

Trabajos originales

Embarazo en la adolescencia y factores sociodemográficos en Guantánamo en 1998

[Oscar Soto Martínez,1 Anelys Franco Bonal,2 Arlene Franco Bonal3,Jorge Silva Valido4 y José R. Machado Temes 5](#)

Resumen

Se realizó un estudio de casos y controles con el objetivo de identificar factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. Se estudiaron a todas las pacientes (37) con edades entre 12 y 19 años, pertenecientes al Policlínico "Emilio Daudinot", embarazadas en el año 1998 (casos) y 37 adolescentes (controles) que nunca han estado embarazadas, de igual área de salud y edades que los *casos*. Se aplicó un cuestionario a cada una de las adolescentes. Los datos se procesaron en SPSS 9.0. Estos se presentan en tablas y figuras donde se utilizan las medidas de resumen del nivel analítico. Se obtuvo la significación de la asociación mediante la prueba χ^2 de Mantel-Haenszel, en el que se prefijó el 95 % para el intervalo de confianza. A las variables significativas se les determinó el grado de asociación mediante el *odds ratio*. Resultaron significativas de forma bivariada el número de casamientos (OR 6,48 [2,39;15,56]), la ocupación (OR 6,13 [2,05;14,23]), el estado civil (OR 2,13 [1,26;3,86]).

Palabras clave: Embarazo, adolescencia, factores de riesgo.

La adolescencia es considerada por diferentes autores como una etapa crítica, difícil, de crisis.¹ La revista dominical venezolana "Estampas" de mayo de 1991, describe: "los expertos no se ponen de acuerdo, mientras los ginecólogos advierten que estadísticamente el momento ideal para ser madre está en la tercera década de la vida de una mujer, es decir, entre los 20 y 29 años, los psicólogos dicen que la maternidad es compromiso y que para adquirir ese compromiso es mejor haber llegado a la madurez, entre los 35 y 40 años".

Los cambios en la estructura social y familiar, los biológicos, la disminución en la edad a la primera unión, y en general, las características psicológicas tan acusadas que marcan el paso de la niñez a la adolescencia, constituyen factores de riesgo que, entre otras consecuencias, producen en no pocos casos embarazos, abortos o partos no deseados, con limitaciones para el ulterior desarrollo de las vidas de los padres e hijos al impedir su pleno desarrollo social, familiar e individual.²

Es preciso tener presente que el embarazo en la adolescencia determina serios problemas de índole biológica, psicológica y social en la joven gestante.³⁻⁵

El médico, dentro del personal de nivel superior del Sistema Nacional de Salud es considerado por la población como el informante y orientador más calificado en todos los asuntos que se refieren a la sexualidad humana.⁶

Casper considera que la interacción familiar puede ser efectiva con los adolescentes para el uso del anticonceptivo o selección del aborto, pero no de su actividad sexual; por lo tanto, para la prevención del embarazo influyen la religión, la educación, la edad del adolescente y el ingreso familiar.⁷

Mundialmente hay un incremento poblacional desmesurado, particularmente en Latinoamérica, donde el incremento en la reproducción se ve más frecuente en mujeres jóvenes económicamente comprometidas y dependientes.⁸

Cada año, en los EE.UU, de 1 millón de embarazos en adolescentes, aproximadamente medio millón resultan en nacimientos vivos, y estos embarazos están expuestos a riesgos médicos, sociales y económicos, tanto para la madre, como para su hijo.⁹

La tasa de maternidad entre las mujeres de menos de 18 años varía de 1 % en Japón a 53 en Nigeria. Entre el 25 y el 50 % de los embarazos de las madres adolescentes corresponden a América Latina, del 10 al 30 % a África del Norte y a Medio Oriente, y del 40 al 60 % a los países de África Subsahariana o Asia, así como Ghana, Kenia, Zimbabwe o las Filipinas, según las conclusiones del informe.^{10,11}

Cuba exhibe, en las últimas décadas, niveles muy bajos de fecundidad, los cuales se encuentran por debajo de los niveles de reemplazo. En este marco resultan significativos los altos valores de embarazos, abortos y partos en adolescentes, con tasas de las más altas en el conjunto de los países con bajos niveles de fecundidad global, tanto de América Latina como del resto del mundo.¹²

