

Archivos de Medicina Familiar

Volumen **6**
Volume

Número **3**
Number




Septiembre-Diciembre **2004**
September-December

Artículo:




Factores socioeconómicos asociados al
embarazo en adolescentes

Derechos reservados, Copyright © 2004

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes

Socioeconomic Factors Associated with Pregnancy in Adolescents

Carreón-Vásquez J,* Mendoza-Sánchez H,** Pérez-Hernández C,*** Gil-Alfaro I,***
Soler-Huerta E,**** González-Solís R.*****

RESUMEN

Objetivo: Cuantificar la asociación entre factores socioeconómicos, educación sexual y metodología anticonceptiva con la presencia de embarazo en adolescentes. **Diseño:** Estudio de casos y controles. **Material y métodos:** En el periodo comprendido de febrero a agosto del año 2001 en la Unidad de Medicina Familiar No. 66 de Xalapa, Veracruz, México se realizó el presente estudio. Los casos fueron adolescentes primigestas con edades entre 13 y 19 años, de cualquier edad gestacional, los controles fueron adolescentes (10 a 19 años) compartían las mismas características de los casos a excepción del embarazo. Se excluyeron adolescentes con discapacidad mental. El tamaño de la muestra calculado fue de 396 adolescentes con una relación caso-control de 1:2. Se calculó la RM para obtener asociaciones con un IC al 95% y el estadístico de prueba de χ^2 de Mantel-Haenzel. **Resultados:** Se encontró una fuerte asociación del embarazo en adolescentes con hacinamiento RM = 15.54, IC 95% 4.26-67.10, nivel socioeconómico bajo RM = 5.71 IC 95% 2.30-14.61 y escolaridad menor de seis años RM = 5.64, IC 95% 2.56-12.66. En menor medida en el caso de desinformación sobre educación sexual RM = 2.70 IC95% 1.63-4.49 y planificación familiar RM 2.71, IC 95% 1.64-4.47. **Conclusiones:** El nivel socioeconómico, el hacinamiento y la escolaridad fueron los factores más fuertemente asociados con el embarazo en adolescentes.

Palabras clave: Servicios de salud para adolescentes, Embarazo en adolescentes, Medicina Familiar.

ABSTRACT

Objective: We intended to quantify the association of socioeconomic, sex education, and contraceptive methods factors with pregnancy in adolescents. **Design:** Case-control study. **Materials and methods:** Our study was carried out from February to August, 2001, at the Family Practice Center in Xalapa, Veracruz, Mexico. Cases consisted of teenagers pregnant for the first time within an age range of 13-19 years with pregnancies of any gestational age. The control group was made up of adolescents aged 10-19 years of age who shared the same characteristics of cases except pregnancy. Mentally challenged adolescents were excluded. Sample size was calculated for 396 adolescents with a case-control ratio of 1:2. OR calculation for associations was obtained with 95% confidence interval (95% CI) and with χ^2 Mantel-Henzel test. **Results:** We found a strong relationship to pregnancy in adolescents with overcrowding (OR = 5.71, 95% CI, 2.30-14.61), when in the low socioeconomic level (OR = 5.71, 95% CI, 2.30-14.61), and with schooling < 6 years

Recibido: 22-07-04

Aceptado: 25-08-04

* Especialista en Medicina Familiar.

** Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 66 Xalapa, Veracruz, México. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

*** Profesor Ayudante del Curso de Especialización en Medicina Familiar.

**** Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar.

***** Licenciado en Estadística, Especialista en Métodos Estadísticos.

Dirección para correspondencia:

Dra. Hilda Francisca Mendoza Sánchez. Jefatura de Enseñanza, UMF No. 66. Pedro Mora Beristain esquina 7 de Noviembre s/n Col. Salud. Xalapa, Veracruz, México. Correo electrónico: hildafra@hotmail.com

(OR = 5.64, 95% CI, 2.56-12.66). To a lesser degree were misinformation from sex education (OR, 5.64, 95% CI, 2.56-12.66), and family planning (OR = 2.71, 95% CI, 1.64-4.47). **Conclusions:** Socioeconomic level, overcrowding, and level of schooling were the strongest associated factors with pregnancy in adolescents.

Key words: Adolescent health services, Pregnancy in adolescence, Family Practice.

