

# REINCIDENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE

Tantera Soledad<sup>a</sup>, Hernandez Rocío<sup>a</sup>, Flores Emilia<sup>a</sup>, Retamar Ailin<sup>a</sup>, Malisani Liliana<sup>b</sup>, Meritano Javier<sup>c</sup>

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Evaluar si la falta de escolarización y la vulnerabilidad social son factores implicados en la reincidencia de embarazo adolescente.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se utilizaron las historias clínicas de pacientes entre 12 y 17 años en seguimiento por el Programa PROAMA de la Maternidad Sarda en el 2015. Se excluyeron adolescentes con enfermedad mental y casos de abuso sexual. Se tuvieron en cuenta como variable de resultado el embarazo recurrente; de predicción: grado de escolarización y de control uso de métodos anticonceptivos, consejería previa, edad y estado civil durante el primer y segundo embarazo, personas con quien convive, situaciones de violencia familiar, número de parejas sexuales y consumo de sustancias problemático.

**RESULTADOS:** Se analizaron 115 historias. 41 madres pertenecían al grupo de casos (embarazo recurrente) y 74 madres al grupo de controles (embarazadas adolescentes no recurrentes). El 61% de las pacientes con reincidencia de embarazo habían recibido consejería previa y el 49 % de los controles recibieron consejería previa. Las embarazadas recurrentes presentaban en promedio menos años de escolaridad que el grupo control 6,9 vs 9,2. Por otro lado con respecto a la escolarización, el 29% de las adolescentes que reincidieron su embarazo abandonaron el colegio por esta razón, frente a un 7% de las pacientes primigestas. Con respecto al resto de las variables de control analizadas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**CONCLUSIONES:** En nuestro estudio encontramos que el embarazo adolescente recurrente se asocia significativamente con menor escolaridad y mayor abandono de la misma.

**PALABRAS CLAVES:** Embarazo adolescente recurrente; abandono escolar; vulnerabilidad social.

<sup>a</sup>: Medica Residente de Clínica Pediátrica 3º año Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

<sup>b</sup>: Medica Tocoginecóloga. Coordinadora de PROAMA Programa de Atención de la Madre Adolescente y su hijo del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda

<sup>c</sup> Medico Planta. Servicio de Neonatología. Maternidad Sarda.

Institución donde se realizó la investigación: Hospital Materno Infantil Ramón Sarda

Correspondencia a soledad.tantera@gmail.com

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** Evaluate whether the lack of schooling and social vulnerability are factors implicated in recurrence of teen pregnancy.

**MATERIAL AND METHODS:** We have used medical records of patients aged between 12 and 17 monitored by the Proama Programme of Sarda Maternity in 2015. Cases of mentally ill and sexually abused teenagers were excluded. We have taken into account as variable of outcome: recurrent pregnancy; as variable of prediction: schooling rates; and as variables of control: use of contraceptives, prior counseling, age and marital status during the first and second pregnancy, people with whom they live, situations of family violence, number of sexual partners and problematic consumption of substances.

**RESULTS:** 115 cases were analyzed. 41 mothers belonged to the group of cases (recurrent pregnancy) and 74 mothers belonged to the control group (no recurrent pregnancy). 61% of patients with recurrent pregnancy had received prior counseling and 49% of those in the control group received prior counseling. Recurrent pregnant teenagers had on average fewer schooling years than those in the control group 6.9 vs 9.2. On the other hand, regarding schooling, 29% of teenagers with recurrent pregnancy left school because of this reason, against 7% of primiparous patients. As for the rest of the variables of control analyzed, no significant statistically differences were found.

**Conclusions:** In our study we have found that recurrent teen pregnancy is significantly associated with less schooling and high school dropout rates.

**Keywords:** Recurrent teen pregnancy; school dropout rates; social vulnerability.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período entre los 10 y los 19 años. A su vez, dentro de esta etapa vital habitualmente se distinguen dos tramos: la adolescencia precoz (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años). (1)

Anualmente en el mundo, 14 millones de adolescentes de 15 a 19 años y un número no determinado de niñas menores de 15 años son madres. La gran mayoría (95%) de estos nacimientos ocurre en países en desarrollo. (2)

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la morbilidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

El embarazo temprano ocurre en todos los estratos sociales pero predomina en los sectores de menor nivel socioeconómico, y en los países en desarrollo. Un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe reporta que en un conjunto de países latinoamericanos analizados la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico (3). Asimismo, el embarazo adolescente es más frecuente en las jóvenes que tienen bajo nivel educativo.

