

Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto

Rosa María Núñez-Urquiza, MC, MSP,⁽¹⁾ Bernardo Hernández-Prado, PhD,⁽¹⁾ Cecilia García-Barrios, MC,⁽²⁾
Dolores González, MSP,⁽¹⁾ Dylis Walker, MC.⁽¹⁾

Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B,
García-Barrios C, González D, Walker D.
Embarazo no deseado en adolescentes,
y utilización de métodos anticonceptivos posparto.
Salud Publica Mex 2003;45 suppl 1:S92-S102.

Núñez-Urquiza RM, Hernández-Prado B,
García-Barrios C, González D, Walker D.
Unwanted adolescent pregnancy
and post-partum utilization of contraceptive methods.
Salud Publica Mex 2003;45 suppl 1:S92-S102.

Resumen

Objetivo. Describir la proporción de embarazo no deseado en adolescentes, su asociación con características sociodemográficas y la utilización de anticonceptivos posparto. **Material y métodos.** Se trata de un estudio transversal con una muestra de 220 mujeres adolescentes entre 13 y 19 años de edad, de dos municipios semiurbanos del estado de Morelos, México, entrevistadas entre 1992 y 1994. Las mujeres fueron entrevistadas en su casa entre seis y 12 semanas después del parto. Se les preguntó si antes de embarazarse desearon el último embarazo. Además, se indagó sobre conocimientos y uso de métodos anticonceptivos posparto. **Resultados.** Un 17% de todos los nacimientos registrados en la población total en ese periodo fueron producto de madres adolescentes. De éstas, 22.73% declararon que su embarazo no fue deseado. Se encontró una asociación positiva entre no tener derecho de acceso a los servicios de salud de las instituciones del sistema de seguridad social –Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)– y embarazo no deseado (*RM* ajustada=3.03, IC 95% 1.31, 7). Asimismo, las adolescentes de comunidades urbanas manifestaron no deseo del embarazo con mayor frecuencia que las mujeres de comunidades rurales (*RM* ajustada=2.16, IC 95% 1.08, 4.33). Un 91.3% de las madres adolescentes enunció la píldora anticonceptiva entre los métodos que conocía. Un 84.72% conocía el DIU y 63.68% el condón. Sin embargo, sólo 35% estaba utilizan-

Abstract

Objective. To describe the proportion of unwanted pregnancies among all pregnant adolescents, its association with sociodemographic characteristics, and the use of post-partum contraceptive methods. **Material and Methods.** A cross-sectional study was conducted among 220 women between 13 and 19 years of age, in two semi-urban municipalities of the State of Morelos, Mexico, interviewed between 1992 and 1994. Women were interviewed at home, six to twelve weeks after their delivery date. Women were asked whether they had wanted their last pregnancy, and about knowledge and use of contraceptive methods after delivery. **Results.** Adolescent pregnancies accounted for 17% of all births registered in these two municipalities. Among all adolescent mother 22.73% reported that their pregnancy had not been wanted. A positive association was found between the lack of access to health services provided by public medical insurance systems (Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS and Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado ISSSTE) and unwanted pregnancy (adjusted OR=3.03, 95% CI (1.31, 7). An association was also found between living in an urban community (adjusted OR=2.16, 95% CI (1.08, 4.33) and an unwanted pregnancy. Among all adolescent mothers, 91.3% were familiar with "the pill" as a contraceptive method; 84.72% knew about the IUD, and 63.68% knew about the condom. However, only 35% of them were actually using an effective contraceptive method six weeks after delivery. No

La Fundación John & Catherine McArthur proporcionó apoyo financiero para este proyecto.

- (1) Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.
(2) Secretaría de Salud de México, México, D.F.

Fecha de recibido: 18 de abril de 2001 • **Fecha de aprobado:** 3 de junio de 2002
Solicitud de sobretiros: Rosa María Núñez-Urquiza. Avenida Universidad 665. Cuernavaca Morelos, México 62508.
Correo electrónico: rmanunez@correo.insp.mx

do algún método anticonceptivo efectivo después de las seis semanas posparto. No se encontró diferencia en la frecuencia de uso de anticonceptivos según deseo del último embarazo. Entre quienes se atendieron el parto en centros de salud u hospital sólo 43.39% estaba utilizando algún método efectivo de planificación familiar. **Conclusiones.** Estos hallazgos sugieren que los programas de planificación familiar tienen un potencial de cobertura aún no alcanzado entre el grupo de adolescentes, especialmente entre las que viven en áreas suburbanas y entre las no derechohabientes de la seguridad social. Asimismo, sugiere la necesidad de insistir en la promoción de la utilización de métodos anticonceptivos posparto en este grupo considerado de alto riesgo reproductivo. Además, se evidencia la necesidad de investigar sobre métodos de educación sexual y reproductiva que puedan introducirse en el sistema escolar desde el nivel primario.

Palabras clave: embarazo no deseado; embarazo en adolescencia; planificación familiar; México

difference in frequency of contraceptive use was found among the adolescent mothers, according to whether they wanted their last pregnancy. Only 43.39% of mothers who delivered at hospitals or health centers were using an effective contraceptive method. **Conclusions.** These findings suggest that there is a great potential for family planning programs to target adolescents, and that the use of contraceptive methods after delivery should be promoted among adolescent mothers, especially those lacking access to public medical insurance and those living in semi-urban settings. It is also recommended to conduct studies on family planning education programs that can be introduced earlier in the school system in Mexico.

