

ORIGINAL

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADAS
CON EMBARAZOS NO PLANIFICADOS EN JÓVENES DE 13 A 24 AÑOS

Teresa Yago Simón (1) y Concepción Tomás Aznar (2).

(1) Centro Municipal de Promoción de la Salud. Ayuntamiento de Zaragoza.

(2) Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza.

Este trabajo se ha realizado sin subvención.

No existen conflictos de interés.

RESUMEN

Fundamentos: El embarazo no planificado (EnoP) sigue siendo un problema de salud pública. El objetivo de este estudio fue conocer los comportamientos sexuales y prácticas contraceptivas relacionados con EnoP en las mujeres jóvenes.

Métodos: 583 mujeres de edades entre 13 y 24 años, atendidas en una consulta de anticoncepción durante el año 2012. Variable dependiente: EnoP. Independientes: sociodemográficas, comportamientos sexuales y prácticas contraceptivas. Análisis bivariente, pruebas de χ^2 y t de Student. Análisis multivariante mediante regresión logística binaria.

Resultados: 174 (29,8%) mujeres tuvieron un EnoP. El riesgo de EnoP aumentó en mujeres inmigrantes [OR: 2,858 (IC95%:1,808-4,519)], en las jóvenes con menor nivel de estudios (OR: 2,343 [IC95% 1,361-4,035]), en las que no utilizaron un método anticonceptivo seguro (todos menos el *coitus interruptus*) durante su primer coito (OR:3,043 (IC95% 1,900-4,875)), en las que manifestaron inconvenientes con el uso de los métodos anticonceptivos (OR: 2,092 [IC95% 1,267-3,454]) y en las que tuvieron asistencia irregular a la consulta (OR: 2,063 [IC95% 1,275-3,339]). No hubo relación con la edad (adolescentes/jóvenes). El modelo se consideró aceptable: Hosmer-Lemeshow no significativo y con un poder de discriminación del 77%.

Conclusiones: Las variables predictoras de embarazo no planificado en mujeres jóvenes son: ser inmigrante, tener bajo nivel de estudios, no utilizar método anticonceptivo seguro durante el primer coito, manifestar inconvenientes con los métodos anticonceptivos y tener una asistencia irregular a la consulta de anticoncepción.

Palabras clave: Embarazo no planificado. Adolescentes. Jóvenes. Prevención. Anticonceptivos.

Correspondencia
Teresa Yago Simón
Paseo Pamplona, 2, 6ªA.
50004 Zaragoza
Correo electrónico: mtyago@gmail.com

ABSTRACT

Sociodemographic and Clinical Data
Predicting Unplanned Pregnancy in
Young 13 to 24 Years, Spain

Background: Unplanned pregnancy (UP) is still a public health problem. This study aims at finding out the sexual behaviours and contraceptive practices related to UP in young women.

Methods: 583 women between the ages of 13 and 24 years old were assisted in the contraception office in 2012. Dependent variable: UP. Independent variables: sociodemographic, sexual behaviours and contraceptive practices. Bivariate analysis, chi-squared and Student's t tests. Multivariate analysis, binary logistic regression.

Results: 174 (29.8%) young girls had had a UP. The risk of UP increased in immigrant women (OR 2.858 [CI 95% 1.808-4.519]), in less educated young women (OR 2.343 [CI 95% 1.361-4.035]), in those who did not use a safe contraceptive method in their first coitus (OR 3.043 [CI 95% 1.900-4.875]), in those who stated problems with the use of methods (OR 2.092 [CI 95% 1.267-3.454]) and in those who attend irregularly the consultation (OR 2.063 [CI 95% 1.275-3.339]). There is no relationship with age (teenagers/young). The model is considered acceptable: Hosmer-Lemeshow is not significant and its discrimination power is at 77%.

Conclusion: Predictors of unplanned pregnancy in young women are: immigrant women, less educated young women, not using use a safe contraceptive method in their first coitus, stated problems with the use of methods and attend the consultation irregularly.

Keyword: Unplanned pregnancy. Teenagers. Young. Prevention. Contraceptive.

INTRODUCCIÓN

Desde hace décadas, la preocupación social y sanitaria por el embarazo no planificado en mujeres adolescentes y jóvenes es una constante en todas las sociedades desarrolladas y en vías de desarrollo, aunque sus motivaciones y efectos en la salud y en la vida de las mujeres sea muy diferente, dependiendo de los índices de desigualdad de género y de bienestar social de los países¹.