Podría pensarse que este comportamiento responde a factores estructurales e históricos, relacionados con un embarazo precoz, presente en algunas sociedades caribeñas, pero los datos de los años 59 y principios de los 60, no confirman tal supuesto. En la medida que Cuba se fue registrando en un proceso de decrecimiento de la fecundidad, aumentaron las proporciones y tasas de embarazos en la adolescencia; de ahí que podría suponerse que en un país que se destaca por su equidad reproductiva, el embarazo en la adolescencia constituye un resultado no esperado en el proceso de reproducción, cuyas causas hay que encontrarlas en factores sociológicos, psicológicos, culturales y otros, que son analizados en su evolución secular.¹³

En nuestra provincia, al igual que ocurre en el resto del país, se han tomado medidas sanitarias muy enérgicas, con el objetivo de disminuir el embarazo en la adolescencia; no obstante, este continúa siendo un problema de salud que muchas veces escapa de las manos del personal de salud. En el área de salud norte de la provincia Guantánamo se ha observado una disminución de la tasa de fecundidad general, con un aumento de los embarazos en la adolescencia, por lo que nos trazamos como propósito identificar la posible asociación entre el embarazo en la adolescencia y las variables sociodemográficas en el Policlínico " Emilio Daudinot " .

Métodos

Se realizó un estudio observacional, analítico de tipo caso-control para identificar posibles factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia. Al efecto se estudiaron a todas las pacientes (37) con edades comprendidas entre los 12 y los 19 años, ambos incluidos, pertenecientes al área de salud que atiende el Policlínico "Emilio

Daudinot" de la zona norte de la ciudad de Guantánamo, que resultaron embarazadas en el año 1998, a las cuales se definió como *casos*. Se consignó, además, un grupo al cual denominamos *control*, el cual quedó conformado por 37 adolescentes que nunca han estado embarazadas, pertenecientes a la misma área de salud y que tuvieran edades comprendidas entre los 12 y los 19 años.

Estas adolescentes (controles) se escogieron al azar por cada uno de los casos en una relación 1:1. Para ello, se tomó aquella que vivía lo más próximo posible a la residencia de aquellas definidas como *casos*. Al efecto se confeccionó un cuestionario que fue aplicado a cada una de las adolescentes en estudio donde se exploraron las diferentes variables objeto de investigación.

Para la obtención de la información se encuestó a todas aquellas adolescentes que resultaron embarazadas (37) en el año 1998 captadas por los diferentes médicos de los 3 grupos básicos de trabajo con que cuenta el Policlínico Docente "Emilio Daudinot", así como una adolescente no embarazada por cada una de aquellas primeras.

Previamente se realizó una encuesta piloto con el objetivo de validar el cuestionario, y fue aplicado a médicos, enfermeras y adolescentes del área de salud. Esto nos permitió realizar correcciones adecuadas para la utilización de este instrumento.

Para la aplicación del cuestionario a las adolescentes embarazadas, fue necesario conocer la dirección particular de todas aquellas que fueron reportadas en el período de estudio. Para ello, se solicitó este dato en el Departamento de Estadísticas del Policlínico. Para evitar duplicidades se hizo un análisis de los datos a partir de los nombres y apellidos (récord Linkage). Para encuestar los *controles*, se solicitó a cada *caso* la dirección de la adolescente que viviera lo más cercano posible a su residencia y que nunca hubiese quedado embarazada.

Los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos que se confeccionó al efecto en MicrosoftMR Excel 2000TM y procesados en el paquete estadístico SPSS versión 9.0. El análisis de los datos se presenta en tablas y figuras para mejor comprensión. Para la presentación del informe final se utilizó el editor de texto MicrosoftMR Word 2000.TM

Se utilizaron las medidas de resumen utilizadas en el nivel analítico: frecuencia absoluta, frecuencia relativa, tasas y medidas de asociación, y los datos fueron analizados de acuerdo con las etapas siguientes:

Análisis bivariado: A través de tablas de contingencia se obtuvo la significación de la asociación mediante la prueba χ^2 de Mantel-Haenszel, donde se prefijó el 95 % para el intervalo de confianza. Para aquellas variables que resultaron significativas se determinó el grado de asociación a través de la razón de disparidad u *odds ratio*.

Antes de la aplicación del cuestionario se solicitó la aprobación por parte de los padres y de las adolescentes para la participación voluntaria en esta investigación. Los resultados particulares de las encuestas no serán divulgados.