Key words: unwanted pregnancy; pregnancy in adolescence; family planning; México

La salud sexual y reproductiva de la población adolescente se ha considerado, en México, como una prioridad de atención dentro del Plan Nacional de Salud 1995-2000.¹ En México, la tasa de fecundidad global descendió entre 1970 y el año 2000 de 6.0 a tres hijos por mujer.² Sin embargo, debido a la elevada proporción de población joven, la cantidad de mujeres en edad reproductiva se duplicó en el mismo periodo. Así, aunque la tasa de fecundidad en la población ha disminuido, la cantidad absoluta de nacimientos y la proporción de los nacimientos que son producto de madres adolescentes se ha mantenido estable debido a la inercia de crecimiento poblacional.³ Los nacimientos que ocurrieron entre mujeres menores de 20 años de edad representaron 17.1% del total de nacimientos en 1995 y contribuyeron con 13.6% de la Tasa General de Fecundidad.^{4,5} Se ha documentado ampliamente que el embarazo en edades tempranas, especialmente antes de los 18 años, pone en riesgo la salud de la madre⁶⁻⁸ y que los hijos de madres adolescentes –en circunstancias de pobreza y desnutrición– presentan mayor probabilidad de enfermar comparados con los hijos de madres mayores de 20 años de edad en las mismas condiciones sociales.^{9,10}

Se sabe, además, que hay una asociación estadística entre maternidad temprana y baja escolaridad.¹¹ Se ha señalado que “en la fecundidad total el peso relativo de los nacimientos de madres jóvenes es más elevado en los grupos de menor escolaridad y en las áreas rurales”.¹² Se ha argumentado que el embarazo

en la etapa escolar las hace proclives a abandonar la escuela, aunque también se ha demostrado que es el abandono de la escuela por situaciones económicas lo que condiciona la maternidad precoz.¹³⁻¹⁵ Además, el embarazo cuando no es deseado representa mayor riesgo social, tanto para la madre como para la prole.^{16,17}

Se documentó en México, alrededor de los años 90, que el inicio de vida sexual ocurría en promedio –entre los hombres– a los 16 años y –entre las mujeres– a los 19 años.¹⁸ Se ha observado que mientras la edad de inicio de la vida sexual activa se registra a edades más tempranas, la edad del matrimonio se ha postergado. De esta manera el lapso de fecundidad no marital se ha incrementado.^{12,18,19}

La Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Área Metropolitana de la Ciudad de México (Ecram) realizada en México en 1988, entre población de 10 y 24 años de edad reveló que los jóvenes menores de 24 años después del inicio de la actividad sexual continúan activos y sin protección durante un año o más antes de solicitar un método anticonceptivo. Entre las mujeres sólo 36% manifestó haber utilizado alguna práctica anticonceptiva en su primera relación sexual,^{18,19} y, entre las mujeres menores de 24 años que ya se habían embarazado alguna vez, más de 50% manifestó que el primer embarazo no fue deseado.¹⁹

El objetivo de este trabajo fue documentar la proporción de nacimientos producto de madres adolescen-

tes y describir la asociación de ciertas características demográficas con la manifestación sobre haber deseado el embarazo, así como con la utilización de métodos de anticoncepción posparto, en dos municipios del estado de Morelos, México.

Material y métodos

Este artículo describe los resultados de un estudio transversal con una muestra de 220 adolescentes entre 13 y 19 años de edad. El estudio original se hizo para evaluar una intervención de un modelo integral de atención a la mujer, concebido bajo un diseño cuasi experimental. Mediante un barrido censal en los municipios de Yecapixtla y Tlaltizapán, estado de Morelos, se registraron todos los hogares donde había mujeres entre 10 y 50 años de edad. Posteriormente, en dos mediciones hechas una en 1992, y otra en 1994, se registró a todas las mujeres embarazadas ($n=1\ 797$). Para este análisis se excluyó al grupo de mujeres que recibió la intervención ($n=449$), así como 32 registros, por corresponder a un segundo embarazo de una misma mujer en un periodo de estudio. Otros 58 registros se eliminaron por no tener la información completa, quedando 1 258 mujeres. En este análisis se incluyó a las 220 mujeres que al momento de iniciar el embarazo tenían entre 13 y 19 años de edad, es decir 17.48% del total. Los criterios de inclusión fueron que la mujer manifestara estar embarazada, tuviera menos de seis meses de embarazo, y firmara consentimiento para participar en el estudio, además de residir en el municipio.

Una vez que el embarazo se detectó mediante un censo domiciliario, se pidió consentimiento para programar una segunda visita durante el segundo mes posterior a la fecha probable de parto. Mediante entrevista con la madre, se aplicó un cuestionario para evaluar la atención prenatal, la atención del parto y la planificación familiar posparto. La información se recolectó entre la sexta y décima segunda semana posparto. El cuestionario incluyó preguntas sobre composición familiar, escolaridad, indicadores previamente utilizados para conocer el estado socioeconómico,²⁰ empleo asalariado, derechohabiencia, utilización de servicios médicos y de parteras, síntomas y complicaciones del embarazo y resultados perinatales. La sección de preguntas para evaluar la planificación familiar posparto inició con una para indagar sobre el deseo de tener un hijo antes del último embarazo. La pregunta se hizo de la siguiente manera: "¿antes de este último embarazo, quería usted tener un hijo o hija, o no quería tener ningún(a) otro(a)?" Puesto que en una sección anterior del cuestionario se indagó si

este era el primer embarazo, al tratarse de primíparas, la pregunta de la entrevistadora fue: "¿antes de este embarazo quería usted tener un hijo o hija?" Según la respuesta dicotómica "sí" o "no" se categorizó la población en dos grupos comparativos. El no-deseo constituyó la variable independiente del estudio. Las variables dependientes se definen en el cuadro I. Como variables de exposición se estudiaron características sociodemográficas, zona de residencia rural o urbana según la definición del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)²¹ e historia reproductiva. Además, se analizó el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar posparto, según deseo del último embarazo. Entre las variables reproductivas, para este análisis, se consideró paridad, e intervalo intergenésico (cuadro I).

