

Diseño, implantación y resultados de una intervención comunitaria para prevenir el embarazo en adolescentes, estudio en población rural en México

Campero Cuenca, Lourdes¹

Cruz Jiménez, Lizeth¹

González Chávez, Guillermo¹

Estrada Márquez, Fátima²

Suárez López, Leticia¹

De La Vara Salazar, Elvia¹

¹ Instituto Nacional de Salud Pública / Dirección de Salud Reproductiva, Cuernavaca, México, lcampero@insp.mx

¹ Instituto Nacional de Salud Pública / Dirección de Salud Reproductiva, Cuernavaca, México, lizethcruzj@hotmail.com

¹ Instituto Nacional de Salud Pública / Dirección de Salud Reproductiva, Cuernavaca, México, cisp40@insp.mx

² Cátedra Conacyt-Instituto Nacional de Salud Pública / Ciudad de México, México, festrada@insp.mx

¹ Instituto Nacional de Salud Pública / Dirección de Salud Reproductiva, Cuernavaca, México, lsuarez@insp.mx

¹ Instituto Nacional de Salud Pública / Dirección de Salud Reproductiva, Cuernavaca, México, edelavara@insp.mx

Resumen: El embarazo no intencionado en adolescentes es un problema de salud pública y social que es causa y consecuencia de condiciones socioeconómicas precarias. Sus determinantes tienen un vínculo estrecho con factores estructurales sociales, culturales y económicos, por lo que se requiere de intervenciones comunitarias para disminuir su incidencia. El objetivo de este trabajo es describir el diseño y resultados de una intervención en comunidades rurales para la prevención del embarazo en adolescentes. A partir de una revisión sistemática se diseñó e implementó una intervención para incrementar los conocimientos, intenciones y actitudes para prevenir los embarazos a temprana edad. Mediante un análisis bivariado, se realizó una valoración de los resultados pre-test y post-test en conocimientos sobre reproducción y métodos anticonceptivos, identificando que en el pre-test hay diferencias estadísticamente significativas entre CI-CC. En el pos-test se obtuvo una disminución del desconocimiento sobre biología de la reproducción. El porcentaje de desconocimiento sobre el momento del ciclo menstrual de mayor riesgo de embarazo en el post-test fue menor en la comunidad intervención (CI) (57,2%) que en la de control (CC) (83,7%), con una diferencia porcentual del 26.53% ($p < 0,000$). Este es un primer acercamiento al ejercicio de la sexualidad responsable, informada y sin riesgos en los adolescentes en contextos rurales. Si bien, el incremento de conocimiento no es suficiente para asegurar un comportamiento saludable, la implementación sostenida de intervenciones para fortalecer las capacidades y habilidades de los adolescentes son una herramienta clave para dirigir estrategias para mejorar la salud de este grupo poblacional.

Palabras clave: prevención, embarazo adolescente, intervención comunitaria, evaluación, rural.

I. INTRODUCCION

En México, actualmente los adolescentes entre 10 y 19 años de edad representan el 27% de la población total¹. Es evidente la necesidad de poner atención y alinear esfuerzos para favorecer que este grupo poblacional alcance un mejor y mayor desarrollo. El embarazo no intencionado en adolescentes es un problema de salud pública y un problema social que es a su vez causa y consecuencia de condiciones socioeconómicas precarias, colocando a la maternidad adolescente como una manifestación de exclusión social en sociedades desiguales².

De acuerdo al último Censo de Población y Vivienda, a nivel nacional se estima que la tasa de fecundidad en adolescentes (15-19 años) es de 70 hijos por cada 1,000 mujeres adolescentes; se registra que a los 19 años, 1 de cada cuatro adolescentes tienen al menos un hijo nacido vivo³. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 muestran que del total de adolescentes de 12 a 19 años que han tenido relaciones sexuales, la mitad había estado embarazada alguna vez⁴.