Introducción

El grupo de los adolescentes constituye un campo de estudio sumamente importante, porque representa la edad en que se inicia la vida sexual activa¹. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como la etapa comprendida entre los diez y los diecinueve años de edad². Debido al cambio radical y definitivo en sus conceptos de vida, familia y sociedad, la adolescencia—tanto para mujeres como para hombres— es una época de transición en todos los aspectos: social, psicológico, físico y sexual. Pero resulta de especial importancia en el caso de las adolescentes, porque ellas son las que podrían embarazarse y de esta forma facilitar la presencia de complejos problemas personales^{2,3}. Aunque la adolescencia se considera una etapa de la vida plena de salud, durante este periodo puede existir una morbilidad excesiva. El adolescente convive con importantes factores de riesgo, los cuales en gran medida le son desconocidos, puede estar en condiciones de mantener actitudes no saludables respecto a éstos y convertirlos en habituales conductas de riesgo².

El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema de salud pública tanto en México, como en América Latina y el resto del mundo^{4,6}. En México, actualmente se registran aproximadamente 430,000 embarazos anuales en adolescentes. Esto ha dado como resultado que en los últimos quinquenios el embarazo en adolescentes haya aumentado significativamente y que muchos de estos embarazos presenten problemas⁷ debido a que la madre adolescente tiene limitación de oportunidades educativas, rechazo del entorno familiar e inmadurez biopsicosocial. La conjunción de estos factores incidirán de manera adversa tanto en la salud materna, como en la relación madre-hijo y finalmente en el potencial logro de sus expectativas de realización humana^{1,8}.

Consideramos que no se ha investigado de manera suficiente sobre los factores de riesgo que conducen a un embarazo en la adolescencia y sobre el significado que tiene esta gestación en el entorno familiar, educativo y económico de estas pacientes⁸. El objetivo de esta investigación fue cuantificar la asociación entre la educación sexual, metodología anticonceptiva y nivel socioeconómico en un grupo de adolescentes embarazadas de Xalapa, Veracruz, México.

Material y métodos

Se utilizó un diseño de casos y controles prolectivo. Se entrevistaron 396 mujeres adolescentes quienes acudieron a recibir atención médica en la (UMF) No. 66 de la Ciudad de Xalapa, Veracruz, México del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); en el periodo comprendido del 2 de enero al 30 de agosto del 2001. De ellas, 132 estaban embarazadas y las restantes 264 conformaron el grupo control.

Cuadro I. Antecedentes personales no patológicos de casos y controles.

Característica	Casos n = 132		Controles n = 264	
	n	%	n	%
Grupo de edad				
14-15	6	4.5	12	4.5
16-17	36	27.3	72	27.3
18-19	90	68.2	180	68.2
Menarquía				
9	4	3.0	—	—
10-12	66	50.0	160	60.6
13-15	59	44.7	101	38.3
16-19	3	2.3	3	1.1
Inicio de vida sexual activa				
10-12			1	0.4
13-15	19	14.4	10	4.0
16-19	113	85.6	86	32.6
Estado civil				
Soltera	23	17.4	258	97.7
Casada	87	65.9	1	0.40
Unión libre	22	16.7	5	1.90
Escolaridad				
≤ 6 años	26	19.7	11	4.2
7-9 años	55	41.7	96	36.4
≥ 10 años	51	38.6	157	59.4
Ocupación				
Ama de casa	74	56.0	4	1.5
Empleada	41	31.0	93	35.2
Estudiante	17	13.0	167	63.3
Edad de la pareja (media)	22 ± 4.67		21 ± 2.52	

n = número, % Porcentaje

Definición de caso: Se consideró como tal a la adolescente (10-19 años) en quien se estableció el diagnóstico de embarazo por el personal médico de la UMF No. 66 y que durante la gestación cumpliera con los siguientes criterios: Ser primigesta en cualquier trimestre del embarazo, sin retraso mental o padecimiento psiquiátrico. **Definición de control:** Adolescente no embarazada, aparentemente sana, atendida en la misma institución y en el mismo periodo que los casos.

Cuadro II. Factores de riesgo para embarazo en adolescentes.

