

## Factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes

### Factors associated with subsequent pregnancy in adolescents

Digcia María Moran Valladares <sup>1</sup>, Ximena Esther Gutiérrez Gómez <sup>2</sup>,

<sup>1</sup> *Licenciada en enfermería, Máster en Salud Sexual y Reproductiva*  
*digciamoran@yahoo.es, <https://orcid.org/0000-0002-4687-4083>*

<sup>2</sup> *Médica, Magister en Salud Pública, mención materno-infantil, Profesora Titular, UNAN-Managua*  
*ximenagutierrez644@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-1659-8532>*



#### RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue analizar los factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes que asistieron a la Clínica del Adolescente, Hospital España, Julio-septiembre 2016. La investigación fue descriptiva correlacional, retrospectiva, transversal, enfoque mixto, muestra no probabilística, por conveniencia, correspondiendo a 66 adolescentes. Los instrumentos fueron una encuesta y guía de entrevista a actores clave. La mayoría de adolescentes eran del área rural, bajo nivel educativo, acompañadas, amas de casa, tuvieron su primer hijo después de los 14 años. Los factores individuales predominantes fueron: inicio temprano de la menarquia, vida sexual activa y edad del primer embarazo. La causa del primer embarazo fue por no planificar y del embarazo subsecuente por falla del método anticonceptivo. Los factores familiares: divorcio de los padres, falta de comunicación sobre sexualidad y antecedentes de embarazo en adolescente en la familia. Los factores socio-culturales: dependencia económica de sus parejas, así como los mitos. Mitos más mencionados fueron: el embarazo como status para ser adulto, el embarazo es responsabilidad de la mujer, hay que tener los hijos que Dios quiera, si se toma la pastilla después de tener relaciones sexuales no hay embarazo. En conclusión, el embarazo subsecuente es multifactorial, sin embargo, es altamente prevenible cuando las adolescentes asisten a la unidad de salud para atender su primer parto, momento ideal para ofertar anticoncepción posparto, recomendando realizar mayores esfuerzos para promover la consejería en anticoncepción para la adolescente, su pareja y el abordaje de la familia que contribuya a su prevención.

#### Palabras Clave:

factores asociados, embarazo subsecuente, prevención.

ABSTRACT

Key words:

associated factors, subsequent pregnancy, prevention.

The objective of this study was to analyze the factors associated with subsequent pregnancy in adolescents who attended the Adolescent Clinic, Hospital España, July-September 2016. The research was descriptive, correlational, retrospective, cross-sectional, mixed approach, non-probabilistic sample, for convenience, corresponding to 66 adolescents. The instruments were a survey and interview guide for key stakeholders. Most of the adolescents were from the rural area, low educational level, accompanied, housewives, had their first child after the age of 14. The predominant individual factors were: early onset of menarche, active sexual life, and age of first pregnancy. The cause of the first pregnancy was due to not planning and the subsequent pregnancy due to failure of the contraceptive method. Family factors: parental divorce, lack of communication about sexuality and a history of adolescent pregnancy in the family. Socio-cultural factors: economic dependence on their partners, as well as myths. Most mentioned myths were: pregnancy as a status to be an adult, pregnancy is the responsibility of the woman, you have to have the children that God wants, if you take the pill after having sex there is no pregnancy. In conclusion, subsequent pregnancy is multifactorial, however, it is highly preventable when adolescents attend the health unit to attend their first delivery, an ideal time to offer postpartum contraception, recommending greater efforts to promote contraception counseling for adolescents, your partner and the family approach that contributes to its prevention.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el período de vida que transcurre entre los 10-19 años de edad, implica profundos cambios de carácter biológicos y psicosociales, entre los que se cuenta el inicio de las funciones reproductivas.

Adolescentes de ambos sexos comienzan a ser fértiles mucho antes de alcanzar la madurez emocional y más de la mitad, de este grupo inicia su vida sexual sin acceso a métodos anticonceptivos, que en muchos casos culmina en embarazos no deseados.

A nivel mundial 20,000 niñas dan a luz todos los días, se producen 70,000 muertes en adolescentes todos los años por complicaciones del embarazo y del parto, 3,2 millones de abortos inseguros entre adolescentes cada año, lo que implica la perpetuación de la pobreza, pérdida de oportunidades educativas, la exclusión, denegación de derechos humanos básicos y que las niñas no desarrollen todo su potencial, Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)<sup>1</sup>

A pesar del crecimiento socioeconómico registrado en años recientes en América Latina y el Caribe, la tasa de fecundidad en adolescentes continúa siendo la segunda más alta del mundo, con grandes inequidades entre los países y al interior de ellos. Las niñas de las familias en los quintiles de riqueza más bajos, que son los que tienen los niveles de escolaridad menores, y de

comunidades indígenas y afrodescendientes, se ven afectadas de manera desproporcionada por el embarazo en la adolescencia. La tendencia ascendente en el número de embarazos en niñas menores de 15 años también es sumamente preocupante, Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>2</sup>

Generalmente cuando se aborda el tema de embarazo en adolescente se tiende a pensar que se trata del primer hijo/a de la madre. Sin embargo, no son pocas las mujeres adolescentes que antes de los 18 años ya tienen más de un hijo. Este fenómeno se observó en el Hospital General España de Chinandega, en el que se identificó un incremento de las consultas por embarazo en adolescentes subsecuentes que acudían a la Clínica de Adolescentes en el período de estudio

Nicaragua tiene la tasa de fecundidad más alta de Latinoamérica, con el 28% seguido por Honduras con un 26% y República Dominicana 25%. Una gran cantidad de adolescentes están embarazadas o ya son madres antes de los 19 años, mientras más bajo es el nivel socioeconómico y de educación, más elevada es la tasa de fecundidad y más altas las cifras de embarazos no planificados, los riesgos de aborto ilegal y de mortalidad materna, UNFPA<sup>3</sup>

A nivel nacional la última Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud<sup>4</sup> menciona que el 24,4% de las adolescentes entre 15 -19 años de edad estuvo embarazada alguna vez y el 18,3% ya son madres.