Hoy se sabe que cuatro de cada 10 embarazos en adolescentes fueron no intencionados (no deseados o no planeados)^{5,6}. En México, exceptuando en la Ciudad de México, el aborto es penalizado⁷, ocasionando entre otras que las mujeres adolescentes que experimentan la maternidad, llegan al final de su vida reproductiva, con 3 hijos más que aquellas mujeres que la iniciaron después de los 19 años⁸. Esta fecundidad temprana y tardía, generalmente influye negativamente en la posibilidad de llevar a cabo cualquier otra actividad más allá de la maternidad. Es común que el desarrollo escolar del adolescente se vea truncado; reportándose que a causa de un embarazo un 70% de las adolescentes deja los estudios y/o abandona el trabajo⁹. Si las/os adolescentes continúan en la escuela, les resulta sumamente difícil permanecer de manera regular y con un desempeño provechoso^{10, 11}.

A pesar de las acciones que en México se han llevado a cabo, las cifras muestran un panorama que aún demanda esfuerzos múltiples respecto a la salud sexual y reproductiva de esta población. La iniciativa más reciente relacionada con el tema es la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente, 2015. Tiene como objetivo general reducir el número de embarazos en adolescentes, y busca ampliar y profundizar sobre la cobertura de los derechos fundamentales de esta población. Con ello se sigue insistiendo en la necesidad de fomentar la salud sexual e integral del adolescente, entendida como el ejercicio responsable e informado de su sexualidad; así como promover el uso adecuado y oportuno de los servicios de atención a la salud para acceder a métodos anticonceptivos efectivos, para prevenir daños y reducir riesgos específicos. Así el objetivo del presente trabajo es describir el diseño, la implementación y los resultados preliminares del efecto de una intervención piloto en comunidades rurales para la prevención del embarazo en adolescentes.

II. METODOS

A. Selección de comunidades: intervención y control

Para la selección de las dos comunidades intervención y control se buscaron entidades federativas que tuvieran un porcentaje de nacimientos en menores de 20 años cercano o por arriba de la media nacional de México (19.2%). Entre estas, se seleccionó una Entidad Federativa en donde se identificaron municipios con índice de marginación media y con porcentaje de embarazo adolescente similar al registrado a nivel nacional, ubicados geográficamente a una distancia considerable de la capital del estado. En cada municipio se identificaron 2 localidades rurales con un tamaño de población de alrededor de 2,500 habitantes con

características relativamente comparables en cuanto a infraestructura y disponibilidad de servicios: porcentaje de población adolescente, con una escuela secundaria pública y una de nivel bachillerato, un servicio de salud o acceso a algún hospital público, una plaza pública, un área deportiva, y servicio de transporte local, con acceso a agua potable, electricidad y drenaje. Adicionalmente se buscó que una y otra localidad, estuviera geográficamente alejada.

