

Embarazo en la adolescencia. Intervención educativa

Pregnancy in the adolescence. Educational intervention

Dr. Alberto A. Llanes Rodríguez ^I; Dra. Nurys V. Quevedo Arnaiz ^{II}; Dr. Ismael Ferrer Herrera ^{II}; Dra. Alina de la Paz Carmona ^{II}; Dr. Odalys Sardiñas Montes de Oca ^{III}

I. Policlínico Ignacio Agramonte .Camagüey. Cuba.

II. Policlínico Carlos J. Finlay. Camagüey. Cuba.

III. Policlínico José Martí. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: el embarazo en la adolescente desde su inicio significa riesgo para su salud y la de su hijo, la mayoría de las veces son embarazos no deseados y por lo tanto, no acuden tempranamente a recibir atención prenatal.

Objetivo: demostrar la eficacia de la intervención educativa sobre el embarazo en la adolescencia.

Método: se realizó un estudio de intervención educativa en la Aldea Santa Isabel de Guatemala del área de salud Petén-Sur occidental con previa caracterización de la misma, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2006. El universo de estudio fue de 146 adolescentes de ambos sexos, con edades entre 10 y 19 años, previo consentimiento informado. Se exploraron los conocimientos antes y después de la intervención y se evaluaron los resultados obtenidos.

Resultados: el grupo de edades que predominó fue el de 16 a 17 años con un 43, 8 %, con pareja sexual sin estabilidad para un 47, 9 %, prevaleció el conocimiento inadecuado sobre los métodos anticonceptivos y de los factores de riesgos psicosociales.

Conclusiones: la intervención educativa aplicada demostró ser eficaz.

DeCS: Embarazo en la adolescencia; intervención educativa

ABSTRACT

Background: pregnancy in the adolescent from its beginning means risk for her health and her son; most of the times are not wanted pregnancies and therefore, doesn't go early to receive prenatal attention.

Objective: to demonstrate the effectiveness of the educational intervention on pregnancy in the adolescence.

Method: an educational intervention study in Santa Isabel Village of Petén-south western health area from Guatemala with its previous characterization was carried out, from January 1st to December 31st 2006. The universe of study belonged to 146 adolescents from both sexes, with ages between 10 and 19 years, previous informed consent. Knowledge before and after the intervention were explored and the obtained results were evaluated.

Results: the age group that prevailed was the one from 16 to 17 years with 43, 8%, with sexual couple without stability for 47, 9 %; the inadequate knowledge on the contraceptive methods and psychosocial risk factors prevailed.

Conclusions: the applied educational intervention demonstrated to be effective.

DeCS: Pregnancy in adolescence; educational intervention

INTRODUCCIÓN

El embarazo prepara al cuerpo humano para conformar una mujer con la perfección que espera y anhela, dentro de su propuesta personal de belleza; de igual manera interrumpe de forma brusca la preparación destinada a transformar ese cuerpo en el mejor lugar para el advenimiento de un niño. Pese a que sea capaz de concebir, la adolescente no solo biológicamente no está apta para el embarazo, sino que éste rompe para siempre el proceso de la adolescencia, con todo lo que significa en la estructuración de la mujer.¹

La adolescencia es un concepto que además de comprender lo biológico, lo rebasa y muchas de sus características dependen de factores socioeconómicos y culturales. Los avances de la época y las condiciones sociales de libertad e igualdad que rigen la sociedad, permiten a los jóvenes de ambos sexos participar en múltiples actividades, eventos que facilitan y estrechan las relaciones entre ellos. Con frecuencia se ven en la disyuntiva de tomar decisiones de las que siempre son responsables, algunas suelen ser peligrosas y otras relacionadas con la salud reproductiva.²⁻⁴

Según el Centro de Información sobre Fecundidad Adolescente en Washington: 1300000 adolescentes conciben anualmente en el mundo, lo que ocasiona repercusiones sociales desfavorables como deserción escolar, carencia de madurez para atender y educar adecuadamente al hijo, imposibilidad de proporcionarle un hogar seguro, estable emocional y económicamente.⁵⁻⁷