Los estudios sobre comportamientos sexuales y prácticas anticonceptivas en la población juvenil reflejan los cambios socioeconómicos y culturales que se han producido en las sociedades occidentales. Es preciso destacar la amplia diversidad encontrada en las respuestas de las encuestas poblacionales, según país, nivel socioeconómico, etnia y sexo². En España, la tendencia que se observa se relaciona con la disminución de la edad de inicio de las relaciones sexuales con penetración, mayor diversidad en el tipo de relaciones afectivo-sexuales, incremento en el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos y en el uso del preservativo³. Las causas que subyacen a las prácticas sexuales sin protección anticonceptiva son objeto de interés en la investigación⁴, ya que se siguen produciendo cifras importantes de embarazos no deseados reflejadas en las tasas de interrupción voluntaria del embarazo⁵, incluso en sociedades en las que no hay restricciones ni en la información ni en los servicios sanitarios orientados a la prevención del embarazo juvenil.

Es necesario conocer qué factores influyen en el comportamiento contraceptivo de la población juvenil para enfocar la educación afectivo-sexual y la práctica clínica de modo más acorde a sus necesidades, carencias y problemáticas. No se trata de un asunto banal, los estudios de investigación muestran la multicausalidad que está en la base de un comportamiento que pone en

riesgo de embarazo no planificado a las jóvenes. Influyen factores socioculturales: clase social, nivel de estudios del padre y de la madre, etnia, nivel educativo de la joven, sus expectativas de futuro, actitud hacia la sexualidad⁶⁻⁸ y factores relacionales, edad de la pareja, violencia de género, influencia de los roles de género y de los mitos sobre el amor romántico⁹⁻¹⁴.

Estos embarazos pueden concluir en un aborto espontáneo, una interrupción voluntaria o llegar a término. Del resultado del embarazo no puede inferirse inequívocamente que haya sido o no deseado. Como señalan diferentes autores, se requiere deconstruir la dicotomía entre términos como planificado y no planificado, deseado y no deseado¹⁵ y comprender a qué situaciones aplican las mujeres los términos planificado, intencionado o deseado¹⁶. La consideración de embarazo no planificado, en este estudio, se define en el apartado de metodología.

Habría que diferenciar entre los factores condicionantes de maternidades precoces previsiblemente no deseadas, y los factores que condicionan un embarazo no planificado, independientemente de la deriva de dicho embarazo. Porque también hay mujeres adolescentes y jóvenes que desean y buscan tener un hijo, solas o con sus parejas. Al igual que puede suceder que haya jóvenes que planifican un embarazo, pero luego no pueden continuar y lo interrumpen o que sufren un aborto espontáneo.

Este estudio se centra en las mujeres jóvenes, en las circunstancias previas al embarazo, no en la toma de decisiones ni en las consecuencias, y únicamente en los embarazos no planificados, que siguen siendo un problema de salud pública en la actualidad. Se dispone de información sobre los comportamientos de riesgo de la población juvenil y sobre los métodos anticonceptivos que utilizan las mujeres que interrumpen el embarazo. Pero se necesita discriminar

entre situaciones de riesgo de quedar embarazada y el hecho de producirse un embarazo no planificado, que unas veces puede ser secundario a dichas situaciones de riesgo y en otras ocasiones puede estar motivado por otros determinantes.

Es preciso avanzar en el conocimiento de los factores que están relacionados con el embarazo no planificado para poder diseñar prácticas clínicas dirigidas específicamente a su prevención.

El objetivo de esta investigación es conocer los comportamientos sexuales y prácticas contraceptivas que están relacionados con el embarazo no planificado (EnoP), teniendo en cuenta las características socio demográficas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, de los comportamientos sexuales y de las prácticas anticonceptivas en mujeres con edades entre 13 y 24 años, atendidas durante el año 2012 en la Consulta Joven de Anticoncepción del Centro Municipal de Promoción de la Salud de Zaragoza. Se trata de un centro de titularidad pública en el que no hay ninguna restricción a su acceso. Las jóvenes acudieron a una charla informativa y posteriormente a tres consultas programadas para realizar historia clínica, pruebas complementarias, indicación de método anticonceptivo y visita de seguimiento. Además de las consultas programadas, las jóvenes solicitaron visita a demanda cuando lo consideraron necesario, sin límite en el número total de consultas anuales.