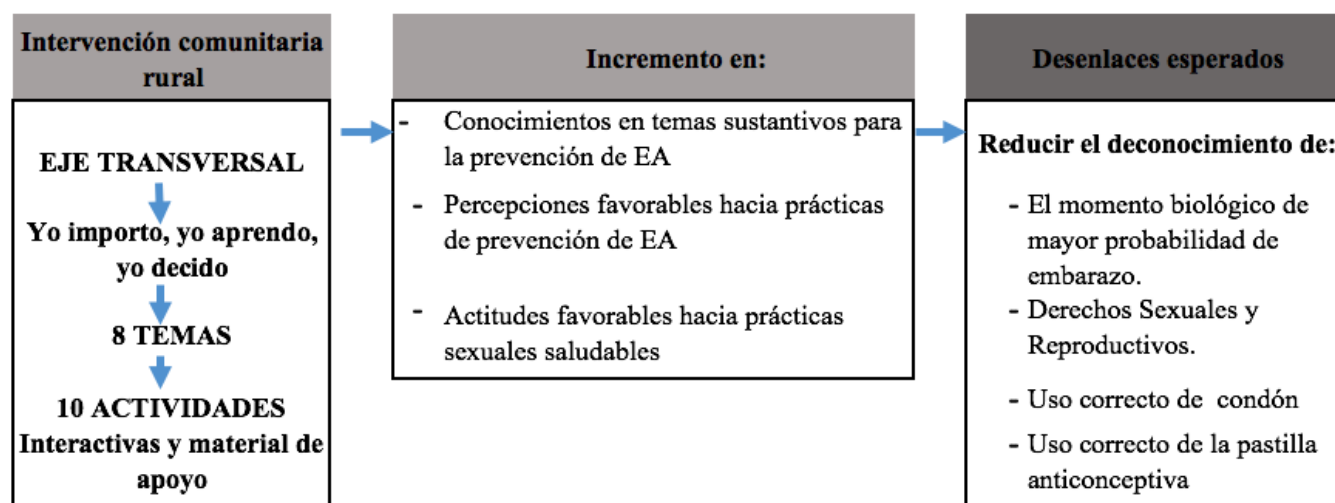
B. Cálculo de tamaño de muestra

Para determinar el tamaño de la muestra, se estimaron dos indicadores clave a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de México 2012⁴ en poblaciones rurales; 1) conocimiento adecuado del número de veces en que se puede utilizar un condón (84%) y 2) uso de anticonceptivos en la última relación sexual (67.2%). Se estimó una prueba T para la diferencia de dos muestras independientes considerando los porcentajes estimados y conocimiento menor de entre 3% a 5% en la población que no tuvo intervención. El tamaño de muestra por comunidad se definió en 300 adolescentes.

C. Diseño de intervención

Con base en una revisión sistemática sobre evaluaciones de impacto de intervenciones comunitarias, entrevistas cualitativas a adolescentes y opinión de expertos en trabajo comunitario en zonas rurales y con jóvenes, se diseñó una intervención de acuerdo al tiempo y presupuesto disponible. Los temas priorizados fueron: elementos en la comunicación, equidad de género, autoestima, toma de decisiones, anticonceptivos y derechos de los adolescentes. Con fundamento en la educación sexual integral, se buscó un incremento en conocimientos, percepciones y actitudes. Los indicadores evaluados fueron en conocimientos sobre reproducción y métodos anticonceptivos. (Figura 1). Si bien, debido a la duración de esta intervención, el comportamiento sexual no fue un indicador explícito a incidir, es importante identificar el comportamiento de los adolescentes para considerar una diferencia de riesgo.

Figura 1 Marco lógico para la evaluación de una intervención comunitaria en un contexto rural:
"Yo importo, yo aprendo, yo decido"



Fuente: Elaboración propia

D. Análisis

Se aplicó una encuesta transversal pre-post (1193 y 1136 respectivamente), 747 cuestionarios tuvieron una correspondencia entre ambos levantamientos. Se realizaron estadísticas descriptivas para la caracterización de la muestra, comparaciones bivariadas entre CI y CC, y una evaluación descriptiva para conocer la receptividad de la intervención y algunas medidas para conocimiento adquiridos por los participantes.

III. RESULTADOS

A. Desarrollo de la intervención

La intervención se nombró: “*Yo importo, Yo aprendo, Yo decido*”; utilizó un logo prediseñado como identificador de sus actividades. Las actividades fueron realizadas de manera quincenal durante 6 meses, dentro de las que se encuentran: obra de teatro, talleres, ferias de salud, cine-debates, concurso. Se creó material específico a través de cómics e infografías plásticas y dinámicas. Asimismo, se implementaron estrategias complementarias como facilitar el acceso a internet en algunos sitios de la comunidad. A través de Facebook se puso al alcance la consulta de material complementario e información previamente abordada en las actividades. Mediante visitas domiciliarias, se entregó material específico para los adolescentes no escolarizados. De igual manera se puso a disposición del centro de salud de la comunidad los materiales impresos que formaron parte de las actividades, mismos que se utilizan en la sala de espera. El esquema siguiente muestra la configuración general de la intervención (Figura 2).