En una sociedad con patrones culturales tradicionales, como la latinoamericana, ni la familia, ni la escuela, ni en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia.

En todo el mundo, es más probable que una niña quede embarazada en circunstancias de exclusión social, pobreza, marginalización y desigualdad de género, donde no puede gozar o ejercer plenamente sus derechos humanos básicos, o donde el acceso a la atención médica, escolarización, información, servicios y oportunidades económicas es limitado.

En la Argentina hay 700 mil nacimientos por año. El 16% proviene de madres adolescentes de entre 15 y 19 años y más de 3000 son de niñas de 10 a 13 años. El 69% de esas mujeres adolescentes no planearon ese embarazo. (4)

Una forma de comprender la diferente situación social y sanitaria de las adolescentes madres en nuestro país es a través del análisis de las brechas o gradientes existentes entre diferentes zonas geográficas. Así, en la región del noreste argentino se registra una brecha de 60% más de embarazos en adolescentes comparado con CABA (28,3% vs 17,6%), siendo casi 500% superior la proporción de madres menores de 15 años (1,36% vs 0,29%) entre las regiones mencionadas. (5)

La situación se torna más acuciante en aquellos casos en los que las niñas son madres en forma reiterada. En el año 2011, 107 niñas entre 10 y 14 años fueron madres por segunda vez y 20, por tercera vez. Estos 127 casos evidencian las fallas múltiples de la sociedad en su conjunto, en los servicios de salud, en las políticas, para actuar oportunamente.(6)

Entre los factores que inciden en la ocurrencia de embarazos adolescentes muy tempranos, cabe destacar, el inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales, la insuficiente educación sexual y la falta de llegada universal de las políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas particularmente a este grupo de edad.

Las relaciones sexuales en la adolescencia temprana son frecuentes en América Latina. En Argentina una encuesta a madres adolescentes reveló que 64,8% de las encuestadas se inició antes de los 16 años, y 12% antes de los 14 años. (7)

En América Latina, la población que muestra más altos niveles de rezago y deserción escolar, es la población femenina, lo cual se asocia con situaciones de precariedad socioeconómica, pero también con un patrón cultural que valora menos la escolaridad de las mujeres por considerar que su papel principal se circunscribe al ámbito doméstico y reproductivo.

Diversos trabajos en México y América Latina, han puesto énfasis que el embarazo adolescente, realmente ocurre cuando la mayoría de las jóvenes ya han abandonado la escuela, ya que un poco más de cuatro quintas partes de las adolescentes, sobretodo de estratos muy bajo, bajo y medio, se embarazaron después de dejar la escuela.(8)

Esto se daría en parte porque el contexto de pobreza en el que se desenvuelven las adolescentes limita el proyecto de continuar en la escuela por no tener los recursos necesarios para sostener la educación, lo que implica el abandono escolar, por lo que una vez alejadas del ámbito educativo recurrirían al embarazo como única alternativa de vida, incorporándose con ello a la vida adulta.

La mayoría de los trabajos publicados sobre adolescencia y embarazo presentan a este grupo vulnerable como riesgo para resultados perinatales, sabiendo que todo proceso que irrumpa en un momento crítico de evolución personal trae consecuencias socioculturales y psicológicas asociadas, con elevado costo personal, educativo, familiar y social.

## **HIPÓTESIS**

Las madres adolescentes que reinciden su embarazo presentan mayor vulnerabilidad social que aquellas que no reinciden.

## **OBJETIVOS**

Evaluar si la falta de escolarización, la historia familiar o la marginalidad son factores asociados a la reincidencia de embarazo adolescente.

Determinar la prevalencia de reincidencia en embarazo adolescente en la población en estudio.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Diseño del estudio: Casos y Controles.