Se elaboró un registro con todas las variables del estudio que se cumplimentó a partir de la historia clínica, en la que se registraron los datos de primera visita y los de evolución clínica.

Variables analizadas. La variable dependiente fue el embarazo no planificado:

Sí/No, que incluía los términos: "sorpresa", "sin pensarlo", "sin buscarlo" y "me falló...". No se registró si el embarazo fue deseado.

Las variables independientes consideradas fueron:

- Sociodemográficas. Edad (adolescentes: 13-19 años y jóvenes: 20-24 años), etnia (gitana/no gitana), lugar de nacimiento (España/ fuera de España) y nivel de estudios.

- Comportamientos sexuales. Edad de inicio de relaciones coitales. Tipología de relación de pareja con 6 categorías: pareja única, varias de corta duración, varias estables, estables y esporádicas (entre 5 y 10), muy diversas (más de 10) y prostitución. Diferencia de edad con la pareja igual o mayor de 8 años: Sí/No. Violencia de género: Sí/No.

- Prácticas contraceptivas. Método anticonceptivo utilizado en el primer coito, en la última visita del año 2012 y durante todo el tiempo en el que se habían mantenido relaciones sexuales. Métodos seguros se consideraron todos menos el *coitus interruptus*. Número de métodos utilizados. Fallo de método (Sí/No) y qué método falló. Inconvenientes en el uso: respuesta abierta y codificada en 3 categorías: ningún problema, inconvenientes poco frecuentes (<3) e inconvenientes frecuentes (>=3). Efectos secundarios: respuesta abierta y codificada en 4 categorías: ninguno, leves y poco frecuentes (<3), leves y muy diversos (>=3) y graves.

- Regularidad en la asistencia a las citas concertadas en la consulta de anticoncepción, citas programadas y/o citas solicitadas por la joven. Variable codificada en 3 categorías: constante en su asistencia (acudía a todas las citas concertadas), ausencias ocasionales (falló a una o dos citaciones al año) y muy irregular en la asistencia (falló a 3 o más citas concertadas al año).

Análisis estadístico. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y comportamentales: sexuales y contraceptivas. Media, desviación estándar, para las variables cuantitativas. Frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Intervalos de confianza (IC) del 95%. Se realizó un análisis bivalente para establecer la relación de la variable dependiente con cada una de las variables independientes: sociodemográficas, sexuales y contraceptivas. Se aplicaron las pruebas de χ^2 y t de Student para detectar diferencias estadísticamente significativas. Valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística binaria para evaluar las variables que resultaron relacionadas significativamente con el embarazo no planificado y conocer su efecto predictor de forma ajustada. Las variables se recodificaron en dicotómicas. Se consideró que el número de variables introducidas en el modelo de regresión debía ser al menos 1 por cada 10 mujeres. Se exploraron las asociaciones bivariantes mediante las tablas de contingencia y su significación estadística en el contraste de hipótesis χ^2 . Se calcularon los odds ratio (OR) y sus IC 95%. Se evaluaron posibles interacciones y/o confusión con el análisis estratificado, comparando las OR de los estratos, la amplitud del IC y el nivel de significación del término de interacción de las variables analizadas.

Se realizó el análisis multivariante de regresión logística binaria con criterio E. Wald. Se calcularon los odds ratio (OR) con su IC 95% y su significación estadística. Se evaluó el ajuste del modelo, comprobando cómo clasificó a las mujeres en estudio en comparación con el gold estándar o realidad observada, que aportó la especificidad y sensibilidad del modelo, con punto de corte 0,5, que dio el porcentaje global pronosticado por las variables. Se aplicó el test de Hosmer-Lemeshow: cuando el test χ^2 no fue

significativo indicaba que no había motivos para pensar que los resultados predichos fueran diferentes de los observados por lo que podía considerarse aceptable. El análisis estadístico fue realizado con SPSS 15.0.

RESULTADOS

Durante el año 2012, en la Consulta Joven de Anticoncepción del Centro Municipal de Promoción de la Salud se atendió a 583 adolescentes y jóvenes de edades entre 13 y 24 años. De ellas 174 (29,8%) tuvieron un embarazo no planificado desde que iniciaron relaciones sexuales hasta su última visita en el año 2012.