Diversos estudios mencionan como causa de embarazos entre adolescentes, que no utilizan métodos anticonceptivos, o bien usan métodos poco confiables. Starr en 1986, afirma que esto

puede ser debido a que no están preparados para reconocer las consecuencias de sus actos, o porque a veces desean embarazos, ya que un bebé representa la posibilidad de alguien a quien amar, una forma de llamar la atención o crear independencia.⁸⁻¹⁰

El problema del embarazo en la adolescencia no tiene una causa específica, sino que es multideterminado. Varios autores destacan en este grupo, factores de riesgo biológicos y psicosociales. Lo primero se refiere a que las adolescentes con menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazo, hay un aumento de las relaciones prematrimoniales y el empleo de los métodos anticonceptivos sigue siendo bajo. El segundo aspecto plantea que un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura.^{11, 12}

La maternidad en las adolescentes significa riesgo para su salud y la de su hijo desde su inicio, pues la mayoría de las veces son embarazos no deseados y por lo tanto, no acuden tempranamente a recibir atención prenatal. Las jóvenes que no alcanzan su plena madurez física y fisiológica, corren mayor riesgo de morir a causa de complicaciones del parto. Los datos obtenidos en estudios realizados en varios países, muestran que el riesgo de muerte materna en las jóvenes de menos de 20 años, es mayor que en el resto de las edades.¹³⁻¹⁵

Algunas complicaciones son más comunes a esta edad, los trastornos hipertensivos del embarazo si no se tratan pueden provocar eclampsia, con frecuencia mortal. Son varios los autores que plantean que tanto el parto distócico como el índice de cesárea, resultan elevados en este grupo poblacional tan joven, lo asocian frecuentemente con la desproporción céfalo pélvico y las distocias del canal del parto, además las adolescentes no alcanzan el completo crecimiento y desarrollo de los órganos reproductores.^{13, 16}

El médico de la familia dentro del marco de la salud pública en Cuba, juega un importante papel en la atención de los adolescentes, si se tiene en cuenta que es precisamente en esta etapa difícil de la vida, donde se forja el hombre del mañana y se solidifica la personalidad.¹⁴

Motivados por las razones expuestas y ante la situación encontrada en Guatemala, decidimos realizar el presente estudio, con el objetivo de demostrar la eficacia de la intervención educativa sobre embarazo en la adolescencia aplicada en la Aldea Santa Isabel del área de salud Petén Sur-Occidental.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención educativa en la Aldea Santa Isabel de Guatemala del área de salud Petén-Sur occidental con previa caracterización de la misma, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2006. El universo de estudio fue de 146 adolescentes de ambos sexos con edades entre 10 y 19 años, con previo consentimiento informado.

En el estudio se incluyeron los adolescentes de 10 a 19 años, que aceptaron participar en la investigación y con un nivel intelectual normal. Fueron excluidos los que no aceptaron participar en la investigación, los que presentaron discapacidad mental y los adolescentes con serias dificultades en la comunicación con el equipo básico de salud.

Para la recolección de los datos se confeccionó una encuesta según bibliografía consultada ^{9, 10}, que respondiera a los objetivos la investigación, se aplicó antes y después de la intervención educativa.

Los grupos de edades, el sexo, los antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia, el número de partos y abortos, la estabilidad en las relaciones de pareja, la paridad, el uso de anticonceptivos orales, los dispositivos intrauterinos y los anticonceptivos inyectables, el uso del condón, el método del ritmo y coito interrumpido y el conocimiento sobre los factores de riesgo biológicos y psicosociales del embarazo en la adolescencia y de los métodos anticonceptivos fueron las variables estudiadas.

Analizados los resultados de la encuesta inicial se procedió a diseñar la estrategia educativa. Las sesiones de trabajo se realizaron con una frecuencia semanal y una duración de 4h, durante seis semanas, cada grupo dividido según la etapa de la adolescencia (de 10-14 y de 15-19 años), se combinaron diferentes técnicas participativas.

1ra. semana Sesión #1 Tema: La adolescencia: Definición y características físicas y psicológicas de los adolescentes.

2da. semana Sesión #2 Tema: El embarazo: Factores de riesgo en la adolescencia.