El embarazo en la adolescencia tiene un impacto tanto a nivel individual, dado que disminuye su oportunidad a la educación y las oportunidades laborales con mayor remuneración, incidiendo en el círculo de la pobreza, de la adolescente, su familia y la sociedad.

Considerando la complejidad de este fenómeno se realizó la presente investigación con el objetivo de analizar los factores individuales, familiares y socio culturales, asociados al segundo embarazo en este grupo de población, que contribuya a la postergación de un segundo embarazo, prolongando el intervalo intergénésico, así como a la prevención de las complicaciones que podría tener un segundo embarazo en su vida y a que las adolescentes puedan continuar con su plan de vida.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Tipo de estudio

Según el análisis y el alcance de los resultados, es descriptivo, correlacional<sup>5</sup>. De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo. Según el período y secuencia del estudio, es transversal, con enfoque mixto.

### Universo y muestra

El universo estuvo constituido por 79 adolescentes con embarazo subsecuente que asistieron a la Clínica del Adolescente, en el período de estudio y la muestra estuvo conformada por 66 adolescentes, el tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia y representa el 83,5% del universo.

### Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: adolescentes entre 14 y 19 años, que acepten participar en el estudio, que tengan el consentimiento de los padres y el expediente clínico con información completa.

Las fuentes de información fueron primarias por medio de los datos recogidos de la encuesta y entrevista a informantes claves, también fuentes secundarias, a través de revisión del expediente clínico y revisión bibliográfica relacionada con el tema y objetivos de la investigación.

### Técnicas y procedimientos

Para la realización del estudio se solicitó el permiso a las autoridades de la Clínica del Adolescente, obtenido el permiso, se revisaron los expedientes de las embarazadas citadas para cada día, además de la colaboración del personal de salud para identificar las adolescentes a quienes se aplicaría la encuesta. El instrumento de recolección de datos fue la encuesta, que incluyó preguntas abiertas y cerradas relacionadas con los objetivos del estudio, antes de su aplicación fue validado mediante una prueba piloto con 10 adolescentes embarazadas.

Previo al llenado del instrumento se solicitó el consentimiento informado tanto a la madre y/o padre de la adolescente. El cuestionario fue llenado por la adolescente, con el acompañamiento del equipo investigador. Para el enfoque cualitativo se diseñaron entrevistas semiestructuradas que fueron aplicadas a 12 actores claves: maestros, madres de adolescentes, personal de salud y parejas de las adolescentes (3 participantes por cada grupo), cuyos aportes enriquecieron los hallazgos cuantitativos.

### Plan de tabulación y análisis

Una vez recolectada la información se diseñó una matriz de datos con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, por sus siglas en inglés) versión 21. Se realizó el análisis de los datos mediante estadística descriptiva e inferencial, como la prueba Rho de Spearman y Rho de Pearson, según la naturaleza de las variables a estudio. Los resultados se presentaron en gráficos o tablas de frecuencia. Además, se utilizó la triangulación de datos mediante las técnicas cuantitativas y cualitativas aplicadas.

### Consideraciones éticas

Para el desarrollo del presente estudio se solicitó autorización de las autoridades del Hospital General España y se consideraron las pautas éticas, que aplican según los objetivos y diseño metodológico, teniendo como referencia el documento "Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos" OPS<sup>6</sup>.

Las pautas éticas presentes para esta investigación fueron las siguientes: valor social y científico y respeto de los derechos (pauta 1), personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado (pauta 9), investigación con niños y adolescentes (pauta 17).

## RESULTADOS

### Características sociodemográficas

Se encontró que el 90,9% de las adolescentes en estudio tenían de 17– 19 años, el 9,1% de 14 -16 años. El 86,4% eran acompañadas, 12,1% casadas y 1,5% soltera. El 65,2% procedían del área rural y el 34,8% al área urbana. En cuanto al nivel de escolaridad, predominó la secundaria incompleta con 37,9%, seguido de primaria incompleta con 22,7%, primaria completa 22,7%, secundaria completa 7,6%, no escolarizada con 4,5% y universitaria 3%. El 83,3% eran amas de casa, el 7,6% eran estudiantes y trabajaban 7,6% y otros 1,5%.

### Factores individuales

El 77% tuvieron su **primera menstruación** entre los 11-13 años, seguido del grupo mayor de 14 años, con un 16,6%, un 6,0% presentaron su menstruación antes de los 10 años. Del total de adolescentes que tuvieron su primera menstruación

antes de los 10 años, el 3,0% inicio su actividad sexual entre los 11-13 años, en un mismo porcentaje la iniciaron después de los 14 años.

De las adolescentes que presentaron su primera menstruación entre los 11-13 años, el 24,2% inició su vida sexual activa en ese grupo de edad y el 53,0% lo hizo después de los 14 años. De las adolescentes que presentaron su primera menstruación después de los 14 años, el 1,5% inició su vida sexual entre los 11-13 años, lo que implica que este porcentaje de adolescentes iniciaron su actividad sexual antes de la llegada de su primera menstruación y el 15,1% lo hizo después de los 14 años (figura 1).