Figura 2 Intervención comunitaria en contexto rural: "Yo importo, yo aprendo, yo decido"



B. Características basales de los adolescentes

En total, el 54% de los adolescentes participantes se encontraba en un rango de edad entre los 14 y 16 años, teniendo en los extremos de la adolescencia proporciones entre 21 y 25%. Un poco más de la mitad de la muestra eran mujeres (52%). El 90% de la muestra total estaba estudiando. Casi un 46% no se considera religioso, con diferencias significativas entre las comunidades (la CC, con una proporción menor). El reporte de inicio de vida sexual en la encuesta basal fue de 17% (15.87% en la CI y 17.43% CC), esta diferencia entre localidades no fue significativa. De los que han iniciado vida sexual, casi el 14% han tenido un embarazo, de igual manera la diferencia entre comunidades no fue significativa (Tabla 1).

Tabla 1 Características sociodemográficas y reproductivas basales de adolescentes por comunidad intervención y comunidad control

Variable		CI* (N=397)		CC* (N=350)		Total (N=747)		Valor P [†]
		% **	n	% **	n	%	n	
Edad	11-13	22,67	90	28,29	99	25,30	189	0.145
	14-16	54,41	216	52,86	185	53,68	401	
	17-20	22,92	91	18,86	66	21,02	157	
Sexo	Hombre	47,61	189	48,86	171	48,19	360	0.733
	Mujer	52,39	208	51,14	179	51,81	387	
Estudia	No	11,08	44	8,00	28	9,64	72	0.154
	Sí	88,92	353	92,00	322	90,36	675	
Religiosidad	No	41,56	165	52,86	185	46,85	350	0.002
	Sí	58,44	232	47,14	165	53,15	397	
Inicio sexual	No	84,13	334	82,57	289	83,40	623	0.568
	Sí	15,87	63	17,43	61	16,60	124	
Embarazo	No	84,13	53	88,52	54	86,29	107	0.477
	Sí	15,87	10	11,48	7	13,71	17	

*CI: Comunidad intervención; CC: Comunidad control

**Los porcentajes pueden no sumar 100% debido a la presencia de datos faltantes

† Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher se utilizaron para evaluar las diferencias en las proporciones

C. Resultados post intervención

Una vez concluida la intervención, no se encontraron diferencias significativas entre las comunidades en cuanto al comportamiento sexual. En la CI hubo un poco más adolescentes que se mantuvieron sin inicio sexual (76,3%) que en la CC (71,1%). En relación al inicio sexual durante la intervención (seis meses previos al post-test), se identificó que en la CI fue menor (7,8%) que en la CC (11,4%), dicha diferencia no fue significativa. Respecto al reporte de embarazo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas comunidades (Tabla 2).

Tabla 2 Inicio sexual y embarazo post intervención de acuerdo a comunidad intervención y comunidad control (N=747)

Variable	Comunidad Control (N=747)						Valor P [†]	
	CI* (N=397)		CC* (N=350)		Total (N=747)			
	% **	n	% **	n	% **	n		
Actividad sexual								
Inicio sexual Pre-intervención	15,8	63	17,4	61	16,6	124	0,173	
Sin inicio sexual (sostenido)	76,3	303	71,1	249	73,9	552		
Inicio sexual 6 meses previos al post-test	7,8	31	11,4	40	9,5	71		
Embarazo								
	No	84,0	79	85,2	86	84,6	165	0,831
	Sí	15,9	15	14,9	15	15,4	30	

*CI: Comunidad intervención; CC: Comunidad control

**Los porcentajes pueden no sumar 100% debido a la presencia de datos faltantes

† Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher se utilizaron para evaluar las diferencias en las proporciones

En el grupo de adolescentes con inicio de vida sexual durante la intervención, no se observaron diferencias significativas entre comunidades respecto a si estudia, edad, sexo, inicio sexual protegido y número de relaciones sexuales (Tabla 3).