Criterios de inclusión:

- Embarazadas de 12 a 17 años en seguimiento por el PROAMA desde el primero de enero hasta el 31 de diciembre inclusive del año 2015.

Criterios de exclusión:

- Adolescente con enfermedades mentales
- Adolescente con antecedentes de abuso sexual

Tamaño muestral

Para demostrar una diferencia de 50 % más de embarazo adolescente en madres con vulnerabilidad social (tomando como principal marcador de vulnerabilidad el abandono escolar), teniendo una prevalencia descripta de 25 % se necesitan 30 embarazos reincidentes y 60 adolescente primigesta. (Relación 2:1)

Consideramos un plan de estudio multivariado, dado que tendremos en cuenta para el análisis de múltiples variables, siendo las más relevantes el grado de escolaridad, uso de métodos anticonceptivos, consejería previa y edad del primer embarazo.

Variables

De resultado

Embarazo reincidente

De Predicción

Grado de escolaridad (sin escolarización, primario, secundario o universitario)

De Control

- Uso de métodos anticonceptivos (utilización de protección necesaria contra los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual)
- Consejería previa (información brindada por el equipo de salud acerca de métodos anticonceptivos, transmisión de enfermedades sexuales y planificación familiar)
- Edad durante el primer embarazo
- Edad durante el segundo embarazo
- Estado civil antes y después del primer embarazo
- Personas con quien convive (pareja, ambos padres, solo la madre, pareja y familia, otros)
  
- Situación de violencia familiar o en la pareja (uso de la fuerza o el poder físico de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo, que cause o tenga posibilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Puede ser física, psicológica, sexual, patrimonial, simbólica)
  
- Número de parejas sexuales (única o varias parejas)
- Consumo de sustancias problemático (cuando el consumo tanto de drogas lícitas como ilícitas, afecta la salud; las relaciones interpersonales, el trabajo; o cuando implica problemas con la ley.)

Instrumentos

Todas las historias clínicas del PROAMA (Programa de Adolescencia del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.)

Sistema Informático Perinatal y del Adolescente (SIP- SIA)

Consideraciones éticas

De acuerdo a lo establecido en las normativas que rigen la investigación en el ámbito de los establecimientos dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se

solicitará la aprobación del Comité de Ética e investigación del hospital materno infantil "Ramón Sarda. Dado que todos los datos serán anónimos, no se solicitará consentimiento informado.

## RESULTADOS

Se analizaron 117 pacientes, atendidas en la maternidad Ramón Sarda, en seguimiento por el PROAMA durante el año 2015. De las cuales 2 fueron excluidas por tratarse de víctimas de abuso sexual.

De las 115 madres incluidas 41 madres pertenecían al grupo de casos (embarazo reincidente) y 74 madres al grupo de controles (embarazadas adolescentes no reincidentes).

La media de edad para el primer embarazo fue de 14,7 en el grupo de casos y 15,1 en los controles (p: 0,18). (Tabla 1)

**Tabla 1. Promedio de Edad de Embarazo Adolescente.**

	<b>Casos Emb Reincidente (N: 41)</b>	<b>Controles No reincidentes (N: 74)</b>	<b>p</b>
Edad del Primer Embarazo	14,7	15,1	0,18
Edad del Segundo Embarazo	15,8		
Edad de inicio de relaciones sexuales	13,7	13,8	0,66

La edad media del segundo embarazo es de 15,8 años.

El promedio de edad en el inicio de las relaciones sexuales fue similar en ambos grupos (13 años). En ambos grupos se presentaron resultados similares en la situación de pareja estable, 73 % en los casos y 78 % en los controles (p: 0,94).

El 61% de las pacientes con reincidencia de embarazo habían recibido consejería previa y solo el 49 % de los controles recibieron consejería previa (p: 0.037). No encontramos diferencias en el uso de métodos anticonceptivos entre los grupos. (Tabla 2)

**Tabla 2 Características de planificación y situación familiar.**

	<b>Casos Emb Reincidente (N: 41)</b>	<b>Controles No reincidentes (N: 74)</b>	<b>p</b>
Recibió Consejería previa	62 %	49 %	0,03
Utilización de MAC	56 %	51 %	0,52
Pareja estable	73 %	78 %	0,94
Situaciones de violencia	15 %	18 %	0,81
Varias Parejas	66 %	70 %	0,22
Consumo de estupefacientes	2 %	8 %	0,24

En ambos grupos se describen situaciones de violencia familiar o con la pareja (15 % en los casos y 18 % en los controles; P: 0,81).