La población de estudio fue muy diversa en relación a lugar de nacimiento, etnia y nivel de estudios, datos que se presentan en la **tabla 1**. La edad media de inicio de las relaciones sexuales coitales fue de 15,75 (DS 1,76) años. Cuando se realizó la última consulta hacía 3,91 (DS 2,32) años que iniciaron relaciones sexuales.

La forma de establecer relaciones de pareja/s sexual/es era muy variada: pareja única 160 (27,4%); varias parejas de corta duración 76 (13%); varias parejas estables 219 (37,6%); relaciones estables y esporádicas 84 (14,4%); más de 10 parejas 33 (5,7%) y 5 (0,9%) realizaron actividades de prostitución. Entre las adolescentes era más frecuente que entre las jóvenes establecer relaciones variadas, de corta duración, 23% frente a 3% ($p < 0,000$).

144 (24,7%) jóvenes tuvieron relaciones sexuales con un chico ocho o más años mayor que ella y 103 (17,7%) refirieron ser víctimas de violencia de género.

Informaron que su pareja utilizó preservativo en su primera relación 347 (60,24%), que practicaron *coitus interruptus* 116 (20,14%) y no utilizaron ningún método anticonceptivo 98 (17,01%).

Tabla 1
Descripción de la población de estudio.
Datos sociodemográficos

	n	%
Edad		
Adolescentes (13-19 años)	287	49,2
Jóvenes (20-24 años)	296	50,8
Lugar de nacimiento		
España	392	67,2
Extranjero	191	32,8
Iberoamericanas	126	66,0
Europa del Este	29	15,2
África	26	13,6
Otros	10	5,2
Nivel de estudios		
Sin estudios y estudios primarios	63	10,8
Educación especial (PCPI y otros)	85	14,6
EGB y FP medio	185	31,7
Bachiller y FP superior	86	14,8
Grado y postgrado	137	23,5
No consta	27	4,6
Etnia		
Gitana	52	8,9
No gitana	528	90,6
No consta	3	0,5
Total	583	100

El método anticonceptivo más utilizado en el momento en que se realizó la consulta fue la anticoncepción hormonal en 363 (62,1%), (oral 47,3%; vaginal 5,8%; inyectable trimestral 3,9%; postcoital 2,9%; dérmica 1,9% e implante 0,3%), seguido de métodos barrera con un 21,8% (preservativos 21,6% y diafragma 0,2%) y del *coitus interruptus* con un 11%. Los menos utilizados fueron el método Billings, 1,9% , el Dispositivo intrauterino (DIU), 1,5% y el método doble (hormonal más barrera) 1,7%.

Durante los años que transcurrieron desde su primera relación sexual coital, utilizaron una media de 3,35 (DS 1,05) métodos anticonceptivos diferentes. 178 (30,5%)

mantuvieron relaciones sexuales coitales sin ningún tipo de prevención, en alguna ocasión. El preservativo masculino, el tratamiento hormonal oral combinado y el coitus interruptus fueron los métodos más utilizados (tabla 2).

Presentaron efectos secundarios con los métodos anticonceptivos 224 (38,4%) mujeres y 378 (64,8%) manifestaron inconvenientes en su uso (incomodidad, precio, olvidos, rotura, pérdida y “no le gusta ninguno”).

Se produjeron 134 (77%) embarazos por no haber utilizado ningún método anticonceptivo (68 parejas) o por utilizar *coitus interruptus* (66 parejas) y 40 (33%) embarazos por el fallo de un método anticonceptivo (preservativo 12%; hormonales 11%).

258 (44,3%) jóvenes eran constantes, acudían con regularidad a la consulta y el mismo número de ellas fallaba 1 o 2 veces al año y 67 (11,5%) fallaban tres o más veces al año a las citas solicitadas.

Tabla 2
Métodos anticonceptivos utilizados desde el primer coito (respuesta múltiple)

	n	%
Preservativo masculino	533	91,4
Anovulatorios orales combinados	415	71,2
Coitus interruptus	392	67,2
Postcoital	328	56,3
Hormonal vaginal	84	14,4
Hormonal inyectable	53	9,1
Hormonal dérmico	49	8,4
Método doble	41	7,0
Anovulatorios solo progestágeno	36	6,2
Control fechas/ Billings	16	2,7
D.I.U.	12	2,1
Preservativo femenino	8	1,4
Implante	3	0,5
Diafragma	2	0,3

Agrupación de dicotomías. Tabulado el valor I=Sí.

El 29,8% de las jóvenes del estudio refirió que tuvo un embarazo no planificado.

