectados por el sistema x100.	100%	100%	Satisfactoria
2- La oportunidad	Número de casos detectados como presuntivos de cólera por el sistema de vigilancia microbiológica de forma rápida y/o aislamiento a partir de la siembra en medio TCBS de bacilos gram negativos, oxidasa positiva y fermentador de la sacarosa (menos de 24 horas) / total de casos confirmados detectados por el sistema x100	100%	100%	Satisfactoria
	Tiempo transcurrido a partir del diagnóstico confirmado de los casos por las pruebas serológicas y su comunicación a las autoridades	Adecuado	100%	Satisfactoria
3- Simplicidad	Fuentes de información que emiten los datos de los casos sospechosos al sistema de vigilancia del cólera y tiempo que transcurre entre la llegada de las muestras y su inclusión en el libro de registro del laboratorio	Adecuado	100%	Satisfactoria
4- Representatividad.	Número total de municipios que participan en la vigilancia del cólera, según el comportamiento de las EDA/ total de municipios de la provincia x 100	15= 100%	100%	Satisfactoria
Procesamiento.				
5- Trabajo con información resumida	Utilización de tablas y gráficos para resumir la información de EDA y cólera	Si	Si	Satisfactoria
Salida				
6- Boletines o informes de salida realizados	Número de informes entregados / el número de informes realizados con al menos una frecuencia mensual x100.	7= 100%	7=100%	Satisfactoria

Tabla 5. Gestantes adolescentes y no adolescentes según funcionamiento familiar

Funcionamiento Familiar	Grupo Estudio		Grupo Control		Total		OR	IC 95%
	n	%	n	%	n	%		
<i>Funcional*</i>	87	34,5	117	46,4	204	40,5	0,61	0,42-0,88
<i>Moderadamente funcional</i>	47	18,7	45	17,9	92	18,3	1,05	0,65-1,70
<i>Disfuncional*</i>	79	31,3	57	22,6	136	27,0	1,56	1,03-2,37
<i>Severamente disfuncional</i>	39	15,5	33	13,1	72	14,3	1,22	0,71-2,07
Total	252	100	252	100	504	100		

$\chi^2 = 8,51$. $p = 0,0365$. * $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

En un estudio realizado por Argénida Gómez, el 16,4 % de las gestantes adolescentes trabajaban y la gran mayoría (54 %) se desempeñaba como ama de casa.⁶ El resultado de este estudio coincide con los planteado por esta autora, igualmente con Arriaga Romero y colaboradores, para estos autores, el mayor porcentaje de pacientes adolescentes están desocupadas; así, observaron que el hecho de no estudiar ni trabajar en esta etapa incrementa en 1,8 veces la posibilidad de un embarazo y consideran que se debe a patrones culturales de la población fundamentalmente.⁷ Consideramos que estas pacientes, al tener mayor tiempo libre sin vínculos escolares ni laborales, tienen más probabilidades de llenar su espacio de ocio con inicio y mantenimiento de las relaciones sexuales sin empleo adecuado de anticoncepción.

Según *Katz*, el individuo adolescente no posee una educación sexual bien fundamentada que le permita una correcta y adecuada toma de decisiones, para poderle decir no al coito prematuro, sin que sea una decisión dolorosa por lo que el inicio temprano de las relaciones sexuales es uno de los factores principales en la aparición de un embarazo precoz.⁸ Nuestros resultados coinciden con dicho autor y pudiera deberse al modo de vida y el ámbito cultural del mundo actual con mayor erotización del medio, factores que no dependen de los adolescentes sino que son responsabilidad directa de los adultos y que difícilmente se modifiquen.

Igualmente coincidimos con *Abma* y demás autores en que la proporción de jóvenes que han iniciado las relaciones sexuales va en aumento y la edad de inicio está disminuyendo, pero la capacidad para evitar el embarazo no acompaña a este comportamiento y esto es debido al no uso de anticonceptivos⁹; según *Vigil de Gracia*, esto generalmente es debido a desconocimiento o falta de educación con respecto al empleo correcto de los métodos anticonceptivos disponibles para la población adolescente.¹⁰ En nuestro contexto, quizás se deba a un fallo en el control del riesgo preconcepcional, pues la educación sanitaria sobre métodos anticonceptivos (MAC) y su disponibilidad no constituyen un problema. Por otra parte, las características de esta etapa, como omnipotencia e irresponsabilidad, dificultan la adopción y continuidad de un MAC.

Según *Wakley*, el distanciamiento entre los padres y los hijos hace que el adolescente cree una falsa capacidad para tomar decisiones, que en ocasiones, puede crearle problemas como la gestación en la adolescencia.¹¹ Los resultados de este estudio coinciden con lo anterior al evidenciar mayor cantidad de adolescentes embarazadas convivientes solo con la madre. Esto puede llevar a una inadecuada atención de las necesidades del adolescente debido a la carga laboral, del hogar y económica que recae sobre la madre.