Al analizar las variables relacionadas con escolaridad encontramos diferencias significativas en grado de escolarización y abandono escolar. (Tabla 3)

Las embarazadas reincidentes presentaban en promedio menos años de escolaridad que el grupo control 6,9 vs 9,2 (p: 0,02, OR 2,3).

Por otro lado con respecto a la escolarización, el 29% de las adolescentes que reincidieron su embarazo abandonaron el colegio por esta razón, frente a un 7% de las pacientes primigestas. (p: 0,001. OR 6,1).



**Tabla 3 Características de Escolaridad**

	<b>Casos Embarazo Reincidente (N: 41)</b>	<b>Controles No reincidentes (N: 74)</b>	<b>P</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95 %</b>
Años de escolaridad	6,8	9,2	0,02	2,3	1,3 – 3,8
Abandono escolar	29 %	7 %	0,001	6,18	1,9 – 19,9
Hasta 7 años de formación	32 %	12 %	0,01	3,47	1,33 – 9,9

Con respecto al resto de las variables de control analizadas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

## **DISCUSIÓN**

En este estudio pretendimos analizar los diferentes factores de riesgo de la madre adolescente, principalmente para determinar cuáles de ellos influyen en la reincidencia del mismo, partiendo de la premisa que la educación es uno de los factores más importantes en el desarrollo integral de las adolescentes.

La educación es uno de los principales indicadores con fuerte impacto en la salud materno infantil, desde Caldwell (1979) que lo sugirió tempranamente, hasta los numerosos estudios publicados, la educación, en general, y la educación femenina, en particular, ejercen una gran influencia en la salud y la supervivencia de los niños en lo que respecta al embarazo, el parto, la inmunización y el manejo de las enfermedades de la niñez.

La educación también favorece la adopción de patrones reproductivos (mayor conocimiento y uso de anticonceptivos, postergación de la edad de inicio de la maternidad, reducción de la paridad, mayor controles pre y periconcepcionales y mayor tiempo de lactancia) que impactarían en las condiciones sobre los riesgos de morbilidad perinatal (National Research Council, 1989).

En todo el mundo, es más probable que una niña quede embarazada en circunstancias de exclusión social, pobreza, marginalización y desigualdad de género, donde no puede gozar o ejercer plenamente sus derechos humanos básicos, o donde

el acceso a la atención médica, escolarización, información, servicios y oportunidades económicas es limitado. (9)

Stevens –Simons y col, mencionan que el regreso a la escuela después del parto puede reducir la reincidencia de embarazos en estas adolescentes, pues los padres con más educación tienen menos posibilidades de tener embarazos poco espaciados, ya que tienen una mejor orientación hacia el futuro y toma de conciencia de los riesgos del embarazo sin embargo esto rara vez ocurre.

En nuestro trabajo se vio que la media de edad de inicio de relaciones sexuales en ambos casos es de 13,7 en contraposición con otros trabajos (Waisman 2006 y trabajo de Peru 2008) donde se vio que el inicio temprano se relacionaba más con adolescentes multigestas.

La media de edad para las primigestas fue de 15,1, mientras que en las reincidentes fue de 14, teniendo su segundo embarazo a la edad de los 15,8 años.

Lo que coincide con otros estudios donde se ve que el periodo intergenésico corto se da en adolescentes.