No hay diferencias significativas en la incidencia de embarazo no planificado, por grupo de edad, adolescentes y jóvenes adultas. Sí, por origen y etnia, la mitad de las jóvenes gitanas y el 48,17% de jóvenes nacidas fuera de España, tuvieron un EnoP. El nivel de estudios estaba relacionado con el EnoP (tabla 3).

Con respecto a los comportamientos sexuales, el EnoP está relacionado significativamente con la edad al primer coito, con haber tenido una/varias parejas con una diferencia de edad ≥ 8 años y con haber sido víctima de violencia de género. No hay diferencias significativas según tipología de las parejas. Con respecto a las prácticas contraceptivas, el EnoP está relacionado significativamente con el método anticonceptivo utilizado en el primer coito, con el número de métodos utilizados, con los inconvenientes en el uso de los métodos y con la regularidad en la asistencia a la consulta médica. Y no está relacionado con los efectos secundarios presentados con los métodos anticonceptivos utilizados (tabla 4).

Para realizar al análisis multivariante de regresión logística binaria, se introdujeron en el modelo las diez variables que resultaron significativas, lo que supuso 17 jóvenes embarazadas por cada variable independiente. En la tabla 5 se presentan las frecuencias de EnoP en presencia y en ausencia de las diez variables independientes de estudio, transformadas en dicotómicas, y el resultado del análisis bivariante realizado.

Se analizó la interacción entre las variables sociodemográficas: origen, etnia y menor nivel de estudios, con variables comportamentales. Se observó que hay interacción entre las variables origen y edad de la pareja igual o superior a 8 años, término multiplicativo p ,043; entre las extranjeras no hay relación significativa entre EnoP y

Tabla 3
Relación entre variables sociodemográficas y embarazo no planificado

	Embarazo no planificado		coeficiente chi ²	p Sig bilateral
	SÍ (%)	NO (%)		
Edad				
13-19 años	28,9	71,1	231,0	0,652
20-24 años	30,7	69,3		
Origen				
España	20,9	79,1	45,543	0,000
Extranjero	48,2	51,8		
Etnia				
Gitana	50,0	50,0	11,105	0,001
No gitana	27,8	72,2		
Nivel de estudios				
Sin estudios y estudios primarios	58,7	41,3	79,261	0,000
Educación especial (PCPI y otros)	43,5	56,5		
EGB y FP medio	35,7	64,3		
Bachiller y FP superior	20,9	79,1		
Grado y postgrado	5,1	94,9		

esta variable (en españolas OR = 2,449 [IC 95% 1,416-4,236] y en extranjeras OR= 1,046 (IC 95% ,565-1,938)]; y también hay interacción entre origen y método anticonceptivo utilizado en el primer coito, término multiplicativo p ,016 (en españolas OR = 7,851 [IC 95% 4,575-13,474] y en extranjeras OR = 2,924 [IC 95% (1,609-5,311)]).

Hubo interacción entre la variable etnia y el método utilizado en el primer coito, término multiplicativo p=0,012. Entre las jóvenes gitanas no hubo interrelación entre EnoP y el método utilizado en el primer coito [OR=7,042 (IC 95% 4,62-10,735) en no gitanas y OR =0,955 (IC 95% 0,211-4,318) en gitanas].

También hubo interacción entre el nivel de estudios y la edad al primer coito, término multiplicativo (p=0,029) entre las chicas que tenían más nivel de estudios, la edad al

Tabla 4
Relación entre comportamientos sexuales, prácticas contraceptivas y embarazo no planificado