Wakley también considera que la pérdida del poder de la familia como elemento manejador o controlador de los hijos da una mayor y más temprana libertad al adolescente para disponer de su tiempo libre, sin compartir con sus progenitores sus vivencias o ansiedades; así, la ausencia de una familia funcional en el seno del desarrollo del adolescente genera una carencia afectiva que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto que genuino vínculo de amor.¹¹

Igualmente, *Cueva Arana* y *Pett* coinciden en plantear que el despertar sexual de los adolescente suele ser precoz en sus vidas carentes de otros intereses por el estado disfuncional de la familia que no es capaz de atender las demandas que exige esta edad, por tanto, cualquier conflicto grave, invalidante o negligente en el seno familiar hace que esta se torne disfuncional con crisis no transitorias que pueden confluir y traer consigo un comportamiento inadecuado.^{12, 13}

Nuestro estudio coincide con ambos autores, esto quizás es debido al seguimiento, por parte de la adolescente, de los patrones que se estructuran en el seno de una familia que no es capaz de darle atención a las necesidades de una adecuada guía de conducta y el afecto que estas pacientes necesitan.

CONCLUSIONES

Existen múltiples factores que pueden influir en la aparición del embarazo en la adolescencia que pueden ser modificados desde la atención primaria de salud; dentro de los más importantes tenemos la desvinculación escolar y laboral, el inicio precoz de las relaciones sexuales, la no utilización de métodos anticonceptivos y los problemas de educación sexual relacionados con una familia disfuncional con dificultades en la crianza.

Anexo 1

Modelo de Encuesta

Grupo: ___Estudio ___Control

1. ¿Cuál era su ocupación en el momento del embarazo?

___ Ama de casa.

___ Estudiante.

___ Trabajadora.

____ Estudia y trabaja.

2. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____ años.

3. ¿Empleaba con regularidad algún método planificado de anticoncepción? ____ No
____ Sí

4. ¿Qué personas intervinieron en su crianza?

____ Ambos padres.

____ Madre sola.

____ Padre solo.

____ Otro.

5. Funcionamiento familiar (Según el resultado del FF-SIL):

____ Funcional.

____ Moderadamente funcional.

____ Disfuncional.

____ Severamente disfuncional.

Anexo 2

Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL.

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): a continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

	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 responsabilidades					
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. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles					
8. Cuando alguno 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 determinadas situaciones					
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					

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; este se muestra en el siguiente cuadro:

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL	
Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. León P, Minassian M, Borgoño R, Bustamante F. Embarazo adolescente. *Pediatría (Santiago)* [Internet]. 2008 [citado 22 Ago 2012]; 5(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revistapediatria.cl/vol5num1/5.html>
2. Peláez Mendoza J. Ginecología infanto/juvenil. *Salud reproductiva del adolescente*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1999. p.164-202.
3. Stevens-Simon C, Sheeder J. Teen contraceptive decisions: childbearing intentions are the tip of the iceberg. *Women Health*. 2005; 42(1): 55-73.
4. Quesada Miranda MM, Romero Sánchez MC. Caracterización social del embarazo en la adolescencia. *AMC* [Internet]. 2010 [citado 22 Ago 2012]; 14(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000300010&lng=es&nrm=iso&tIng=es&tIng=es
5. Vázquez Márquez A, Guerra Verdecia C, Herrera Vicente V. Embarazo y adolescencia: Factores biológicos materno y perinatal más frecuentes. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2001; 27(2): 156-64.
6. Blanco Gómez A, Latorre Latorre F. Prevalencia de partos en la adolescencia y factores asociados: estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2010; 61(2): 113-20.
7. Arriaga Romero C, Valles Medina AM. Embarazo en adolescentes inmigrantes: variables socioeconómicas, ginecobstétricas y neonatales. *Gac Med Mex*. 2010; 146(3): 169-74.

8. Katz A. Adolescent pregnancy: the good, the bad and the promise. Nurs Womens Health. 2011; 15(2): 149-52.
9. Abma JC, Martinez GM, Copen CE. Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, national survey of family growth 2006-2008. Vital Health Stat. 2010; (30): 1-47.
10. Vigil de Gracia P, Arias T, Lezcano G. Embarazo en adolescentes en la república de Panamá. Rev Obstet Ginecol Venez. 2007; 67(2): 73-8.
11. Wakley G. Helping parents with sex education. J Fam Health Care. 2011; 21(2): 30-3.
12. Cueva Arana V, Olvera Guerra JF. Social and familial characteristics of pregnant adolescents. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2005; 43(3): 267-71.
13. Pett C. The truth behind teenage pregnancy in Britain. Pract Midwife. 2010; 13(10): 22-5.

Recibido: 10 de agosto de 2013.

Aprobado: 24 de octubre de 2013.

MSc. Jonathan Hernández Núñez. Especialista de Primer grado en Medicina General Integral y Ginecobstetricia. Máster en Atención Integral a la Mujer y Medicina Bioenergética. Instructor. magvong@infomed.sld.cu