Para el análisis de la información se obtuvieron frecuencias simples sobre no deseo de embarazo, conocimiento de métodos anticonceptivos, y uso de método anticonceptivo al momento de la entrevista. Se calcularon las razones de momios crudas, e intervalos de confianza al 95% del "no deseo de embarazo" de acuerdo con las variables independientes del estudio. Posteriormente se hizo un análisis multivariado mediante regresión logística no condicional, para ajustar por el posible efecto confusor de las variables incluidas en el modelo (edad, unión, escolaridad, nivel socioeconómico, derechohabiencia, zona de residencia y paridad). Finalmente, sobre el uso de métodos anticonceptivos posparto, se calcularon las razones de momios crudas e intervalos de confianza al 95% de acuerdo con el no deseo del embarazo. Se utilizó, para la captura, el programa de D-Base 1995 y para el procesamiento y análisis el SPSS- W9.

Resultados

De las 220 adolescentes, 22.73% ($n=50$) manifestaron que no desearon el embarazo. Las características sociodemográficas y antecedentes reproductivos se muestran en el cuadro II. El 91.8%, al momento de la aplicación de la entrevista (posparto) manifestaron estar unidas o casadas. Un 51.4% terminó la primaria y no continuó con los estudios de secundaria, 48.6% estaba cursando niveles superiores, 29.6% quedó en la categoría de estrato socioeconómico bajo, 69.1% estaba en la categoría de estrato socioeconómico medio y 47.3% habitaba en zona rural. De las variables de historia reproductiva encontramos que 68.2% manifestó que este era su primer embarazo, mientras que 31.8% cursaba su segundo embarazo o más. De las 70 que cursaban su segunda o tercera gesta se pudo obtener el intervalo intergenésico en 65 de ellas; 66.2% tuvo un

Cuadro I
**DEFINICIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO SOBRE EMBARAZO NO DESEADO EN ADOLESCENTES.
 MORELOS, MÉXICO, 1992-1994**

Adolescente	Mujeres menores de 20 años de edad al inicio del embarazo
No deseo del embarazo	Haber respondido "no" a la pregunta: "¿antes de este último embarazo usted quería tener un (otro) hijo o hija? En primíparas: "¿antes de este embarazo quería usted tener un hijo o hija?"
Edad	Edad de la mujer al momento de iniciar el embarazo Se categorizó en dos grupos: 13 a 17, y 18 a 19 años de edad, ya que se ha documentado que el riesgo es aún mayor antes de los 18 años ⁶
Unión	Unión: mujeres casadas y las mujeres con unión consensual Sola: en esta categoría se clasificó a mujeres solteras al momento de la aplicación del cuestionario, viudas y divorciadas
Escolaridad	Se indagó sobre la escolaridad mediante dos preguntas. Una sobre el grado escolar alcanzado, y otra sobre el número de años que asistió a la escuela
Estrato socioeconómico	Se utilizaron los indicadores del índice de Bronfman ²⁰ que incluye hacinamiento, condiciones de la vivienda, escolaridad del jefe de familia. Se consideró además la disponibilidad de electrodomésticos. Se estratificó en sólo dos categorías: "alto" y "bajo"
Derechohabiente	Este término, en México, describe al individuo o población que por su filiación laboral está registrado en alguno de los sistemas de seguridad social que incluye atención médica IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena)
Zona	Clasificación por Agregados Geo-Estadísticos Básicos (AGEBS) para el año 1995. Se define como rurales a las AGEBS con menos de 2 500 habitantes, y urbanas a las que tienen más habitantes (INEGI) ²¹
Intervalo intergenésico	Se calculó el intervalo intergenésico con base en la fecha desenlace del penúltimo embarazo y la fecha del parto del último. Se establecieron dos categorías: "menos de dos años" y "dos años o más"
Conocimiento de métodos de planificación familiar	Se le pidió a la encuestada que enunciara los métodos de planificación familiar que conocía. La entrevistadora registró sus métodos mencionados
Métodos efectivos de planificación familiar	En esta categoría se agruparon "anticonceptivos hormonales orales e inyectables, el Dispositivo Intrauterino (DIU) y al condón", aunque no hubo ni una en la última categoría
Uso de métodos anticonceptivos	Se registró el tipo de método que se estaba utilizando al momento de la entrevista posparto

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Pemex: Petróleos Mexicanos

Sedena: Secretaría de Defensa Nacional

intervalo de dos años o mayor, mientras que en 37.4% el intervalo fue menor de dos años.

En el cuadro III se muestran las razones de momios crudas y ajustadas de deseo de embarazo según las características sociodemográficas. Las razones de momios de no desear el embarazo fueron 2.42 veces mayores entre las mujeres no derechohabientes que entre las derechohabientes ($RM=2.42$, IC 95% 1.10, 5.32). Las razones de momios de no deseo fueron menores entre las mujeres primigestas que entre las multigestas ($RM=0.45$, IC 95% 0.23, 0.86). No se encontró asociación cruda entre el no deseo de embarazo con la edad, unión, escolaridad, nivel socioeconómico, zona de residencia ni intervalo intergenésico. Se

construyó un modelo de regresión logística no condicional multivariado, para estimar las razones de momios de no deseo de embarazo, incluyendo como variables predictoras edad, unión, escolaridad, nivel socioeconómico, derechohabiencia, zona de residencia y paridad. Al ajustar por todas estas variables en el modelo las razones de momios de no deseo de embarazo fueron 3.03 veces mayores entre las mujeres no derechohabientes que entre las derechohabientes ($RM=3.03$, IC 95% 1.31, 7.00). Asimismo, las razones de momios de no desear el embarazo fueron dos veces más grandes entre mujeres de zona urbana que en las de zona rural ($RM=2.16$, IC 95% 1.08, 4.33). Las razones de momios de no desear el embarazo fueron

Cuadro II
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA
 PARA EL ESTUDIO SOBRE EMBARAZO NO DESEADO
 EN ADOLESCENTES. MORELOS, MÉXICO, 1992-1994**

Variable	n	%
Edad		
13 a 17 años	80	36.4
18 a 19 años	140	63.6
Unión		
Sola	18	8.2
Unida	202	91.8
Escolaridad		
Primaria	113	51.4
Secundaria o más	107	48.6
Nivel socioeconómico		
Bajo	155	70.4
Medio y alto	65	29.6
Derechohabiente		
Sí derechohabiente	68	30.9
No derechohabiente	152	69.1
Zona de residencia		
Urbana	116	52.7
Rural	104	47.3
Paridad		
Primigesta	70	31.8
Otro	150	68.2
Intervalo intergenésico (De 70, se pudo calcular en 65)		
Corto (< 2 años)	22	37.4
2 años o más	43	66.2

(n=220)

menores entre las mujeres primigestas ($RM=0.43$, IC 95% 0.21, 0.90). No se encontró asociación con las otras variables incluidas en el modelo (cuadro III).

Sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos (cuadro IV), 90.91% enunció conocer los hormonales inyectables u orales como métodos de anticoncepción. Un 81.36% mencionó el dispositivo intrauterino (DIU). Un 64.09% enunció el condón. El 72.27% de las adolescentes atendieron su parto con un médico en centro de salud u hospital, mientras que

27.73% lo atendieron en casa de la propia mujer o de la partera. Entre todas las adolescentes 59.54% manifestó, después de seis semanas posparto, que no estaba utilizando ninguna práctica anticonceptiva. Un 4.54% manifestó que practicaba la lactancia o el coito interrumpido como método para no embarazarse, a pesar de saber que no son métodos efectivos. A tres adolescentes multíparas (1.36%) les practicaron obturación tubaria bilateral (OTB). Un 10.45% estaba utilizando hormonales, y 24.54% tenía el DIU. En suma, 34.99% utilizaba algún método efectivo. Sólo un poco más elevado fue el porcentaje entre aquellas a quienes les atendieron el parto en hospital o centro de salud. De 72.27% de las que lo tuvieron en un centro de salud u hospital 43.39% utilizaba algún método efectivo posparto (incluidas las tres con OTB). Finalmente, se calcularon las razones de momios de uso de métodos de planificación familiar según deseo de embarazo. Estos resultados se muestran en el cuadro V. No se encontró diferencia en los momios de utilización de métodos anticonceptivos en general, métodos efectivos, métodos hormonales o DIU, según deseo del embarazo.

El desconocimiento del DIU fue 45% mayor entre quienes no habían deseado el último embarazo (RM 1.45 IC 95% 0.91, 2.31). No se encontró asociación significativa entre el deseo de embarazo y el conocimiento y uso de métodos de planificación familiar después del nacimiento.

Discusión

La proporción de nacimientos que son producto de madres adolescentes (17%) es similar a la descrita para el estado de Morelos,²² y para todo el país en 1995.³ Conviene destacar que casi dos terceras partes de las adolescentes embarazadas tenían 18 o 19 años y sólo un tercio era menor de 18 años. Esto es importante ya que el estereotipo de que la maternidad adolescente implica mayor riesgo obstétrico en realidad sólo se ha documentado en mujeres menores de 18 años, puesto que las mujeres entre 18 y 19 años de edad no muestran un riesgo mayor que las que tienen entre 20 y 24 años,²⁴ excepto en condiciones donde además de la edad precoz hay situación de extrema pobreza.^{9,10,23,24} Más de una quinta parte de las adolescentes manifestó, en el posparto, no haber deseado un embarazo. No encontramos algún otro reporte epidemiológico sobre la frecuencia de embarazo adolescente no deseado en Morelos. La manifestación de no deseo del embarazo entre la población adolescente es menor a la que se reporta para la población general en la Encuesta Nacional de Fecundidad de 1987¹² donde, hasta 50% de las

Cuadro III
PREVALENCIAS Y RAZONES DE MOMIOS, CRUDAS Y AJUSTADAS,* DE DESEO DEL EMBARAZO, DE ACUERDO CON CARACTERÍSTICAS DE LAS ADOLESCENTES DE DOS MUNICIPIOS. MORELOS, MÉXICO, 1999-1994

Variable	No desea	Sí desea	RM cruda	IC 95%	RM ajustada	IC 95%
Edad						
18 a 19 años	36	104	0.61	0.31, 1.22	0.89	0.41 1.93
13 a 17 años	14	66	1			
Unión						
Sola	4	14	0.97	(0.30, 3.09)	0.81	0.23 2.78
Unida	46	156	1			
Escolaridad						
Primaria	22	91	0.68	0.36, 1.29	0.52	0.26 1.05
Secundaria o más	28	79	1			
Nivel socioeconómico						
1	15	50	0.97	0.49, 1.94	0.92	0.43 1.97
0	35	120	1			
Derechohabiente						
No derechohabiente	41	111	2.42	0.10, 5.32	3.03	1.31 7.00
Sí derechohabiente	9	59	1			
Zona de residencia						
Urbana	18	86	1.82	0.95, 3.49	2.16	1.08 4.33
Rural	32	84	1			
Paridad						
Primigesta	23	47	0.45	0.23, .86	0.43	0.21 0.90
Otro	27	123	1			
Intervalo intergenésico (n=65)						
Corto (< 2 años)	8	14	1.07	(0.37, 3.11)		
Largo (>2 años)	15	28	1			

* Ajustadas por edad, unión, escolaridad, nivel socioeconómico, derechohabiencia, zona de residencia y paridad

mujeres que habían tenido un hijo en los cinco años previos manifestó que no lo había planeado. En otro análisis, efectuado con la población original del estudio, se encontró que entre las mujeres de 20 a 34 años de edad la manifestación posparto de "no deseo del embarazo" fue de 33.51%, y en mujeres de 35 y más años fue de 48.86%.