Análisis y discusión de los resultados

Hoy, más de la mitad de los habitantes del mundo son menores de 25 años. Aproximadamente 1/3 tiene entre 10 y 24 años; y de ellos, un 80 % vive en países en desarrollo.¹⁴ Estos valores considerables de la población joven deben continuar incrementándose, y entre ellos, la caracterizada como población adolescente estará en el 2020 sobre los 1 200 millones de habitantes (alrededor del 15 % de la población mundial). En este marco en América Latina, la población adolescente después de haberse duplicado entre 1960 y 1980, llegará a ser superior a los 120 millones de habitantes.¹⁵

La adolescencia es una etapa de la vida en sí misma, como la niñez o la edad adulta, y no como un período de transición de un estado a otro. Por lo tanto, y siguiendo los criterios de la OMS, la consideramos como la "etapa que transcurre desde la pubertad hasta los 19 años". Para este estudio la hemos dividido en 2 etapas: 12 a 14 años definida como adolescencia precoz, y 15 a 19 años como adolescencia tardía.

En la tabla 1 se muestra la distribución de casos y controles de acuerdo con la edad. Como se aprecia, coincidentemente, el número de casos es igual al de controles de acuerdo con los grupos de edades definidos, y constituyen una variable no significativa en el estudio. Esto está determinado por la homogeneidad, en cuanto a la edad, de la población sobre la cual estamos investigando.

Tabla 1. Distribución de casos y controles de acuerdo con la edad

Edad (en años)	Casos n = 37		Controles n = 37		$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$ No sign.
	No.	%	No.	%	
12 - 14	1	2,7	1	2,7	
15 - 19	36	97,3	36	97,3	
Total	37	100,0	37	100,0	

Es destacable que las adolescentes que se encuentran en el nivel primario en nuestro país no sobrepasan los 12 años, por lo que, únicamente, en embarazos ocultos es que llegan a su término.

Como se aprecia, en el grupo de *casos*, el 97 % de las adolescentes embarazadas tienen más de 15 años. Este resultado nos hace suponer que hay mayor actividad sexual en las adolescentes por encima de los 15 años, etapa en la cual ya tienen estudios secundarios y ya comienzan a tener una participación conjunta de muchachas y varones en las actividades escolares y sociales, lo que facilita el acercamiento de adolescentes y jóvenes en una etapa cuando los impulsos sexuales se despiertan siempre de forma candente.

Respecto a la escolaridad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los grupos estudiados. No obstante, podemos observar que los mayores porcentajes de embarazos en la adolescencia se encuentran en aquellas con nivel secundario y preuniversitario. Esto nos refleja que las adolescentes que se embarazan no desertan de la educación media y media superior y se mantienen estudiando con su grupo etéreo (tabla 2 y fig. 1).

Tabla 2. Distribución de casos y controles de acuerdo con la escolaridad

Escolaridad	Casos n = 37		Controles n = 37		$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$ No sign.
	No.	%	No.	%	
Primaria	4	10,8	3	8,1	
Secundaria	14	37,8	9	24,3	
Preuniversitaria	18	48,6	23	62,2	
Universitaria	1	2,7	2	5,4	
Total	37	100,0	37	100,0	

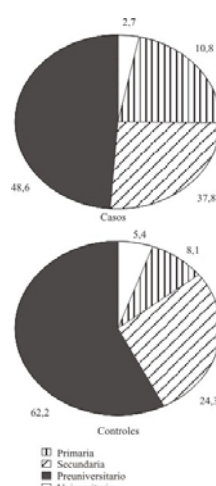


FIG. 1. Distribución de casos y controles de acuerdo con la escolaridad. Policlínico Docente "Emilio Daudinot", 1998.

El promedio de años de escolaridad ha estado aumentando y esa tendencia continuará para elevar el nivel cultural de la población.

Con relación al número de casamientos podemos plantear que existen diferencias estadísticamente significativas entre los casos y controles. Es 6,5 veces más probable un embarazo en una adolescente con 1 o más casamientos que aquellas solteras (tabla 3 y fig. 2).

Tabla 3. Distribución de casos y controles de acuerdo con el número de casamientos

Casamientos	Casos n = 37		Controles n = 37		$\chi^2 = 13,9$ $p < 0,05$ Sign.Odds Ratio: 6,48 IC (2,39, 17,56)
	No.	%	No.	%	
Ninguna	12	32,4	28	75,7	
1	22	59,5	8	21,6	
2 o más	3	8,1	1	2,7	
Total	37	100,0	37	100,0	

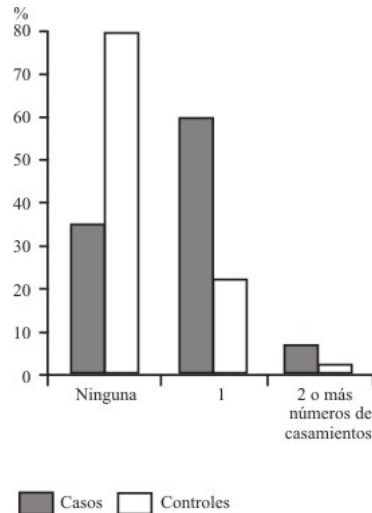


FIG. 2. Distribución de casos y controles de acuerdo con el número de casamientos. Policlínico Docente "Emilio Daudinot", 1998.