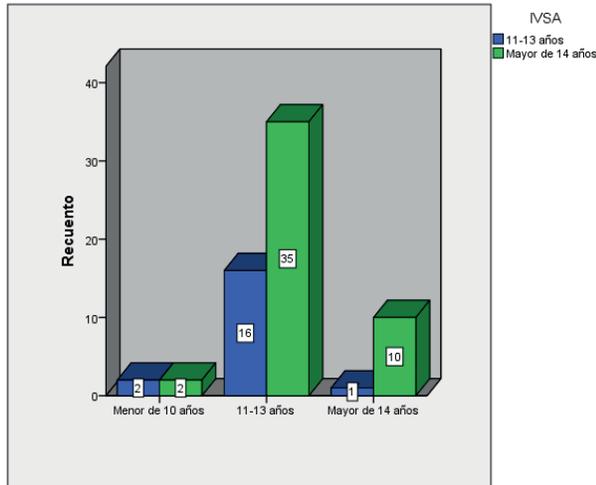


Figura 1. Edad de la primera menstruación y edad de inicio de la vida sexual activa

Fuente: Elaboración propia según encuesta del estudio

El 47,0% de las adolescentes tenían un plan de vida antes del primer embarazo, sin embargo, este porcentaje disminuyó significativamente después del mismo a un 29%. El plan de vida que refirieron las adolescentes fue: estudiar 78,4%, viajar 10,8%, casarse 5,4%.

En lo que respecta al inicio de la vida sexual activa y el número de parejas, se encontró que en las adolescentes que iniciaron su vida sexual activa entre los 11-13 años, el 18,2% reportó haber tenido 2-3 parejas sexuales, mientras que aquellas que iniciaron su vida sexual activa después de los 14 años, el 42,4%, señaló haber tenido solamente una pareja al momento de la investigación, (tabla 1)

Al aplicar el coeficiente de correlación de Pearson se encontró significancia estadística ( $p=0,002$ ) para edad de la adolescente, número de parejas y el inicio de vida sexual activa, lo que demuestra que existe una correlación positiva entre la edad de la adolescente, el número de parejas, el inicio de la vida sexual activa con el embarazo subsecuente.

De acuerdo a informantes clave, el inicio de la vida sexual activa en las adolescentes ocurre por: *influencia de las amistades y también por rebeldía* (padres/madres de adolescentes), *falta de comunicación con los padres y por el entorno en que viven* (maestros), *se debe a curiosidad y el deseo de exper-*

*imentar* (pareja de adolescente), *baja escolaridad, curiosidad y falta de consejería son las causas de este problema* (personal de salud).

Entre las causas del primer embarazo, se encontró que el 56% no planificaba, el 25,7% por descuido, el 5,1% deseaba tener hijos el 3% refirió otras causas. Entre las causas del embarazo subsecuente el 36,5% fue por falla del método de planificación, el 33,3% deseo de tener otro hijo, el 28,7% no planificaba y el 1,5% otras razones.

Desde el enfoque cualitativo, la opinión de los informantes claves en cuanto a las causas del embarazo subsecuente fueron las siguientes: *porque no van al centro de salud a planificar* y *falta de consejería* (padres/madres de adolescentes), *falta de conciencia de ellas mismas* (maestros), *porque a veces no les gusta planificar* (pareja de la adolescente), *se debe a la dependencia económica del marido* (personal de salud.)

Del total de adolescentes en estudio, 93,9% fueron atendidas en el hospital con el primer parto y el 6,1% en el centro de salud. Es importante destacar que, de las adolescentes atendidas en el hospital, el 36,3% refirió que la causa del segundo embarazo fue por falla del método de planificación, el 27,2%, el deseo de tener hijo, el 28,7% no planificaba y el 1,5% otros motivos. De las atendidas en el centro de salud, el 6% refirió que la causa del segundo embarazo fue el deseo de tener hijo (tabla 2).

Respecto al conocimiento de los métodos anticonceptivos y oferta después del parto, el 83,3% de las adolescentes que se les ofertó un método anticonceptivo después del parto refirieron tener conocimiento y el 15,2% refirió no tener conocimiento del método, a pesar de haber sido ofertado en la unidad de salud. Al 98,5% se les había ofertado un método anticonceptivo después del parto (tabla 3).

El método más ofertado después del primer parto fue el inyectable y el DIU. El condón que es un método de doble protección tanto para el embarazo como para las infecciones de transmisión sexual, se ofertó en apenas el 1,6% de las adolescentes (figura 2).