El hallazgo sobre la mayor asociación entre no deseo del embarazo y ser no derechohabiente es consistente con reportes previos.^{12,19} El hallazgo sobre la mayor asociación entre embarazo no deseado y residir en zona urbana rompe con el estereotipo que permeaba en la definición de la población objetivo de los programas del Consejo Nacional de Población, que señalaban a las mujeres rurales como población prioritaria en los programas de planificación familiar.^{12,23}

Una limitación metodológica de este estudio es la dificultad para definir el deseo del embarazo. Esta definición ha sido ampliamente analizada por los doctores Feinholz²⁵ y Vives.²⁶ Además, la pregunta sobre el deseo del embarazo se hizo posparto. Feinholz y Avila han documentado la complejidad de la definición del "deseo de embarazo" y la evolución del deseo durante el embarazo.²⁵ De un grupo de embarazadas, que al enterarse de su estado manifiestan verbalmente su rechazo por el mismo, una proporción considerable manifestará cambios de actitud a medida que éste progrese. Una vez concluido, la respuesta de la madre y del padre se ve influida no sólo por las experiencias agradables y desagradables del embarazo y del parto, sino, además, por la reciprocidad que exista entre las fantasías preconceptivas de los progenitores con las ca-

Cuadro IV
**CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
 ENTRE ADOLESCENTES CON EMBARAZO NO DESEADO.
 MORELOS, MÉXICO, 1992-1994**

Conocimiento			
Hormonales			
Sí conoce	200	90.91	
No conoce	20	9.09	
Conoce DIU			
Sí	179	81.36	
No	41	18.64	
Conoce condón			
Sí	141	64.09	
No	70	25.01	
Práctica anticonceptiva			
Ninguna	131	59.54	
Lactancia o coito interrumpido	10	4.54	
Obtención tubaria bilateral	3	1.36	
Hormonales	23	10.45	
Dispositivo intrauterino DIU	54	24.54	
Conoce algún método efectivo			
No	141	64.09	
Sí	79	34.54	
Lugar de atención de parto y uso anticonceptivos			
Atención de parto hospitalario	159	72.27	
Usa método efectivo (n= 159)	69	43.39	
No usa método efectivo (n= 159)	90	66.61	
DIU: Dispositivo intrauterino			

racterísticas reales de este particular bebé, como el sexo, el color de su piel, y el parecido con los padres, entre otras.²⁶ Sobre la dimensión inconsciente del deseo de embarazarse, Vives y Lartigue han señalado que es necesario hacer la distinción entre el deseo de estar embarazada y el deseo de tener un hijo puesto que en la casuística clínica se reporta que el motivo de embarazarse es, en ocasiones, una respuesta a la necesidad de confirmar la capacidad reproductiva.²⁶ Estos y otros autores han señalado que para algunas adolescentes el embarazarse representa la manera de salir de una situación familiar conflictiva.^{13,14,24,27} Vives argumenta, además, que todo deseo remite a la ausencia de lo anhelado y al reconocer la condición atemporal del deseo inconsciente, dice, una adolescente que piensa que tendrá un hijo en el futuro, de alguna manera tiene el anhelo en todo momento hasta que ese deseo queda satisfecho.²⁵ Varios autores han argumentado que la manifestación sobre el deseo de un embarazo

Cuadro V
**PREVALENCIAS Y RAZONES DE MOMIOS, CONOCIMIENTO
 Y USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR,
 SEGÚN DESEO DEL EMBARAZO ENTRE ADOLESCENTES
 DE DOS MUNICIPIOS DE MORELOS, MÉXICO, 1992-1994**

Variable	No desea	Sí desea	RM cruda	IC 95%
Conoce hormonales				
No	5	15	1.14	(0.25-0.79)
Sí	45	155	1	
Conoce DIU				
No	4	37	0.31	0.10-0.92)
Sí	46	133	1	
Conoce condón				
No	19	60	1.06	0.76-1.46
Sí	31	110	1	
USA PF (n=219)				
No	30	106	0.95	0.50-1.83
Sí	19	64	1	
USA PF efectiva (n=219)				
No	32	111	1.00	0.51-1.95
Sí	17	59	1	
Usa hormonal (n=219)				
No	46	150	2.04	0.58-7.19
Sí	43	20	1	
Usa DIU (n=219)				
No	35	130	0.76	0.38-1.57
Sí	14	40	1	

DIU: dispositivo intrauterino
 PF: planificación familiar

está determinada por factores socioculturales que varían dependiendo del contexto social, psicológico y cultural.^{24,27} Puesto que la información sobre la variable dependiente del estudio "no deseo del último embarazo" fue recolectada después del desenlace del embarazo, es posible que exista un sesgo de información, y las adolescentes informen con mayor frecuencia que sí deseaban el embarazo. Sin embargo, de acuerdo con toda la literatura revisada, este sesgo tendería a una subestimación de la frecuencia del no deseo ya que se ha documentado que entre un grupo de embarazadas la proporción de quienes manifiestan no desear el embarazo disminuye a medida que avanza el mismo y más todavía con el nacimiento del hijo o hija. Podemos inferir, entonces, que la proporción de mujeres que hubiesen manifestado que no desearon

estar embarazadas sería mayor si se hubiese preguntado al inicio del embarazo, y aún mayor si se hubiese preguntado a la misma cohorte de mujeres antes de la concepción.^{25,28}

La edad y la paridad se correlacionan positivamente. La manifestación de no deseo del embarazo se correlaciona con la multiparidad. Como se mencionó antes, entre las mujeres de 20 a 34 años de edad, la manifestación posparto de "no deseo del embarazo" fue de 33.51%, y en mujeres de 35 y más años fue de 48.86%. Figueroa ha argumentado que las respuestas que se obtienen de las madres en las encuestas que indagan sobre el deseo del último hijo, aluden más a la satisfacción de la pareja con el tamaño de familia deseada, es decir, al "número ideal de hijos" que la pareja había planeado, que al deseo o rechazo deliberado del último hijo.²⁸