Comportamientos sexuales y prácticas contraceptivas	Embarazo no Planificado		Coeficiente	p Sig. bilateral
	SÍ	NO		
Edad 1° coito (X)	X = 15,15 DS = 1,614	X = 16,0 DS = 1,755	-5,376*	0,000
Número de métodos utilizados	X = 3,71 DS = 1,070	X = 3,20 DS = 1,011	5,464*	0,000
	SÍ (%)	NO (%)		
Tipo de pareja				
Una pareja	26,3	73,8	8,268†	0,142
Varias/corta duración	31,6	68,4		
Varias estables	28,8	71,2		
Estables y esporádicas (<10)	34,5	65,5		
Muy variadas (>10)	33,3	66,7		
Prostitución	80,0	20,0		
Edad de la pareja =>8 años				
Sí	39,6	60,4	9,377†	0,003
No	26,1	73,9		
Víctima de violencia de género				
Sí	50,5	49,5	24,973†	0,000
No	25,3	74,7		
Método utilizado en 1° coito				
Ninguno	66,3	33,7	108,134*	0,000
Coitus interruptus	43,1	56,9		
Barrera	15,3	84,7		
Hormonal	25,0	75,0		
Efectos secundarios con los métodos				
Ninguno	28,7	71,3	0,744†	0,863
Leves y poco frecuentes (<3)	31,6	68,4		
Leves y muy diversos (=>3)	36,4	63,6		
Graves	28,6	71,4		
Inconvenientes con los métodos				
Ningún inconveniente	21,0	79,0	16,672†	0,000
Algún inconveniente (<3)	33,6	66,4		
Frecuentes inconvenientes (=>3)	60,0	40,0		
Asistencia a la consulta joven				
Regularmente	15,9	84,1	70,797†	0,000
Fallos ocasionales (<3 años)	34,1	65,9		
Fallos frecuentes (=>3/año)	67,2	32,8		

* t de Student. †chi²

Tabla 5
Asociación de las variables de estudio con el embarazo no planificado. Análisis bivariante

Variables de estudio	Número de jóvenes con EnoP en presencia de la variable de estudio	Número de jóvenes con EnoP en ausencia de la variable de estudio	Análisis bivariante	
			OR IC al 95%	p
Origen extranjera	92/191	82/392	3,513 (2,417-5,106)	0,000
Etnia gitana	26/52	147/528	2,592 (1,457-4,610)	0,002
Menor nivel de estudios (primarios, ed especial, EGB y FP medio)	140/333	25/223	5,745 (3,593-9,187)	0,000
Menor edad en 1º coito (13-15 años)	107/266	63/310	2,638 (1,823-3,818)	0,000
Edad pareja =>8 años	57/144	108/306	1,856 (1,245-2,768)	0,003
Víctima violencia de género	52/103	110/434	3,003 (1,929-4,676)	0,000
Método anticonceptivo no seguro en 1º coito (no usar ninguno o coitus interruptus)	115/214	57/362	6,216 (4,208-9,182)	0,000
Cuatro o más métodos anticonceptivos utilizados	97/260	77/323	1,998 (1,343-2,973)	0,001
Inconvenientes (poco o muy frecuentes) con los métodos anticonceptivos	131/378	43/205	1,901 (1,328-2,722)	0,001
Irregularidad (ocasional o muy irregular) en la asistencia a la consulta médica	133/325	41/258	3,666 (2,457-5,471)	0,000

IC 95%: intervalo de confianza del 95%. OR: odds ratio

primer coito estuvo relacionada significativamente con el EnoP [OR:4,128 (IC95%: 1,740- 9,793)] pero esta significación no se mantuvo entre las jóvenes con menor nivel de estudios [OR:1,395(IC 95% ,887-2,194)].

Los resultados del análisis multivariante de regresión logística se presentan en la **tabla 6**. De las diez variables introducidas

en el análisis, el modelo de regresión incluyó cinco variables predictoras. Se observó que la probabilidad de que las jóvenes del estudio tuvieran un embarazo no planificado fue mayor si no era española, si tenía menor nivel de estudios, si no utilizó un método anticonceptivo seguro en su primer coito, si manifestó inconvenientes con el uso de los métodos anticonceptivos y si fue inconstante en su asistencia a la consulta de

Tabla 6
Análisis multivariante, regresión logística binaria. Embarazo no planificado

	Análisis multivariante		
	OR	IC 95%	p
Origen extranjera	2,858	1,808-4,519	0,000
Menor nivel de estudios(primarios, ed especial , EGB y FP medio)	2,343	1,361-4,035	0,002
Método anticonceptivo no seguro en 1º coito (no usar ninguno o coitus interruptus)	3,043	1,900-4,875	0,000
Inconvenientes (poco o muy frecuentes) con los métodos anticonceptivos	2,092	1,267-3,454	0,004
Irregularidad (ocasional o muy irregular) en la asistencia a la consulta médica	2,063	(1,275-3,339)	0,003
Constante	-3,302		
Hosmer y Lemeshow	Chi ² 4,644 gl 8 p 0,795		

IC 95%: intervalo de confianza del 95%. OR: odds ratio

anticoncepción. El modelo se consideró aceptable, Hosmer-Lemeshow no significativo. El porcentaje global pronosticado por estas variables fue 77%: sensibilidad 60% y especificidad 84%.