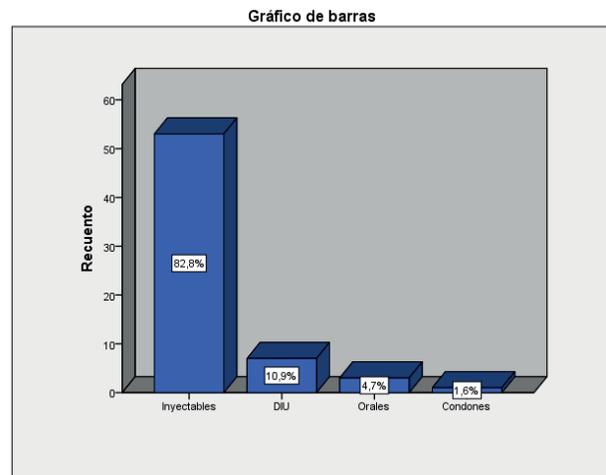


Figura 2. Método anticonceptivo ofertado después del primer parto

Fuente: Elaboración propia según encuesta del estudio

Tabla 1. Edad de inicio de la vida sexual activa (IVSA) y número de parejas										
IVSA	Número de parejas								Total	
	1		2 – 3		4		4			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
11-13 años	4	6,1	12	18,2	2	3,0	1	1,5	19	28,8
Mayor de 14 años	28	42,4	17	25,8	2	3,0	0	0,0	47	71,2
Total	32	48,5	29	43,9	4	6,1	1	1,5	66	100

Fuente: Elaboración propia según encuesta del estudio

Tabla 2. Lugar de atención del parto y causas del embarazo subsecuente										
Atención del primer parto	Causa embarazo subsecuente								Total	
	Falla del método anticonceptivo		Deseo de tener otro hijo		No planificaba		Otros			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Centro de salud	0	0,0	4	6,1	0	0,0	0	0,0	4	6,1
Hospital	24	36,4	18	27,3	19	28,8	1	1,5	62	93,9
Total	24	36,4	22	33,3	19	28,8	1	1,5	66	100

Fuente: Elaboración propia según encuesta del estudio

Tabla 3. Conocimiento del método anticonceptivo y oferta después del primer parto						
Conocimiento métodos anticonceptivos	Oferta método anticonceptivo después del primer parto				Total	
	SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	55	83,3	0	0,0	55	83,3
NO	10	15,2	1	1,5	11	16,7
Total	65	98,5	1	1,5	66	100

Fuente: Elaboración propia según encuesta del estudio

Al aplicar el coeficiente de correlación de Spearman se encontró que existe significancia estadística entre el tipo de método ofertado y el tipo de método utilizado ( $p=0,014$ ), demostrando una asociación positiva entre el método ofertado y el método utilizado. A mayor oferta de método anticonceptivo, mayor uso del mismo.

Los informantes clave opinaron acerca del conocimiento de los/as adolescentes sobre los métodos anticonceptivos:

*“No deberían de hablarles de métodos de planificación familiar porque eso las incita a tener relaciones sexuales” (madres/padre de adolescente), “suponemos que si porque los programas televisivos, radios, en el colegio, en el centro de salud etc., les hablan sobre los métodos de planificación familiar” (maestros).*

De igual manera opinaron la pareja de la adolescente y el personal de salud: *“la gran mayoría conoce sobre los métodos de planificación familiar pero no van al centro de salud” (pareja de adolescente), “si tienen conocimientos, pero algunos no los usan por temor a ser descubiertas por sus padres” (personal de salud).*

Respecto al número de hijos, el 89,2% tenía un hijo/a al momento de ser encuestada, el 6,0% ya habían tenido dos hijos y el 4,8 tenían más de 2 hijos/as. Del total de adolescentes en estudio 62 (93,9%) fueron atendidas en el hospital al momento del parto en su primer embarazo y 4 (6,1%) tuvieron atención del parto en el centro de salud.

### Factores familiares

En cuanto a los factores familiares, la reacción de la familia con el primer embarazo fue de aceptación en el 59%, seguido del enojo en 30,3%, indiferencia 7,6% y rechazo en el 3,1%. Esta reacción por parte de la familia cambia con el segundo embarazo siendo de aceptación en el 72,7% de los casos, enojo en el 22,7%, indiferencia 3,1%, y rechazo 1,5%.

Es importante destacar que cuando se señaló el antecedente de embarazo en la familia ya sea en la abuela o la madre, la reacción de la misma ante el primer embarazo fue favorable y mucho más favorable para el segundo embarazo.

Los principales conflictos de la familia encontrados fueron el alcoholismo (28,7%) y el divorcio (24,2%). De las familias que tenían situaciones de divorcio la reacción de aceptación ante el embarazo subsecuente aumento de un 41,0% con el primer embarazo a un 45% con el embarazo subsecuente.

Al aplicar el coeficiente de correlación de Spearman entre los factores familiares se encontró significancia estadística entre la reacción de la familia ante el primer embarazo y la reacción de la familia ante el embarazo subsecuente ( $p=0,002 < p=0,05$ ), por tanto, existe asociación entre la reacción de la familia con el primer embarazo y la reacción de la familia con el embarazo subsecuente.

Desde la perspectiva de informantes claves, el entorno familiar influye en el embarazo en adolescente: *“porque a veces hay padres que le dan muchas libertades a los hijos, hay padres que no les enseñan a los hijos los valores religiosos, porque los padres no dan confianza para un dialogo”, “Si porque los padres nos les hablan de los valores religiosos” (padres/madres de adolescentes).*

Así mismo expresaron que influye *“por qué los padres en muchos casos se hacen responsables del primer embarazo y luego se hacen cargo del bebé quedando libre la adolescente por lo que se embarazan de nuevo, depende de la actitud que tomen los padres con respecto al primer embarazo” (maestros).*

Adicionalmente opinaron: *“influye, dado que algunas veces viven violencia familiar, los padres deben de comunicarse con los hijos y hacerles ver sus irresponsabilidades (parejas de adolescentes), si influye cuando no tienen apoyo de la familia, si hay una buena comunicación y apoyo para que sigan estudiando difícilmente tendrán otro embarazo” (personal de salud).*

### Factores socio-culturales

El 81,8% de las adolescentes dependen económicamente de la pareja, el 10,6% de los padres, el 4,5%, por si misma y otros el 3%. De las adolescentes que dependen económicamente de los padres el 42,4% vivía con la familia de la pareja, el 36,3% vivían solo con la pareja, el 19,6% con padres y hermanos y 1,5% vivían con otros familiares.