Hasta hace una década, en la literatura sobre fecundidad y planificación familiar solía asociarse la población rural con un mayor riesgo de exceso de fecundidad no planeada.²⁹ Sin embargo, estudios más recientes realizados en zonas urbanas en América Latina documentan una mayor ocurrencia de embarazo no deseado en las zonas periféricas de las grandes urbes, sobre todo, en aquellas de inmigración acelerada y asentamientos marginados periurbanos.³⁰ El que se encuentre mayor asociación entre la manifestación de no deseo del embarazo con el hecho de residir en zona urbana, tiene que interpretarse con cautela. De acuerdo con los autores previamente citados, no sólo el deseo del embarazo está culturalmente determinado, sino también la factibilidad de que se manifieste que no se deseó un embarazo.^{14,15,24} De acuerdo con Román, en el contexto urbano la expectativa cultural es que la mujer joven continúe estudiando y posponga la crianza hasta después de los 24 años.¹⁴ En ese contexto es menos disonante que una mujer manifieste que no desea o deseó un embarazo, mientras que en una comunidad rural "las mujeres quieren tener hijos tempranamente en el ciclo vital", ya que tienen pocas opciones de "ser alguien" fuera de la maternidad. En estas circunstancias un embarazo, aunque no haya sido deliberadamente planeado, tiene más posibilidad de ser aceptado. Además, en ese contexto cultural es menos factible que, una vez nacido el bebé, se manifieste que el embarazo no fue deseado.^{13,25} Por otro lado, la menor asociación de embarazo no deseado en comunidades rurales podría sugerir que las acciones de las promotoras de planificación familiar han logrado coberturas eficaces. Se observa en las pequeñas comunidades rurales del estado de Morelos que las promotoras conocen a todas las mujeres potencialmente usuarias, y que deliberadamente programan sus

visitas domiciliarias periódicas para buscarlas y ofrecerles métodos de anticoncepción. En contraste, en las zonas urbanas los servicios de planificación familiar tienen más un carácter de oferta abierta que de búsqueda proactiva e individual de posibles usuarias de métodos anticonceptivos. Además, en algunas zonas periurbanas la velocidad con que crecen los asentamientos humanos ponen un reto a los programas de servicios de salud que han sido incapaces de incrementar su cobertura a la misma velocidad.

Sobre los riesgos psicosociales que en la literatura se asocian con el maternaje adolescente, tanto Stern como otros autores previamente citados señalan que son las condiciones del contexto económico y cultural las que determinan tanto los significados de la sexualidad adolescente como el grado de aceptación de la familia y comunidad con la madre adolescente y su progenie. En una familia extensiva, donde se espera que la mujer se case y colabore en el cuidado de los hijos menores y con los quehaceres domésticos, el hecho de que una hija adolescente se embarace, o que un hijo traiga a casa a su mujer adolescente, es probable que encuentre aceptación por parte de otras mujeres adultas, así como mayor disponibilidad para cuidarle a ella y a su hijo. En contraste, en zonas urbanas donde predominan las familias nucleares, y donde la expectativa es que la mujer joven continúe estudiando y postergue la crianza, el embarazo adolescente representa un problema y es frecuentemente rechazado por la propia embarazada, el progenitor y las familias de ambos.^{13,14,16,24,26,30}

En este estudio no pudo demostrarse –entre las adolescentes– la tan citada asociación estadística entre embarazo no deseado y escolaridad baja, ya que prácticamente todas las adolescentes manifestaron haber terminado la primaria o estarla concluyendo. Sin embargo, en otro análisis con la población original del estudio, se encontró que entre las mujeres mayores de 34 años hay una asociación significativa entre escolaridad menor de tres años y la frecuencia de embarazo no deseado entre las madres adolescentes. La baja escolaridad en México ha sido un indicador que resume situaciones de pobreza y de falta de acceso a los servicios de salud. Se argumenta que el embarazo hace proclive a la mujer a abandonar la escuela, sin embargo Stern sostiene que es el abandono temprano de la escuela y otras condiciones asociadas con la pobreza lo que deja a la mujer adolescente ante pocas alternativas de desarrollo, y que eso es lo que la hace proclive a la maternidad temprana.^{27,31} Menos de la mitad (48.6%) había continuado con estudios secundarios o equivalentes. Conforme la cobertura que alcanzan las escuelas primarias en el territorio mexicano se ha extendido

y la mayoría de la población va alcanzando niveles más altos de escolaridad, el umbral entre lo que constituye una baja y una alta escolaridad cambia, y posiblemente se esté desplazando hacia considerar como baja escolaridad a la secundaria inconclusa.

El estado conyugal y su asociación con el embarazo no deseado es difícil de explorar en una encuesta posparto, ya que se ha documentado que entre las adolescentes que se embarazan estando solteras, una proporción considerable se casa en el transcurso del embarazo.^{9,13,14,30} Es oportuno, sin embargo, destacar una paradoja conceptual y política que todavía permea en las políticas de planificación familiar en México, y es que los programas de planificación familiar desarrollados por el Consejo Nacional de Población y por la Secretaría de Salud en México tenían como población objetivo a las mujeres unidas²³ y, antes del advenimiento de los anticonceptivos no solía indagarse, entre mujeres casadas sobre su deseo del embarazo. Al mismo tiempo se asumía que las madres solteras tenían embarazos no intencionados debido a que “concibieron antes del matrimonio” (sic).²⁷ En contraste, la Encuesta Nacional sobre Fecundidad realizada en 1987 reportó que hasta 50% de las mujeres que habían procreado un hijo en los últimos cinco años, la mayoría de ellas casadas, informaron que el último no fue planeado.¹² Estos hechos señalan la coexistencia paradójica de dos prejuicios sociales: que el embarazo no deseado sólo le ocurre a las mujeres solteras y, que, a pesar de ello, la promoción de los programas de planificación familiar debiera dirigirse a las mujeres unidas. La realidad es que mientras la edad promedio para contraer matrimonio se ha ido posponiendo, el inicio de la vida sexual se registra a edades más tempranas, por lo que la fracción de nacimientos atribuibles a concepción premarital ha aumentado. La proporción de nacimientos cuya concepción fue premarital aumentó de 10.5% en las cohortes de mujeres nacidas antes de 1949, a 16% en la cohorte nacida entre 1960 y 1964. Mientras que en la generación más añosa el primogénito fue resultado de una concepción premarital, en una de cada 10 mujeres, en la cohorte de mujeres más jóvenes, nacidas entre 1960 y 1964, el primogénito de una de cada seis fue producto de una relación premarital.^{4,18} Es evidente la necesidad impostergable de priorizar en los programas de planificación familiar a las mujeres jóvenes, tanto solas como unidas.