Factores	Casos n = 132	Controles n = 264	RM	IC _{95%}	P
Escolaridad					
Menor a prim. completa	26 (19.6)	11 (4.1)	5.64	2.56-12.66	< 0.001
Mayor a prim. completa	106 (80.3)	253 (95.8)			
Índice de condiciones de la vivienda (INCOVI)					
Malo	7 (5.3)	3 (1.1)	4.87	1.11-24.20	0.01
Regular o bueno	125 (94.6)	261 (98.8)			
Nivel socioeconómico					
Bajo	20 (15.1)	8 (3.0)	5.71	2.30-14.61	< 0.0001
Medio o alto	112 (84.8)	256 (96.9)			
Hacinamiento					
Sí	20 (15.5)	3 (1.1)	15.54	4.26-67.10	< 0.0001
No	112 (84.8)	261 (98.8)			
Educación sexual					
Desinformada	103 (78.0)	150 (56.8)	2.70	1.63-4.49	< 0.0001
Informada	29 (21.9)	114 (43.1)			
Planificación familiar					
Desinformada	102 (77)	147 (56)	2.71	1.64-4.47	< 0.0001
Informada	30 (23)	117 (44)			

n = número; % porcentaje; RM: Razón de Momios; IC_{95%}: Intervalo de confianza al 95%; P = probabilidad 0.05

La selección de los casos se realizó a través del registro diario de consulta (*Formato 4-30-6* ahora *Registro de Atención Integral de la Salud (RAIS)*) del médico familiar. Los controles fueron seleccionados en forma aleatoria del registro del archivo clínico y del consultorio de donde procedió el caso. Se elaboró un cuestionario semi-estructurado para la identificación del nivel socioeconómico (Índice de Bronfman)⁹, información sobre educación sexual y metodología anticonceptiva.

Las participantes fueron entrevistadas personalmente en la UMF 66 y en su domicilio. Antes de realizar la recolección de la información se realizó una prueba piloto —que consistió en la aplicación del cuestionario a las adolescentes que acudían al Servicio de Trabajo Social, Medicina Preventiva o Fomento a la Salud— con la finalidad de obtener en forma homogénea las variables de estudio. Una vez que el personal estuvo capacitado para aplicar la encuesta, se procedió a la fase de campo. Las entrevistas fueron idénticas tanto para las adolescentes embarazadas como para las no embarazadas. Aunque no fue posible evitar que los entrevistadores reconocieran el estado de caso o control de los sujetos, sí se evitó que conocieran la hipótesis del estudio. Para la realización de las entrevistas se solicitó el consentimiento de las participantes por escrito y se señaló el carácter anónimo y confidencial de la información.

El tamaño de muestra se estimó con los siguientes parámetros: Para los valores de zeta se seleccionó un $\alpha = 0.05$ y una $\beta = 0.20$, frecuencia de exposición en los no enfermos = 20%, frecuencia de exposición entre los enfermos = 33%, OR = 2.05, relación control-caso 2:1 (fórmula de EPI 5 fórmula para casos y controles no pareado). Para las variables sociodemográficas se utilizaron procedimientos estadísticos descriptivos. La estimación de la razón de

momios (RM) y sus intervalos de confianza al 95% se emplearon para evaluar: escolaridad, educación sexual, metodología anticonceptiva, condiciones de la vivienda y nivel socioeconómico. Como estadístico de prueba se utilizó la Chi de Mantel y Haenszel.

Resultados

Todas las adolescentes provenían de familias de clase media urbana, con derecho a recibir atención médica en una institución de seguridad social. El 80% de las adolescentes embarazadas y de sus controles provenían de familias nucleares, con padres casados en el 55% de los casos y en el 72% de los controles. Como jefe de familia se identificó al padre en el 57% de los casos y en 81% de los controles, la ocupación del padre de familia se concentró en empleados y obreros en el 36% y 26% respectivamente.

La estratificación por edad reveló que las adolescentes embarazadas de 14 a 15 años fueron las menos afectadas, habían presentado la menarquía entre los 10 y 12 años en el 50%. Inicio de vida sexual activa entre los 16 y 19 años (85.6%), con nivel educativo bajo, la mayoría de ellas tuvo su primera relación sexual con hombres cuatro a once años mayores que ellas, prevaleciendo el estado civil de casadas (*Cuadro I*).

El *cuadro II* muestra los diferentes factores que se asociaron al embarazo en adolescentes. Los factores que mostraron una fuerte asociación con el embarazo en adolescentes fueron: el hacinamiento RM = 15.54, IC95% 4.26-67.10, el nivel socioeconómico bajo RM = 5.71 IC 95% 2.30-14.61 y la escolaridad de menos de seis años de estudio RM = 5.64, IC 95% 2.56-12.66. Otros factores involucrados fueron las condiciones de la vivienda, la educación sexual y el conocimiento de los métodos de planificación familiar.