Tabla 3 Características de adolescentes con inicio sexual 6 meses antes del post-test, de acuerdo a comunidad intervención y comunidad control, resultados post-test (N=124)

Variable	CI (N=63)		CC (N=61)		Total (N=124)		Valor P*	
	%	n	%	n	%	n		
Estudia	No	22,6	7	15,0	6	18,3	13	0,54
	Sí	77,4	24	85,0	34	81,7	58	
Edad	11-13	22,6	7	5,0	2	12,7	9	0,10
	14-16	45,2	14	60,0	24	53,5	38	
	17-20	32,3	10	35,0	14	33,8	24	
Sexo	Hombre	51,6	16	47,5	19	49,3	35	0,81
	Mujer	48,4	15	52,5	21	50,7	36	
Inicio sexual protegido	No	25,8	8	12,8	5	18,6	13	0,22
	Sí	74,2	23	87,2	34	81,4	57	
Nº de relaciones sexuales que ha tenido	Una	41,9	13	30,0	12	35,2	25	0,70
	De 2-5	35,5	11	45,0	18	40,9	29	
	6 o más	22,6	7	22,5	9	22,5	16	

*CI: Comunidad intervención; CC: comunidad control

**Los porcentajes pueden no sumar 100% debido a la presencia de datos faltantes

† Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher se utilizaron para evaluar las diferencias en las proporciones

En cuanto a los conocimientos basales se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas comunidades (en 5 de los 6 evaluados), en donde el desconocimiento fue mayor en la CI que en la CC. El desconocimiento del momento en que se debe poner el condón masculino en la CI fue de 47,1% mientras que en la CC fue de 37,1%. En el desconocimiento del número de veces que se puede usar un condón masculino nuevamente la CI tiene una proporción mayor de desconocimiento comparado con la CC (30,4% y 21,0% respectivamente). Respecto al desconocimiento de la utilidad del condón masculino, la CI tuvo un porcentaje de 36,1%, mientras que en la CC fue menor, 27,1%. El porcentaje de desconocimiento sobre la toma correcta de la pastilla de emergencia siguió la misma tendencia, el desconocimiento fue mayor

en la CI 44,5% mientras que el porcentaje en la CC fue de 35,0%. Por último, el desconocimiento de la posibilidad de embarazarse en la primera relación sexual fue de 32,0% en la CI, mientras que en la CC fue de 39,4% (Tabla 4).

En los resultados del post-test, sólo se encontró una diferencia significativa ($p < 0.000$) entre ambas comunidades (CI vs CC) en el desconocimiento sobre el momento del ciclo menstrual de mayor riesgo para un embarazo, la CI tiene un porcentaje menor de desconocimiento (57,2%) que la CC (83,7%). No obstante, al comparar los resultados en los demás conocimientos, las diferencias porcentuales entre comunidades y mediciones pre-test y post-test, se observa que en este último la diferencia es menor, aunque no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos.

Tabla 4 Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y embarazo, de acuerdo a comunidad intervención y comunidad control, resultados pre-test y post-test (n=747)

VARIABLES RELACIONADAS CON CONOCIMIENTOS		PRE-TEST				POST-TEST			
		CI* (N=397)	CC* (N=350)	Valor p^{\dagger}	Diferencia CI-CC*	CI* (N=397)	CC* (N=350)	Valor p^{\dagger}	Diferencia CI-CC*
		% **	% **			% **	% **		
Momento en que se debe poner el condón masculino	Conoce	52,9	63,9			80,5	78,2		
	No conoce	47,1	37,1	0,003	10,90	19,5	21,8	0,449	- 2,26
N° de veces se puede usar un condón masculino	Conoce	69,6	79,0			85,9	86,6		
	No conoce	30,4	21,0	0,004	9,40	14,1	13,4	0,764	0,77
Para qué sirve el condón masculino	Conoce	63,9	72,9			66,6	69,8		
	No conoce	36,1	27,1	0,009	9,00	33,4	30,2	0,356	3,19
Toma correcta de la pastilla de emergencia	Conoce	55,5	65,0			74,8	75,3		
	No conoce	44,5	35,0	0,009	9,50	25,2	24,7	0,88	0,48
Momento del ciclo menstrual de mayor riesgo de embarazo	Conoce	18,9	16,9			42,8	16,3		
	No conoce	81,1	83,1	0,470	- 2,00	57,2	83,7	<0,00	- 26,53
Posibilidad de embarazo en la 1ra relación sexual	Conoce	68,0	60,6			70,3	74,6		
	No conoce	32,0	39,4	0,034	- 7,40	29,7	25,4	0,191	4,29