3ra. semana Sesión #3 Tema: Primeras relaciones sexuales.

4ta. semana Sesión #4 Tema: Métodos anticonceptivos.

5ta. semana Sesión # 5 Tema: Repercusiones del embarazo en el adolescente.

6ta. semana Sesión # 6 Evaluación y cierre.

Concluida la intervención educativa, se procedió a aplicar la encuesta por segunda ocasión y ambas se convirtieron en el registro primario de datos, que fueron procesados en una minicomputadora IBM compatible, con el paquete de programa Microstat para confeccionar el fichero y encontrar las estadísticas descriptivas en número y por cientos. Finalmente los resultados se expresan en textos y tablas.

RESULTADOS

Según el grupo de edades y el sexo de los adolescentes el mayor número se encontró entre los 14-15 años con un total de 57 para el 39 %, siguieron los de 16-17 años para un 35, 6 % (52 adolescentes). En relación al sexo predominaron las féminas para un 65, 7 % (96 adolescentes).

Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de los adolescentes según grupos de edades y sexo

Grupos de edades	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
10-11	5	5,2	3	6	8	5,5
12-13	11	11,4	9	18	20	13,6
14-15	36	37,5	21	42	57	39
16-17	42	43,8	10	20	52	35,6
18-19	2	2,1	7	14	9	6,2
Total	96	65,7	50	34,3	146	100

Fuente: Encuestas

Casi la mitad de los adolescentes objeto de estudio, tenían pareja sexual sin estabilidad. Se destacó que 16 adolescentes de 20, del grupo de 12 a 13 años ya tenían relaciones sexuales. Tabla 2.

Tabla 2. Distribución según grupos de edades y estabilidad de la pareja

Grupos de edades	Con pareja sexual				Sin pareja sexual			
	Con estabilidad		Sin estabilidad				Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
10-11	-	-	2	1,37	6	4,1	8	5,43
12-13	5	3,4	11	7,5	4	2,7	20	13,6
14-15	18	12,3	28	19,1	11	7,5	57	39,04
16-17	19	13	26	17,8	7	4,7	52	35,6
18-19	5	3,4	3	2,6	1	6	9	6,16
Total	47	32,19	70	47,9	29	19,8	146	100

Fuente: Encuestas

La distribución de las adolescentes con antecedentes de abortos y partos mostró que el grupo de edades más afectado fue el de 14 a 17 años, con el 12 % (12 adolescentes) y el 25 % (24 adolescentes) respectivamente. Más de la mitad negaron antecedentes de aborto, 27 habían parido y el 13 % en la adolescencia temprana. Tabla 3.

Tabla 3. Adolescentes según grupo de edades y antecedentes de abortos y partos

Grupos de edades	Abortos				Partos				Total	
	Sí		No.		1-3		4 ó más		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
10-11	-	-	5	5,2	-	-	-	-	5	5,15
12-13	3	3,1	6	6,2	2	2	-	-	36	11,45
14-15	7	7,2	18	18,7	11	11,4	-	-	36	37,5
16-17	5	5,2	24	25	13	13,5	-	-	42	43,75
18-19	-	-	-	-	1	1	1	1	2	2,8
Total	15	15,6	53	55,2	27	28,1	1	1	96	100

Fuente: Encuestas

Los adolescentes antes de la intervención educativa, seleccionaban como método anticonceptivo, tanto los del sexo femenino como los del masculino, el condón (31 para el 32, 2 % y 35 para el 70, 0 % respectivamente). Una vez aplicada la intervención, se incrementó para ambos sexos el conocimiento sobre el tipo de anticonceptivo, respondiendo afirmativamente 95 hembras para el 98, 9 % y 50 varones para el 100 %. Debe destacarse el cambio y la elección en segunda opción de los anticonceptivos orales, como método más empleado en esta población, 87 adolescentes para el 90, 6 % para el sexo femenino y 42 adolescentes del sexo masculino para el 84 %. Estos resultados fueron estadísticamente significativos. Tabla 4.