El no ser derechohabiente, es decir, el no tener acceso al servicio médico de las instituciones públicas de seguridad social, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, muestra correlación con

la manifestación de no deseo del embarazo. Este dato es congruente con el reporte de uso de métodos de planificación en el posparto que es más alta entre quienes tuvieron acceso a la atención del parto en hospital, clínica o centro de salud. En este estudio el conocimiento se indagó de manera somera, es decir, se le pidió a la mujer que enunciara los métodos que conocía sin explorarse si conocían la manera de usarlos o dónde adquirirlos. El conocimiento de la existencia de métodos anticonceptivos, que expresaron la mayoría de las mamás adolescentes, al lado de una utilización tan baja en el posparto, sugiere que hay una brecha no bien elucidada entre tener el conocimiento y tener acceso a la adquisición de éste. No encontramos diferencias significativas en las razones de momios de no deseo del embarazo por estrato socioeconómico. Es sorprendente que tan sólo 45% de las jóvenes que se atendieron de parto en hospitales estaba utilizando algún método efectivo a seis semanas del posparto a pesar del consenso médico sobre la necesidad de alargar el intervalo intergenésico, especialmente en la población adolescente.^{6,7}

Por otro lado, la brecha entre el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos, además de estar mediado por el costo y disponibilidad de los mismos, es posible que tenga relación con la perspectiva del deseo inconsciente del embarazo aportada por Vives. Siguiendo sus reflexiones, para controlar eficazmente la fecundidad un individuo necesita primero tomar conciencia de que es susceptible de embarazar o quedar embarazada.²⁶ En este sentido los mensajes que promueven la postergación de la sexualidad y la abstinencia, pueden tener un efecto contrario al buscado, ya que hacen que el sujeto inconscientemente sienta que es posible dejar de ser susceptible de embarazarse, y por tanto, no decida deliberadamente el controlar su fecundidad mediante el uso de algún método anticonceptivo. Asimismo, las estrategias que promueven en el individuo la toma de conciencia de que se es susceptible de embarazarse propician en ellos la planeación deliberada de la fecundidad postergada. De ahí la importancia del cambio de enfoque propuesto por Stern y García,^{27,31} y la estrategia operacionalizada por Pick y Aguilar llamada “Planeando tu vida”,³² misma que ya se ha utilizado en algunas instituciones públicas como el Sistema Nacional para el Cuidado Integral de la Familia (DIF) en algunos estados, y en algunas organizaciones civiles.

En 35% de las adolescentes que sí está utilizando algún método, el más utilizado fue el DIU. Esto refleja la influencia del programa de planificación familiar en los hospitales, donde el personal médico promueve la utilización del DIU como método anticonceptivo pos-

parto, para espaciar el intervalo intergenésico sobre todo en mujeres jóvenes que aún planean tener más hijos en el futuro.

La discusión sobre las consecuencias que tiene en el desarrollo de un niño el ser producto de un embarazo que no fue deseado –aunque es un tema de suma trascendencia– está más allá del alcance de este artículo. Estudios longitudinales realizados en otros países que han comparado grupos de individuos que fueron producto de embarazos en los que se documentó el rechazo de la madre, con grupos en todo similares, excepto por el antecedente de rechazo del embarazo, reportan en la cohorte de los hijos una mayor incidencia de perturbaciones en el desarrollo, bajo desempeño y deserción escolar, drogadicción, delincuencia juvenil y divorcio, entre otros indicadores.²⁵ El deseo de los padres por el hijo es un determinante de estructuración psíquica del mismo, de su grado de autoestima, y de su capacidad amorosa, por eso, autores como Vives y Figueroa han propuesto que: “toda gestación en nuestras sociedades occidentales debería ser la consecuencia del deseo y la voluntad de los padres de tener un hijo.”³³

Conclusiones

Más de una quinta parte de los niños que nacen de madres adolescentes son producto de embarazos no deseados. La cobertura de métodos de anticoncepción posparto, aun entre adolescentes que se atendieron en centros médicos, no rebasa 45%. Estos hallazgos apoyan las recomendaciones hechas con anterioridad en el sentido de que es “fundamental reducir el número de embarazos no planeados, no deseados, que terminan en abortos peligrosos o en niños que no son plenamente aceptados, a través de ofrecer alternativas accesibles para las mujeres de distintos contextos sociales”.² Las estrategias educativas en las que se promueve la deliberada planeación de una fecundidad postergada³² son intervenciones que prometen mayor efectividad que las desplegadas por los programas que promueven la abstinencia sexual o la postergación de su inicio. Coincidimos con otros autores en la necesidad de investigar más sobre los determinantes y las repercusiones del embarazo adolescente, y de evaluar la factibilidad de introducir en el programa escolar desde los últimos grados de la primaria, métodos de educación sexual que preparen al adolescente para la toma de conciencia de su capacidad para ejercer su sexualidad y planear deliberadamente la postergación de su fecundidad.