En este comportamiento no debe dejar de señalarse por su indudable condicionamiento sociológico el impacto de los patrones de nupcialidad imperantes y su influencia en la formación y estabilidad de las estructuras familiares en Cuba. Este proceso se asocia a un rejuvenecimiento de la nupcialidad y la formación de parejas jóvenes, que se ha venido agudizando en las últimas décadas, lo que ha hecho que la edad media al primer matrimonio o unión bajara de 19,5 años de 1970 a 18,4 en 1987, en esos momentos la más baja de América Latina y el Caribe.

En estudios realizados se ha demostrado que el 70 % de las adolescentes que se han casado, han tenido un embarazo en los 6 meses posteriores.

Al analizar la tabla 4 podemos apreciar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los casos y controles en relación con la ocupación, por lo cual consideramos esta variable como un factor de riesgo de embarazo en la adolescencia. Resultó que es 6 veces más probable el embarazo en aquellas que realizan labor doméstica respecto a las que estudian o trabajan (fig. 3).

Tabla 4. Distribución de casos y controles de acuerdo con la ocupación

Ocupación	Casos n = 37		Controles n = 37		$\chi^2 = 12,5 p < 0,05$ Sign.
	No.	%	No.	%	
Labor doméstica	23	62,2	8	21,6	
Estudia	10	27,0	21	56,8	
Trabaja	4	10,8	8	21,6	
Total	37	100,0	37	100,0	

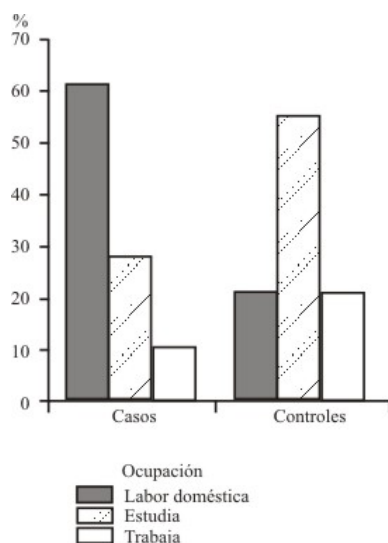


FIG. 3. Distribución de casos y controles de acuerdo con la ocupación. Policlínico Docente "Emilio Daudinot", 1998.

Este resultado resalta la necesidad de incorporación de las adolescentes a actividades de estudio y trabajo, donde desempeñan un importante papel en este sentido los círculos de adolescentes.

Mientras ha estado ocurriendo una acelerada maduración sexual de las adolescentes, la maduración social se ha ido haciendo más compleja; o sea, la persona adquiere el desarrollo pleno de la adultez a mayor edad. La mecanización de la agricultura, la construcción de fábricas más complejas, la incorporación de procesos de elevada tecnología en todos los dominios de la vida moderna, obligan a prolongar el período de formación técnico-profesional de los trabajadores. La maduración social más tardía es una necesidad y una consecuencia del desarrollo.¹⁶

En la tabla 5 se aprecia la distribución de casos y controles de acuerdo con el estado civil. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los grupos estudiados, y es 2 veces más probable el embarazo en aquellas adolescentes casadas, con relación a las solteras o con unión consensual para constituir un factor de riesgo (fig. 4).

Tabla 5. Distribución de casos y controles de acuerdo con el estado civil

Estado civil	Casos n = 37		Controles n = 37		$\chi^2 = 6,2$ $p < 0,05$ Sign.
	No.	%	No.	%	
Soltero	4	10,8	13	35,2	
Casado	22	59,5	16	43,2	
Unión consensual	11	29,7	8	21,6	
Total	37	100,0	37	100,0	

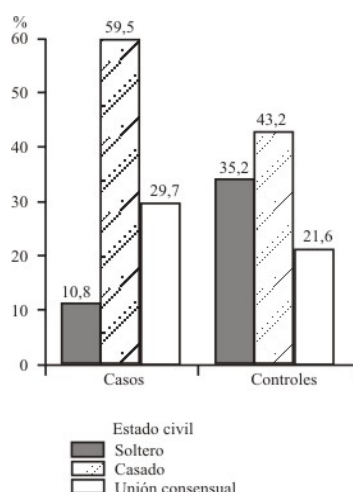


FIG. 4. Distribución de casos y controles de acuerdo con el estado civil. Policlínico Docente "Emilio Daudinot", 1998.