En relación a los medios de comunicación a los que tenían acceso las adolescentes se encontró que el 81,8% tenía acceso a la televisión, el 10,6% a ninguno. Solamente el 6% tenía acceso a la radio y el 1,5% a internet.

Adicionalmente los informantes clave opinaron en cuanto a la persona que debe proporcionarle información sobre salud sexual y reproductiva a los adolescentes: *“los profesores” (padres/madres de adolescentes), “la Consejería Escolar” (maestros), “personal de salud” (pareja de la adolescente), “los padres, los programas de atención a las adolescentes y los profesores” (personal de salud).*

De acuerdo a lo antes mencionado, es interesante como los padres/madres de adolescentes transfieren esa responsabilidad a los maestros, la pareja de la adolescente considera que sea el personal de salud y el personal de salud considera que la información debe ser brindada por los padres, el personal de salud y los profesores.

Los mitos que tuvieron mayor relevancia fueron los siguientes: El 37,9% señaló que el embarazo es responsabilidad de las mujeres, 30,3% refirió que hay que tener los hijos que Dios quiera, el 28,8% señaló que los hijos deben de tenerse jóvenes. Este mismo porcentaje opinó que con la primera, relación no se queda embarazada.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La mayoría de adolescentes son del área rural citado por FUNIDES<sup>7</sup>, con bajo nivel educativo y amas de casa, citado por ENDESA, 2011-2012<sup>4</sup> y otros autores PATH<sup>8</sup> y Sánchez<sup>9</sup> demostrando una vez más que las adolescentes del área rural, con bajo nivel de escolaridad y amas de casa son las que presentan no solamente un primer embarazo, sino también la posibilidad de un segundo embarazo, limitando su desarrollo personal al tener que insertarse al mercado laboral en trabajos poco remunerados, perpetuando de esta manera el círculo de la pobreza. Estos datos ponen en evidencia que el embarazo en adolescente, en particular el subsecuente es el reflejo de las desigualdades e

inequidades sociales entre las adolescentes del área urbana y la rural.

El estado civil de la adolescente también representa un factor relevante para el embarazo subsecuente, la mayoría de adolescentes estaban casadas o acompañadas, similar a lo encontrado por PATH<sup>8</sup>, ENDESA 2011-2012<sup>4</sup>, FUNIDES<sup>7</sup>.

Entre los **factores individuales** se destaca el inicio de la primera menstruación entre los 11-14 años similar a lo encontrado por García<sup>10</sup> en el que se cita que la edad de la menarquia sigue disminuyendo en América Latina, situación muy relacionada con los hábitos alimentarios, la actividad física y el cuidado parental. Este proceso biológico determina la capacidad reproductiva de la adolescente y puede ser un detonante para el inicio de la actividad sexual, con consecuencias en su vida personal, familiar y social.

El 53% de adolescentes iniciaron su actividad sexual después de los 14 años, dato similar a lo encontrado en ENDESA 2011-2012<sup>4</sup> FUNIDES<sup>7</sup>, Fondo de Población de Naciones Unidas<sup>1</sup>. Es importante destacar que, en este estudio, se encontró que el 1.5% de adolescentes iniciaron su actividad sexual antes de la llegada de su primera menstruación, que en su mayoría se presentó entre los 11-14 años, diferente a lo encontrado por el Fondo de Población de Naciones Unidas<sup>1</sup>, PATH<sup>8</sup> que citan que el 8% y el 57,8% de adolescentes antes de los 14 años ya han iniciado su vida sexual activa, por su parte ENDESA 2011-2012<sup>4</sup> hace referencia que el 16,7% de adolescentes rurales menores de 15 años ya tienen una experiencia sexual.

Este último dato de adolescentes que inician su actividad sexual antes de menstruar es sumamente preocupante dado que el inicio de la actividad sexual podría deberse a condiciones forzadas, sin su consentimiento. Esto se agrava dado que un alto porcentaje de adolescentes que inician su actividad sexual a temprana edad tiene un nulo o bajo conocimiento y una orientación deficiente en los aspectos vinculados con la salud sexual y reproductiva, ENDESA 2011-2012<sup>4</sup>.

La información brindada por los informantes clave, refleja lo complejo que es prevenir el embarazo en adolescente, dado que el inicio de la actividad sexual en la adolescente se debe a las siguientes situaciones: “influencia de las amistades”, “rebeldía”, “falta de comunicación con los padres y por el entorno en que viven”, “curiosidad”, “deseo de experimentar”, “baja escolaridad” y “falta de consejería”, lo que refleja la necesidad de intervenciones sistemáticas y holísticas en los diferentes ámbitos donde se desarrolla la adolescente.

Otro factor individual que se destaca en el presente estudio es que casi la mitad de las adolescentes tenían un **plan de vida antes del primer embarazo**, sin embargo, este porcentaje disminuyó significativamente después del mismo, casi el ochenta por ciento de las adolescentes tenían como plan de vida seguir estudiando, otro porcentaje viajar y el cinco por ciento casarse.