Tabla 4. Conocimiento sobre tipo de anticoncepción según sexo

Conocimiento tipo anticoncepción	Sexo							
	Femenino				Masculino			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Anticonceptivos orales	*36	37,5	*87	90,6	7	14	42	84
Anticonceptivos inyectables	**25	26	**85	88,5	11	22	44	88
DIU	7	7,2	87	90,6	4	8	45	90

En cuanto al conocimiento de los factores de riesgo psicosociales del embarazo en la adolescencia para ambos sexos, antes de la intervención educativa se comportó de forma similar para ambos, se identificó como principal factor el agravamiento de la situación económica familiar en 28 adolescentes para el 40 %. Al realizar la intervención educativa, continuó siendo este factor de riesgo mayoritariamente identificado por ambos sexos, 92(95, 8 %) del sexo femenino y 49(98 %) de los varones, resultados estadísticamente significativos. Tabla 5.

Tabla 5. Conocimientos sobre algunos factores de riesgo psicosociales del embarazo en la adolescencia

Reconocen como factor de riesgo psicosocial	Sexo							
	Femenino				Masculino			
	Antes		Después		Antes		Después	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Deserción escolar	3	3,1	**91	94,7	3	6	45	90
Madre soltera	**7	7,2	**89	92,7	4	8	42	84
Hijo abandonado	2	2	76	79,1	2	4	48	96
Hijo no deseado	5	5,2	90	93,7	6	12	43	86
Agravamiento situación socio-económica familiar	16	16,6	*92	95,8	12	24	*49	98

Fuente: Encuestas

*p: 1.239e-52

**p: 3.744e-45

DISCUSIÓN

En el presente estudio predominaron los adolescentes de 14 a 17 años, en Méjico, Casanueva E, Jiménez J ¹⁷, reportan un comportamiento similar. Salomón AN ¹⁸ en su estudio realizado en La Habana reporta que predominan las edades de 12 a 14 años.

Las relaciones sexuales en comunidades como la estudiada, se caracterizan por ser precoces, sin estabilidad de la pareja, con mayor riesgo biológico y social del embarazo. En el presente estudio, se observó una tendencia a un inicio precoz de las relaciones sexuales sin estabilidad en la pareja, mientras más avanzaba la edad más se incrementaban las relaciones sexuales sin estabilidad.

En el estudio realizado por Peña M y López C ¹⁹ en Cuba, plantean que la inestabilidad en las relaciones, fue un factor de riesgo importante en estas edades.

Los países donde la planificación familiar es un lujo, aparejado a las fuertes creencias religiosas que prohíben el aborto, completan los factores determinantes para el embarazo en la adolescencia.¹⁸

En estudios realizados por Vázquez AM y colaboradores¹⁵ en Cuba, obtienen resultados similares en cuanto a los antecedentes de abortos y partos entre las adolescentes.

Peña E, Sánchez A y Solano L ¹⁶, así como Bernal Martínez S y colaboradores ²⁰ en sus consideraciones, plantean que existen dificultades en los jóvenes sobre el conocimiento de los anticonceptivos, lo que coincide con el presente estudio.

Otros autores como Casanueva E, Jiménez y colaboradores ¹⁷, refieren un buen nivel de conocimientos del uso de anticonceptivos.

Estudios realizados por autores cubanos como Salomón AN ¹⁸, Peña M, López C ¹⁹ y Valdés Dacal S ¹¹, plantean la importancia de la capacitación sobre el tema y que existen serias dificultades en los conocimientos de este aspecto de la salud sexual de nuestros adolescentes, al igual que Ruoti M ⁷ en Paraguay.

Métodos anticonceptivos utilizados como cultura tradicional en la región, tales como el coito interrumpido y el del ritmo, se identificaron como métodos naturales para los adolescentes y a la vez no idóneos ni seguros por las características propias de esta edad, abordado insistentemente en las sesiones referidas al tema, al igual que otros autores nacionales e internacionales como Fernando JB ²⁰ y Peña E ¹⁶, entre otros.

CONCLUSIONES

El grupo de adolescentes se caracterizó por el predominio de las edades de 14 a 17 años y del sexo femenino, con nivel socioeconómico bajo y parejas sexuales inestables.