En nuestro trabajo se vio que del total de las reincidentes más de la mitad utilizaban algún método anticonceptivo y un porcentaje aun mayor había recibido consejería de planificación familiar previa, estos datos coinciden con los de la investigadora Cherril Davis, quien afirma que la mayoría de los embarazos precoces no se debe al desconocimiento por parte de los adolescentes, ni a la falta de acceso a los servicios o métodos; sino a la forma en que se suministra la información y se presta el servicio, y además la forma en que estos son percibidos y utilizados por la población adolescente. En América Latina y El Caribe el 90% o más de los adolescentes conocen algún método, excepto en Bolivia, Guatemala y Paraguay donde este porcentaje es notablemente menor; sin embargo según analizamos en los distintos trabajos el uso de los mismos son bajos.

Pese a que la estabilidad marital se asocia a un mejor pronóstico del embarazo adolescente y un mejor uso de anticonceptivos, tener una pareja estable puede constituir un factor de riesgo para que la madre adolescente se embarace de nuevo rápidamente. (10)

Estos datos coinciden con los reflejados en nuestro trabajo, donde el 90% de las madres reincidentes tienen una pareja estable después del primer embarazo, en contraposición con las primigestas quienes solo permanecen en pareja estable después del primer embarazo un 11%.

Uno de los factores más relevantes a tener en cuenta es la escolaridad, diversos trabajos en México y América Latina, han puesto énfasis que el embarazo adolescente, realmente ocurre cuando la mayoría de las jóvenes ya han abandonado la escuela. En nuestro caso en las pacientes primigestas solo un 20% de las que abandonaron el colegio fue a causa del embarazo, en contraposición con un 75% de las multigestas.

Stevens –Simons y col, mencionan que el regreso a la escuela después del parto puede reducir la reincidencia de embarazos en estas adolescentes, pues los padres con más educación tienen menos posibilidades de tener embarazos poco espaciados, ya que tienen una mejor orientación hacia el futuro y toma de conciencia de los riesgos del embarazo sin embargo esto rara vez ocurre.

Una debilidad de nuestro trabajo es que la población estudiada no refleja la realidad de todas las adolescentes del país, ya que estas adolescentes tienen acceso a un servicio de salud multidisciplinario con un seguimiento exhaustivo como es el PROAMA.

Por el contrario una de las mayores fortalezas es la posibilidad de tener una visión integral de la situación gracias al exhaustivo seguimiento que se realiza de estas adolescentes por diversas especialidades dentro del programa.

## **CONCLUSIONES**

En nuestro estudio encontramos que el embarazo adolescente reincidente se asocia significativamente con menor escolaridad y mayor abandono de la misma.

La edad de inicio de relaciones sexuales de las adolescentes en este grupo de estudio es de 13 años y más de la mitad de todas las madres estudiadas refirieron utilizar métodos anticonceptivos.

La posibilidad de estudios prospectivos que amplíen el análisis de los factores de vulnerabilidad, educación en salud sexual y reproductiva y utilización de métodos anticonceptivos nos permitirán realizar acciones preventivas que mejoren la salud de las mujeres adolescente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. [Http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/). [En línea]
2. Gomez, I., molina, R., zamberlin, N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en America Latina y el Caribe. Lima : Flasog, 2011, 1, pág. 16.
3. —. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en America Latina y el Caribe. Lima : Flasog, 2011, 1, pág. 15.
4. Embarazo adolescente: la realidad argentina.  
[Http://www.unfpa.org.ar/sitio/index.php?Option=com\\_content&view=article&id=225&Itemid=112](http://www.unfpa.org.ar/sitio/index.php?Option=com_content&view=article&id=225&Itemid=112)
5. Noticias, CVI. *El 7,8% de los embarazos adolescentes del país ocurren en Misiones*. Puerto Iguazu : s.n., 2016.
6. Serrano, M., et al. Visualización de factores que contribuyen a más de un embarazo en la adolescente. Berazategui, Buenos Aires : s.n., 2015.
7. Gomez, I., molina, R., zamberlin, N. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe. Lima : Flasog, 2011. Pág. 22.
8. Reyes, D; Gonzalez, E. Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. 2014, Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, Vol. 17, pág. 110.
9. Fondo de poblacion de las naciones unidas. *Maternidad en la ninez*. Estados Unidos : 2013. Pág. 2.
10. Diego, p., Huarcaya, G. Factores familiares y reproductivos asociados al embarazo reincidente en adolescentes. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima : s.n., 2008. Pág. 32.