Algunos autores<sup>11</sup> hacen mención que el plan de vida construido con el apoyo de la familia puede contribuir a la reducción del embarazo en la adolescencia, cabe destacar en estos resultados que la mayoría de adolescentes con embarazo subsecuente no tenían entre su plan de

vida ser madre, sino seguir estudiando, probablemente a la necesidad que generó un primer embarazo, en el que sus oportunidades de empleo y acceso a un salario que satisfaga sus necesidades básicas se ve limitado por su baja escolaridad.

En lo que respecta al **inicio de la vida sexual activa y el número de parejas**, se encontró que las adolescentes que iniciaron su vida sexual activa entre los 11-13 años, el 18,2% reportó haber tenido 2-3 parejas sexuales, mientras que aquellas que iniciaron su vida sexual activa después de los 14 años, el 42,4%, señaló haber tenido solamente una pareja al momento de la investigación. Es de esperarse que las adolescentes que inician tempranamente su actividad sexual, tendrán probablemente un mayor número de parejas sexuales a lo largo de su vida, relaciones de pareja menos estable y mayor riesgo a adquirir una infección de transmisión sexual, profundizando el círculo de la pobreza a nivel individual, familiar y social.

Las causas del **primer embarazo y el segundo embarazo** son diferentes. En el estudio se demuestra que entre las principales causas del primer embarazo se encuentra el hecho de no planificar (en más de la mitad de las encuestadas), el descuido y el deseo de tener hijos, este último puede estar vinculado a su deseo de casarse según su plan de vida, así como a su estado civil. Los datos encontrados son similares a los en ENDESA 2011-2012<sup>4</sup> que revela que solamente el 49,4% de las adolescentes menores de 19 años utilizaron un método anticonceptivo en su primera relación sexual, el 18,2% no lo hizo por descuido en su primera relación.

Entre las **causas del embarazo subsecuente** predominaron la falla del método de planificación y el deseo de tener otro hijo. En un pequeño porcentaje el hecho de no planificar. Si se toma en consideración que el 94% de las adolescentes refirieron haber tenido su primer parto en el hospital y al 98% se le ofertó un método anticonceptivo, es importante reflexionar acerca de la calidad de la consejería brindada al ofertar los métodos anticonceptivos postparto, más aún en la consulta prenatal, según lo establecido en la normativa 139.<sup>12</sup>

Los datos encontrados en cuanto a la causa del embarazo subsecuente demuestran que es altamente prevenible dado que la mayoría de las adolescentes en estudio tuvieron contacto con la unidad de salud al momento de su primer parto. Esto es un aporte del estudio, dado que la mayoría de investigaciones en el país se orientan al primer embarazo.

Un indicador común entre las causas del primero y segundo embarazo es el hecho de no planificar, esto probablemente es debido a que las adolescentes al momento de embarzarse no tienen una pareja estable, por tanto, piensan que no se van a embarazar. Por otro lado, es entendible en el embarazo subsecuente que exista un mayor porcentaje de adolescentes que deseen tener otro hijo, quizás esto esté influenciado por la dinámica familiar, el cambio de pareja (quieren tener hijos de una nueva pareja) o el afianzamiento de su mandato de ser mujer ante las limitadas oportunidades de superación producto del primer embarazo.

En cuanto a las causas del embarazo subsecuente, se debe resaltar la opinión de los informantes clave: “porque no van al centro de salud a planificar”, “falta de consejería”, falta de conciencia de ellas mismas”, “porque a veces no les gusta planificar”, y la “dependencia económica del marido”. Estas opiniones reflejan una opinión negativa hacia la adolescente, así como la transferencia única de la responsabilidad del embarazo hacia ellas, no obstante, es meritorio destacar que la falta de consejería debe brindarse a todas las adolescentes que recibieron atención tanto en su primero como en el segundo embarazo según la normativa institucional y que la dependencia económica del marido, hace vulnerable a la adolescente, haciendo que las decisiones sobre su vida reproductiva sean tomadas por su pareja.

Un poco más del ochenta por ciento de las adolescentes en estudio, tenían conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, similar a lo citado en FUNIDES<sup>7</sup>, en que en ese mismo porcentaje las adolescentes declararon conocer de los métodos anticonceptivos y haber recibido charlas sobre este tema. Estos datos demuestran que, aunque las adolescentes tengan conocimiento sobre los métodos anticonceptivos o hayan recibido charlas, esto no garantiza que usen el método de manera correcta, lo que incrementa la probabilidad de un embarazo.

El método más ofertado después del primer parto fueron el inyectable y el DIU. El primero se ofertó al setenta y siete por ciento de las adolescentes, sin embargo, solamente el veintiuno por ciento lo utilizó. El último método se ofertó en el once por ciento de las encuestadas, pero solamente el uno por ciento lo utilizó. Esto puede estar relacionado con el hecho que las adolescentes rurales tienen menor acceso a la información, a consejería, así como a la construcción de mitos acerca de los métodos anticonceptivos, en particular, acerca del DIU, que es el método menos aceptado por las adolescentes.

A pesar de que el condón es un método de doble protección tanto para el embarazo como para las infecciones de transmisión sexual, solamente se oferta en los centros de salud, primer nivel de atención, no se realiza después de la atención del parto. Este aspecto debe ser motivo de reflexión, dado a lo referido por ENDESA 2011-2012<sup>4</sup> en que el condón es el método más utilizado en la primera relación sexual por parte de las adolescentes, con diferencias significativas entre el área urbana (52,4%) con relación al área rural (32,3%), lo que sugiere que los esfuerzos para prevención del embarazo deben incluir la oferta del condón como método de doble protección tanto en el primero como en el segundo nivel de atención.