Agradecimientos

El estudio original se hizo bajo la conducción de la Dra. Ana Langer, en el Instituto Nacional de Salud Pública.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Funciones prioritarias en salud. Revisión del Plan Nacional de Salud. México, D.F.: SSA, 1997.
2. Langer A, Romero M. El embarazo, el parto y el puerperio. ¿Bajo qué condiciones se reproducen las mujeres en México? En: Langer A, Tolbert K, ed. México, D.F.: The Population Council, 1996:13-39.
3. Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México. México, D.F.: Ediciones de Consejo Nacional de Población, 1997:16.
4. Consejo Nacional de Población. Programa Nacional de Población 1995-2000. México, D.F.: Ediciones de Conapo, 1995:113.
5. Banco Nacional de México. División de Estudios Económicos y Sociales. México Social- México, D.F.: Banamex, 1998:88-90.
6. Casanueva E, Soberanis T, Ortis, Bobadilla MA. Cambios en la composición corporal en el periodo perinatal en un grupo de adolescentes. *Perinatol Reprod Hum* 1991;5(1):28-32.
7. Moore S, Rosenthal D. *Sexuality in adolescence*. Ed. Routledge Adolescence Society Series, Londres: Nueva York 1993:23-43.
8. Schlaepfer L, Infante C. Patrones de inicio de la vida reproductiva: su relación con la mortalidad infantil y comportamientos reproductivos futuros. En: Lartigue T, Avila H, ed. *Sexualidad y reproducción humana en México*. México, D.F.: UIA-Plaza y Valdes, 1996; vol. (2):77-94.
9. Buvinic M, Valenzuela JP, Molina T, González E. La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: la transmisión de la pobreza en Santiago de Chile. En: Schmukler B, comp. *Familias y relaciones de género en transformación*. México, D.F.: Population Council, Edamex, 1998:451-492.
10. Escobedo E, Fletes J, Velázquez V. Embarazo en adolescentes: seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995;52(7):415-419.
11. Consejo Nacional de Población. *Plan Nacional de Población*. México, D.F.: Conapo, 1976.
12. Secretaría de Salud. El entorno de la regulación de la fecundidad en México. Serie: resultados de investigación. México, D.F.: SSA, 1993:189-215.
13. Stern C. Embarazo adolescente: significados e implicaciones para distintos grupos sociales. *Demos. Carta demográfica de México* 1995(8).
14. Román R. Del primer vals al primer bebé: vivencias del embarazo en las jóvenes. Sonora, México, Instituto Mexicano de la Juventud –SEP, 2000;14:185-203.
15. Pick S, Atkin L, Gribble, Andrade-Palos. Sex contraception and pregnancy among adolescents in Mexico City. *Stud Fam Plann* 1991;22(2):74-82.
16. Lartigue T, Vives J, Córdova A. Adolescentes y adultas embarazadas: un estudio psicológico comparativo. México, D.F.: *Umbral XXI* 1993;13:16-20.
17. Vives J, Lartigue T. Factores psicológicos del periodo perinatal: bases teóricas. En: Lartigue T, ed. *Salud Comunitaria: una visión panamericana*. México, D.F.: Universidad Iberoamericana, 1991.
18. García-Baltazar J, Figueroa-Perea JG. Práctica anticonceptiva en adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la Ciudad de México. *Salud Publica Mex* 1992;34(4):413-426.

19. Secretaría de Salud. Encuesta sobre el Comportamiento Reproductivo de los Adolescentes y Jóvenes del Area metropolitana de la Ciudad de México (ECRAMM 1988). México, D.F.: Dirección General de Planificación Familiar, 1989.
20. Bronfman M, Guiscafré H, Castro V, Castro R, Gutiérrez G. La metodología y análisis de las características socio-económicas de la muestra. *Arch Invest Med* 1988;19:351-360.
21. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Listado de Agregados Geográficos de Estadística Básica del Estado de Morelos y municipios. México, D.F.: INEGI, 1995.
22. Consejo Estatal de Población - Morelos. Breviario Demográfico de la Mujer en Morelos, México, 1998.
23. Consejo Nacional de Población. Programa Nacional de Educación Sexual 1976. México, D.F.: Conapo, 1976.
24. Villaseñor M, Alfaro N. Factores socioculturales que intervienen en la determinación del deseo o no deseo del embarazo en la adolescente. En: Lartigue T, Avila H, ed. *Sexualidad y reproducción humana en México*. México, D.F.: UIA-Plaza Valdés, 1996; Capítulo IV:143-162.
25. Feinholz D, Avila H. Embarazo no deseado: el problema de la temporalidad. En: Lartigue T, Avila H, ed. *Sexualidad y reproducción humana en México*. México, D.F.: UIA-Plaza Valdés, 1996; Capítulo IV:113-142.
26. Vives J. El deseo de tener un hijo. En: Lartigue T, Avila H, ed. *Sexualidad y reproducción humana en México*, D.F.: UIA-Plaza Valdés, México 1996; Capítulo II:99-112.
27. Stern C, García E. Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. *Reflexiones* 1999;2(13):1-99.
28. Figueroa JG. Preferencias reproductivas y posibilidades de interacción con programas y políticas de salud reproductiva. En: Lartigue T, Avila H, comp. *Sexualidad y reproducción humana en México*. México, D.F.: UIA-Plaza Valdés, 1996;49-77.
29. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas: un compromiso con el futuro. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1985.
30. Eggleston E. Determinants of unintended pregnancy among women in Ecuador. *Int Perspect Fam Plann* 1999;25:1-4.
31. Stern C. Prioridades de investigación para la prevención del embarazo adolescente en México: un punto de vista heterodoxo. *Bol Salud Reprod Soc* 1994;1(2):3-5.
32. Pick S, Aguilar J. *Planeando tu vida*. Programa de educación sexual para adolescentes. México, D.F.: Ed. Pax, 1984.
33. Vives J, Lartigue T, comp. *Apego y vínculo materno-infantil*. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara, Jalisco, México, 1994:52-95