*CI: Comunidad intervención; CC: comunidad control

**Los porcentajes pueden no sumar 100% debido a la presencia de datos faltantes

\dagger Chi cuadrada o prueba exacta de Fisher se utilizaron para evaluar las diferencias en las proporciones

IV. CONCLUSIONES

Se requiere de políticas y programas que promuevan una comunicación abierta sobre la sexualidad. Es urgente incrementar intervenciones con adolescentes, particularmente en comunidades rurales o de mayor vulnerabilidad social, mayor rezago educativo y riesgo de un embarazo temprano. Estas deben partir de un enfoque incluyente que les permita apropiarse de sus derechos y ejercer su sexualidad de manera libre e informada. Como nuestros resultados lo muestran, en este tipo de población, persiste un gran desconocimiento de temas básicos para una vida sexual saludable. En el pre-test se observó que, para todos los temas abordados, los porcentajes de conocimiento fueron bajos (momento en que se debe poner un condón, número de veces que se puede usar, para qué sirve, toma correcta de pastilla de emergencia, momento del ciclo menstrual de mayor riesgo de embarazo, posibilidad de embarazo en la primera relación sexual). A pesar de que después de la intervención, muchos de los resultados alcanzados no fueron estadísticamente significativos, es valioso identificar que se logró disminuir de manera importante el desconocimiento en varios rubros. Esta tendencia sugiere que un mayor tiempo de exposición a la intervención podría favorecer una diferencia significativa, particularmente para adolescentes de comunidades rurales. Si bien, el conocimiento no es suficiente para asegurar un comportamiento saludable, esta primera evidencia es un llamado a considerar incrementar el número de intervenciones, su extensión y cobertura de temáticas. Esto podría ayudar a fortalecer las capacidades y habilidades de los adolescentes para un mejor y mayor autocuidado de su salud sexual y reproductiva. Para ello, es indispensable, propiciar actividades interactivas y lúdicas. Asimismo, es ineludible buscar el acercamiento de los adolescentes a los servicios de salud, eliminando barreras de acceso a consejería, incluyendo información sobre uso correcto de métodos anticonceptivos y atención a la prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual.

REFERENCIAS

1. INEGI. Estadísticas de población. Población total por grupo quinquenal de edad según sexo, 1950 a 2010. Disponible en: www.inegi.gob.mx
2. Colin-Paz YA, Villagomez-Ornelas P (2010). Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2019. En: La Situación Demográfica en México 2010. México: CONAPO, p. 17-53.
3. INEGI. Mujeres y hombres en México 2011. INEGI/INMUJERES. México: INEGI, 2012.
4. Gutiérrez JP y cols. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.
5. Mendoza-Victorino D, Sánchez-Castillo M, Hernández-López MF, Mendoza-García ME. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos en adolescentes: análisis de sus niveles, tendencias y componentes. En: La situación demográfica en México 2010. México: CONAPO, 2010. p. 25-36.
6. Menkes C, Suárez L. El embarazo de los adolescentes en México: ¿Es deseado? Coyuntura demográfica. 2013;(4):21-28.
7. CMI BRIEF JANUARY 2014 VOLUME 13 NO.1 ABORTION RIGHTS IN LATIN AMERICA Disponible en: <http://cnnespanol.cnn.com/2016/11/21/en-que-paises-de-latinoamerica-es-permitido-el-aborto/>

8. Menkes C, Suárez L. Sexualidad y embarazo adolescente en México. Papeles de Población, 2003:9
9. Camacho V. Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1998. Washington D.C.: UNFPA/OPS, 2000.
10. Campero L, Atienzo E, Suárez L. Hernández B, Villalobos A. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México. 2013;149(3):299-307.
11. Segovia S, Herrera C, Campero L y Kendall T. Análisis del Promajoven. Un programa para promover la igualdad de oportunidades en adolescentes con experiencia de maternidad.15 Congreso de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, 2013