Referente a la opinión acerca del uso de los métodos anticonceptivos por parte de los informantes clave, se destacan: “No deberían de hablarles de métodos de planificación familiar porque eso las incita a tener relaciones sexuales”, “la gran mayoría conoce sobre los métodos de planificación familiar pero no van al centro de salud”, “sí tienen conocimientos, pero algunos no los usan por temor a ser descubiertas por sus padres”. Estas opiniones refuerzan los estigmas a los que se enfrentan las adolescentes al momento de solicitar un método anti-

conceptivo, lo que representa una barrera que limita el uso de estos. Si bien las adolescentes conocen de los métodos, da la impresión que prevalece el temor a ser descubiertas por sus padres para su uso.

Respecto a los **factores familiares**, la reacción de la familia con el primer embarazo fue de aceptación, seguido del enojo, la indiferencia y el rechazo. Estos datos difieren a los encontrados por ENDESA 2011-2012<sup>4</sup>, en que la reacción predominante por la familia fue de enojo, seguido de aceptación en las encuestadas rurales. Probablemente estos cambios en la reacción de la familia sean posibles debido a que en los últimos años se ha incrementado el porcentaje de embarazo en adolescentes, particularmente en adolescentes de 10-14 años, lo que explique la reacción de la familia, sumado a esto, el hecho de tener antecedentes de embarazo en la familia, las hijas de madres que también fueron madres adolescentes son también vulnerables esto lo explica diversos estudios dada la predisposición genética<sup>13</sup>, es decir, las madres tuvieron una pubertad precoz por lo tanto, sus hijas también la tendrán; esto significa indirectamente mayor riesgo de embarazo en la adolescencia.

Sumado a lo anterior, se encontró que las adolescentes tenían familias en las que prevalecía el alcoholismo y el divorcio, destacando que en las familias que tenían situaciones de divorcio la reacción de aceptación ante el embarazo subsecuente aumento con relación al primer embarazo, probablemente esto se debe al desajuste emocional que este causa en los hijos, así como al hecho que los padres en muchos casos se hacen responsables del primer embarazo, lo que puede favorecer a que la adolescente asuma conductas de riesgo, como es el inicio de la actividad sexual a temprana edad.

Entre los principales resultados relacionados con los **factores socio-culturales**, se destaca que un alto porcentaje de adolescentes dependen económicamente de la pareja, otro porcentaje de los padres y solamente un pequeño porcentaje dependa de sí mismas, esto probablemente es debido a que un alto porcentaje de las parejas de las adolescentes son personas que duplican su edad, lo que favorece sus opciones a empleos mayor remunerados, otro factor son los conflictos mencionados que se presentan en la familia tales como el alcoholismo y el divorcio que representan factores expulsivos para que la adolescente sea dependiente de su pareja.

Por otro lado, la dependencia de la pareja, puede ser una reafirmación de los roles y estereotipos sociales, en que se refuerza que el hombre juega un rol proveedor en la familia y la mujer el rol de ama de casa, situación que puede llevar a una mayor vulnerabilidad a la adolescente para vivir situaciones de violencia por parte de la pareja y la familia de este.

En relación a los medios de comunicación a los que tenía acceso la adolescente se encontró que la televisión ocupa el primer lugar, seguido de ninguno. Un poco más del cinco por ciento tenía acceso a la radio y menos del dos por ciento a internet. Estos datos reflejan la baja condición económica de las adolescentes encuestadas, las inequi-

dades sociales entre las adolescentes urbanas y las rurales, dado que el mayor porcentaje de adolescentes encuestadas procedían del área rural, preocupante además el futuro de los hijos/as de estas madres en cuanto a la satisfacción de sus necesidades básicas.

Los mitos que tuvieron mayor relevancia fueron los siguientes: el embarazo es responsabilidad de las mujeres, hay que tener los hijos que Dios quiera, los hijos deben de tenerse jóvenes y con la primera, relación no se queda embarazada.

Con los mitos antes mencionados, más los hallazgos encontrados en el presente estudio se evidencia que el embarazo en adolescente es multifactorial, que existen factores que lo favorecen, como la desinformación, los mitos, el inicio de la primera menstruación a edades más tempranas, el inicio de la vida sexual sin protección, la baja escolaridad, la falla en los métodos anticonceptivos, el deseo de ser madre por parte de las adolescentes, los conflictos familiares, la falta de acceso a diversas fuentes de información, lo que hace que este fenómeno continúe siendo un reto para el país, que se sustenta en las inequidades sociales y de género, por lo que su abordaje requiere de múltiples intervenciones, así como la participación de todos los actores sociales.

## CONCLUSIONES

El embarazo subsecuente afecta a las adolescentes del área rural, con bajo nivel educativo, incidiendo de manera negativa en el círculo vicioso de la pobreza, a nivel individual, familiar y social.

Los factores individuales que inciden en el embarazo subsecuente son: inicio temprano de la menarquia, edad de inicio de la vida sexual activa, número de parejas sexuales, demostrando asociación significativa en estos tres factores ( $p=0,002$ ).