En las mujeres adolescentes, predominaban en nuestro país a finales de la década de los '80 las uniones consensuales (21 %) frente al 7 % de las casadas.

Este rejuvenecimiento de la nupcialidad ha repercutido en el rejuvenecimiento de la fecundidad y en el valor elevado que los embarazos en la adolescencia han aportado al total. En otras palabras, la formación y ampliación de la familia se ha visto matizada por un incremento de las parejas jóvenes, con embarazos casi inmediatos y también con una mayor fragilidad, lo que se refleja en la alta disolución de uniones formalizadas o no en la historia matrimonial.

En conclusión podemos decir que el embarazo en la adolescencia se encuentra asociado con el número de casamientos, el estado civil y la ocupación.

Summary

A case-control study was conducted aimed at identifying the risk factors of pregnancy in adolescence. All the patients aged 12-19 (37) from "Emilio Daudinot" Polyclinic that got pregnant in 1998 and 37 adolescents (controls) who have never been pregnant with the same age and from the same area were studied. Every adolescent answered a questionnaire. Data were processed in SPSS 9.0 and they were shown in tables and figures where the summary measures of the analytical level were used. The association significance was obtained by Mantel-Haenszel χ^2 test, in which 95 % was prefixed as the confidence interval. The association degree was determined in the significant variables by the odds ratio. The number of marriages (OR 6,48 [2,39;15,56]), the occupation (OR 6,13 [2,05;14,23]), and the marital status (OR 2,13 [1,26;3,86]) proved to be significant in a bivariate way.

Key words: Pregnancy, adolescence, risk factors.

Referencias bibliográficas

1. Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal JE. La atención al adolescente. En: Medicina General Integral. T2, 2da ed. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1987:140-53.
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial. 1995. New York,1995.
3. Cruz Oviedo Y, Lugues Batul M. Morbilidad en las gestantes menores de 17 años. Rev Cubana Obstet Ginecol 1989; 15 (3): 169-76.
4. Schnart PF. Teenage pregnancy. Ours responsibility. New York: Ed. Scientific, 1995.
5. Rigol Ricardo O, Pérez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal JE. La atención al adolescente. En: Medicina General Integral. T1, 2da ed. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1987: 224 -7.
6. Declaración conjunta OMS/FNOAP/UNICEF. Higiene de la reproducción en la adolescencia. Estrategia de acción. OMS, Ginebra; 1989.
7. Krause Peters M. Algunos temas fundamentales de educación sexual. La Habana: Ed. Científico Técnica,1988.
8. Silver TJ. El embarazo en la adolescencia en EUA. OPS. 1994. Pub Cientif 461: 232-9.
9. Organización Panamericana de la Salud. Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones. Cuaderno Técnico No. 12. Washington, 1998.
10. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la Población Mundial 1995. New York,1995.
11. Alfonso Fraga JC. La fecundidad en adolescentes. Algunos elementos sobre su comportamiento en Cuba en la última década. La Habana, 1994.
12. Catasús S. Nupcialidad, familia, y fecundidad. En: Cuba cambio social y conducta reproductiva. La Habana, 1994.
13. Tejeiro A. La serie cronológica. Rev Cubana de Adm Salud 1975; 1(1): 51-7.
14. Atquín LC. El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe: causas y consecuencias sicosociales. Oaxaca, México, 1989.
15. Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual. Recomendaciones del seminario sobre Educación Sexual y Salud Reproductiva. Documento 1. Varadero, Cuba. Junio de 1994.
16. Alfonso Fraga JC. Apuntes para el estudio de la fecundidad en Cuba. (En edición).

Recibido: 14 de marzo de 2003. Aprobado: 5 de mayo de 2003.

Dr. *Oscar Soto Martínez*. Martí 1253 altos / 1 y 2 sur. Guantánamo, Cuba.

[1 Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Presidente Provincial de la SOCUMEFA de Guantánamo. Profesor Asistente de Medicina General Integral. Metodólogo de Posgrado en la Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo.](#)
[2 Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Jefa municipal del Departamento de Medicina General Integral de la Dirección Municipal de Salud](#)
[3 Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Emilio Daudinot".](#)
[4 Especialista de I Grado en Bioestadística. Dirección Provincial de Salud.](#)
[5 Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Miembro numerario de la SOCUMEFA.](#)