Discusión

En el presente trabajo algunas variables —edad promedio de las embarazadas, menarquía, inicio de vida sexual y de unión— se presentaron de manera semejante a lo mencionado en otros estudios^{1,2,4,9,10}. Lo mismo ocurrió con el bajo porcentaje de uso de anticonceptivos⁸, edad promedio de las parejas de las embarazadas² y el porcentaje de adolescentes embarazadas que tienen un trabajo remunerado⁸. Otros aspectos se presentaron de manera distinta a lo reportado en la literatura: Menos solteras, menor número de amas de casa, y mayor escolaridad^{9,11}.

Los resultados obtenidos en este trabajo permiten identificar diferencias tanto en la situación sociodemográfica como ginecoobstétrica, familiar, económica y cultural del grupo de casos respecto a los controles. Así, mientras que la adolescente embarazada abandonó sus estudios y se dedicaba a labores del hogar y en la mayoría de los casos ya estaba casada o en unión libre con su pareja, la adolescente no embarazada continuaba estudiando, y permanecía soltera. Aunque ambos grupos de adolescentes residían en medio urbano, las embarazadas presentaron mayores desventajas en cuanto a las condiciones de vivienda, nivel socioeconómico y mayor hacinamiento en comparación con aquéllas no embarazadas. A ello se aunaron la escasa información sobre educación sexual y planificación familiar.

Los hallazgos de estudios previos^{3,8,10,12,13} apoyan el hecho de que si se lograra elevar el nivel de vida de la población, se incrementara la escolaridad de las adolescentes, se intensificara y mejorara la educación sobre la sexualidad y en consecuencia los conocimientos sobre métodos de planificación familiar (MPF) se podrían evitar de manera más efectiva los embarazos en adolescentes. En especial los MPF son elementos fuertemente vinculados a una eficaz labor por parte del médico familiar y su equipo de salud. Reconocemos que es necesario profundizar en un punto poco explorado, el ámbito familiar de las adolescentes, aspecto que merece estudiarse con mayor detenimiento.

Referencias

1. García-Baltasar ME, Figueroa-Perea JG. Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México. *Salud Pública Mex* 1992; 34: 413-426.
2. Urmeneta A, Echeverría M, Martín L. Las madres adolescentes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2000; 23(1).
3. Sánchez-Guerrero O. Factores de riesgo para evaluar la conducta adolescente. *Acta Pediátrica de México* 2000; 21(4): 115-118.
4. García-Baltasar ME, Figueroa-Perea JG, Reyes-Zapata H, Brindis C, Pérez-Palacios G. Características reproductivas en adolescentes y jóvenes de la ciudad de México. *Salud Pública Mex* 1993; 35(6): 682-691.
5. Ibarra-Colado JE, Calderón-Manzano ME, Rivas-Merelles EE. Mortalidad perinatal, prematuridad y bajo peso al nacimiento en el embarazo de la mujer adolescente en un hospital general. *Bol Med Hosp Inf Mex* 2002; 59: 706-712.
6. Smith GCS, Pell JP. Teenager pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *BMJ* 2001; 323(7311): 476-479.
7. Stern C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública Mex* 1997; 39: 137-143.
8. Ehrenfeld-Lenkiewicz N. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. *Salud Pública Mex* 1994; 36: 154-160.
9. Bronfman M, Guiscafré H, Castro V, Gutiérrez G. La medición de la desigualdad: Una estrategia metodológica; Análisis de las características socioeconómicas de la muestra. *Archivos de Investigación Médica* 1988; 19(4): 351-360.
10. De la Garza QC. Primigesta adolescente. *Ginecol Obstet Mex* 1997; 65: 533-537.
11. Núñez-Rivas H, Elizondo-Ureña A, Monge-Rojas R y cols. Características reproductivas de adolescentes costarricenses de área urbana marginal. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2002; 59: 633-644.
12. Alarcón-Alejandri I. Análisis de embarazo en la paciente adolescente. *Ginecol Obstet Mex* 1998; 66(Supl 1): 14.
13. Larson-Guerra R, Blum-Grinberg B, Jiménez-Villanueva C, Schiavon R. Dificultades de las adolescentes y sus madres para asimilar la información sobre sexualidad y reproducción. *Acta Pediat Mex* 2000; 21 (2): 53-57.