Existen diferencias entre las causas del primer embarazo y el embarazo subsecuente. El primer embarazo se presentó porque las adolescentes no planificaban y/o por descuido, mientras el subsecuente fue por falla del método anticonceptivo, el deseo de tener otro hijo y el hecho de no planificar. La mayoría de adolescentes refirieron tener conocimientos sobre métodos anticonceptivos y a un alto porcentaje se le ofertó en el primer parto. Se encontró que existe significancia estadística entre el tipo de método ofertado y el tipo de método utilizado ( $p= 0,014$ ).

Los factores familiares del embarazo subsecuente fueron: divorcio de los padres, el antecedente de embarazo en adolescente en la familia principalmente en la madre y abuela. De igual manera se destaca la reacción de aceptación por la familia, siendo de mayor porcentaje en el embarazo subsecuente, así como el enojo. Se demostró significancia estadística entre la reacción de la familia ante el primer embarazo y la reacción de la familia ante el embarazo subsecuente ( $p= 0.002 < p= 0.05$ ).

Los factores socio-culturales que resaltaron fueron: un alto porcentaje de adolescentes dependen económicamente de sus parejas y viven con las familias de esta. El medio de comunicación al que tienen acceso en su mayoría es la televisión, sin embargo, hay adolescentes que no a ningún medio de información. Entre los mitos más mencionados por las adolescentes, se destacaron: el embarazo como status para ser adulto, el embarazo es responsabilidad de la mujer, hay que tener los hijos que Dios quiera, si se toma la pastilla después de tener relaciones sexuales no hay embarazo.

## RECOMENDACIONES

- Promover servicios integrales de salud sexual y reproductiva que respondan a las necesidades de los/as adolescentes, atendido por personal capacitado.
- Fortalecer la capacitación al personal de salud en la Consejería en métodos anticonceptivos que mejore el acceso a la información y disminuya la falla en el uso de los métodos, contribuyendo a la disminución del embarazo en adolescente, en particular el subsecuente.
- El personal de la clínica de la adolescente deberá garantizar mayor información en el seguimiento del uso de métodos de anticoncepción tomando en cuenta que son adolescentes y están en mayor riesgo de un nuevo embarazo.
- Implementar programas de Educación Sexual Integral para adolescentes maestros y padres de familia que favorezca el acceso a información que favorezca la enseñanza de valores, comunicación, negociación y toma de decisiones, a favor de relaciones saludables en los diferentes ámbitos donde se desenvuelven los adolescentes.
- Promover ferias educativas y otras intervenciones destinadas a la educación integral de la sexualidad para que las adolescentes desarrollen una sexualidad responsable.
- Desarrollar acciones específicas hacia los padres para fortalecer capacidades de comunicación y trato a las adolescentes.

## REFERENCIAS

1. Fondo de Población de Naciones Unidas. Estudio sobre situación de adolescentes y jóvenes en 43 municipios de Nicaragua. Derechos, convivencia, participación y salud sexual y reproductiva, Managua; 2013 pp:28-29 Disponible en <https://nicaragua.unfpa.org/es/publications/estudio-sobre-situaci%C3%B3n-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes-en-43-municipios-de-nicaragua>
2. Organización Panamericana de la Salud. UNFPA. El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. 2020. Página 1-2. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSPHL200019\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSPHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
3. Fondo de Población de Naciones Unidas. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto de embarazo en adolescentes. 2013. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
4. Instituto Nacional de Información de Desarrollo, INIDE, Ministerio de Salud. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, ENDESA. Managua: INIDE; 2012 pp. 116–119.
5. Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., & Hernández Sampieri, R. Metodología de la Investigación. 6ta edición. New York: editorial McGraw Hill; 2014.
6. [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-Ethical-Guideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-Ethical-Guideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf) [Internet]. [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf). 2017 [citado 19 mayo 2021]. Disponible en: [https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-Ethical-Guideline\\_SP\\_INTERIOR-FINAL.pdf](https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-Ethical-Guideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf)
7. FUNIDES, Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social. Embarazo adolescente en Nicaragua. Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua. Managua: FUNIDES; 2016 pp. 12–13.
8. PATH, NicaSalud, USAID. Embarazo en adolescentes rurales de Nicaragua: Determinantes de riesgo y protección e indicadores para su abordaje. Managua: PATH/Intercambios; 2012 pp. 17–25.
9. Sánchez-Valencia YA, Mendoza-Tascón LA, Grisales-López MB, Ceballos-Molina LY, Bustamente-Farfan JC, Castañeda EM et al. Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2013; 78(4): 269-281. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262013000400005&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000400005&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400005>.
10. García L., G.I., Venebra M., A., Orozco V., A.E. y Aguilera R., U. (2020). Menarquia: relación entre la edad del primer embarazo y el índice de desarrollo humano en diez países de América Latina. Enseñanza e Investigación en Psicología, 2(2), 246-254.
11. [http://familiasysexualidades.inmujeres.gob.mx/cap\\_08.htm](http://familiasysexualidades.inmujeres.gob.mx/cap_08.htm) [Internet]. Familias y sexualidades: prevención del embarazo en adolescentes. 2016 [citado 18 mayo 2021]. Disponible en: [http://familiasysexualidades.inmujeres.gob.mx/cap\\_08.html](http://familiasysexualidades.inmujeres.gob.mx/cap_08.html)
12. Ministerio de Salud. Normativa 139: Protocolo para la atención de la adolescente embarazada. Managua, Nicaragua: MINSA; 2016 pp. 49–59.
13. Garnica Rosas LM, Pinzón Rondón AM, Ruiz Sternberg AM. Prevalencia y factores asociados al embarazo y su reincidencia en adolescentes colombianas. Colombia; 2012 pp. 19–20.