En ambos sexos existió un conocimiento previo inadecuado de los anticonceptivos y de los factores de riesgo del embarazo en la adolescencia.

Los factores de riesgo psicosociales mayormente reconocidos, fueron el empeoramiento de la condición socioeconómica familiar, abandono del hijo y deserción escolar.

Se incrementaron en ambos sexos, los conocimientos sobre el inicio de las relaciones sexuales en la etapa final de la adolescencia (mayor de 18 años) y sobre los diferentes métodos anticonceptivos, principalmente los hormonales por el sexo femenino y el uso del condón para el masculino después de la intervención educativa, la que demostró ser eficaz.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chris M, Souver L. Family Health International. Salud reproductiva de los adolescentes. FHI 2002; 17(3): 2-10.
2. Peláez Mendoza J. Adolescente embarazada. Características y Riesgos. Rev Cubana Obstet Ginecol 2000; 3(2):61.
3. Herriot Emans S, J, Laufer M R, Goldstein D, P. Embarazo en las adolescentes. En: Ginecología en Pediatría y la adolescente. 4ta ed. Mex 2000.p.551-6.
4. Peláez Mendoza J. Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obst Ginecol 2000; 22(1):11-5.
5. Caster M. Organización Panamericana de la Salud. Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones. Cuaderno Técnico No.12. Washington 1998.
6. Adolescents mothers at Kenyatha National Hospital Nairobi. East Afr MED J 2002; 79(10): 539-42.
7. Ruoti M, Ruoti A, Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Ciencias de Salud, Universidad de Asunción. 1992. p.80-120.
8. Gómez Ruíz. Algunos Factores de riesgos relacionados con la morbilidad materna perinatal de las gestantes adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol 2003; 18(1): 108-15.
9. Mejías E. Características del embarazo, parto y recién nacido de la gestante adolescente en la altura. Ginecol Obstet 2000; 46(2): 135-40.
10. Dia AT, Diallo I, Guillemin F, Deschamps JP. Prognostic factors of pregnancy and delivery complications in Senegalese adolescents and their newborn. Sante 2001; 11(4):221-8.
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. Bukulmez O; Deren O. Perinatal outcome in adolescent pregnancies: a case-control study from a Turkish university hospital. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000; 88(2):207-12.
13. Pereira LS, Plascencia JL, Ahued RA, García CB, Priego PI, Gómez CA. Morbilidad materna en la adolescente embarazada. Ginecol Obstet Mex 2002; 70(6): 270-4.
14. Creatsas G; Elsheikh A. Adolescent pregnancy and its consequences. Eur J Contracept Reprod Health Care 2002; 7(3):167-72.
15. Vázquez AM, Guerra CV, Herrera VV, Cruz S Ch, Almiral A Ch. Embarazo y adolescencia. Factores biológicos maternos y perinatales más frecuentes. Rev Cubana Obstet Ginecol 2001; 27(2): 158-64.
16. Peña E, Sánchez A, Solano L. Perfil de riesgo nutricional en la adolescente embarazada. Arch Latinoam Nutr 2003; 53(2): 141-9.

17. Casanueva E, Jimenez J, Meza-Camacho, C, Mares M, Simon L. Prevalence of nutritional deficiencies in Mexican adolescent women with early and late prenatal care. Arch Latinoam Nutr 2003; (1):35-8.
18. Salomón AN. Desarrollo de la Ginecología Infanto Juvenil. En: XII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología. Abril. 27 al 30.Ciudad de La Habana. 2004.
19. Peña M. López C. Adolescencia: Repercusión biosocial durante el embarazo. Revista Cubana de Med Gen Int 2001; 69(2): 82-88.
20. Fernando JB. Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes. En: XII Congreso Nacional.de Obstetricia y Ginecología. Abril. 27 al 30.Ciudad de La Habana.2004.

Recibido: 7 de mayo de 2008.

Aceptado: 21 de noviembre de 2008.

Dr. Alberto A. Llanes Rodríguez. Especialista I Grado Medicina General Integral. Master en Atención Integral a la Mujer Instructor. Policlínico Ignacio Agramonte. Camagüey, Cuba.
llanes@finlay.cmw.sld.cu