DISCUSIÓN

No utilizar ningún método anticonceptivo o utilizar *coitus interruptus* durante la primera relación sexual y manifestar inconvenientes en la utilización de los distintos métodos anticonceptivos disponibles son factores predictores de embarazo no planificado, al igual que ser irregular en la asistencia a las citas solicitadas por la mujer en la consulta de anticoncepción. Influye el hecho de ser extranjera y tener menor nivel de estudios.

La tercera parte de las mujeres jóvenes de este estudio tuvieron, al menos, un embarazo no planificado desde el inicio de sus relaciones sexuales coitales. Por tanto, ha tenido que enfrentarse a una situación dramática y resolver el dilema que se le planteaba: interrumpirlo o continuar un embarazo que no fue planificado y que no responde a un deseo de ser madre en ese momento de su vida.

Los datos sobre embarazos no planificados no se presentan en las estadísticas nacionales, solamente se pueden conocer las tasas de interrupción de embarazo (IVE) y las de maternidad según edad de la madre. Pero no todas las IVEs son motivadas porque el embarazo no haya sido planificado y tampoco puede deducirse que los niños nacidos de madres adolescentes se correspondan con embarazos no planificados. Por tanto, es difícil hacer una apreciación de la incidencia de embarazos no planificados en la población general para poder ponerlo en relación con la observada en esta investigación, realizada en una consulta específica de anticoncepción para jóvenes. En España, en 2012, la tasa de IVE en las adolescentes fue 12,95 por mil y en las jóvenes entre 20-24

años fue de 20,36 por mil¹⁷ y la tasa de fecundidad en adolescentes, 9,32 por mil¹⁸. Estudios de investigación en otros países registran una incidencia más elevada de embarazos no planificados, en EEUU, 43% entre jóvenes¹⁹ y en Inglaterra, 45,2%²⁰.

Nuestra intención era relacionar los comportamientos sexuales y las prácticas contraceptivas con el embarazo no planificado, y la investigación realizada nos ha proporcionado información que en unos aspectos coincide con la literatura y en otros casos difiere. Se observa que cuanto mayor es el nivel de estudios menor el riesgo de tener un embarazo no planificado, dato similar al registrado en otros estudios^{17,21}. La etnia y la inmigración están influyendo en los comportamientos de las mujeres jóvenes, al igual que señalan los estudios sobre prácticas contraceptivas de riesgo y embarazo no intencionado en grupos étnicos minoritarios²², en los que señalan mayor fecundidad adolescente y menor utilización de métodos anticonceptivos entre las mujeres gitanas, en relación a las payas²³ y en los que constatan que la inmigración influye en el riesgo de abortar voluntariamente, independientemente del nivel socioeconómico²⁴. En nuestro estudio, el colectivo de mujeres inmigrantes engloba culturas muy diferentes, son de países muy diversos, por lo que podríamos pensar que estamos observando la influencia del proceso migratorio, que es el factor común a todas estas mujeres, más que las costumbres o hábitos contraceptivos de los países de origen.

Son también resultados coincidentes con la literatura la relación existente entre menor edad en el primer coito²⁵ y el método anticonceptivo utilizado en él, con el riesgo posterior de EnoP²⁶, la asociación de EnoP con violencia de género^{14,27} y la importancia de la diferencia de edad con la pareja en las chicas adolescentes, que se asocia a embarazo no planificado en nuestra investigación y con uso inconsistente de anticoncepción en diversos estudios^{9,28}. Sin embargo, no

encontramos relación entre la modalidad de relación de pareja y el embarazo no intencionado, al igual que otros autores²⁹.

La relación entre embarazo no planificado y el uso de métodos anticonceptivos es compleja¹⁹. En nuestra población, al igual que se refleja en otros estudios^{3,12,30}, las adolescentes y jóvenes utilizan con cierta frecuencia el *coitus interruptus* o incluso mantienen relaciones sexuales coitales sin ningún método de prevención. Los resultados de la investigación indican que este tipo de comportamiento no siempre está asociado con EnoP y, por otra parte, con el uso de los métodos anticonceptivos considerados seguros se han registrado fallos y se produjeron embarazos no planificados.

Una fortaleza de este estudio es la diversidad social de la población atendida en la consulta, es el único centro específico de atención a jóvenes en la ciudad y no hay ningún tipo de restricción en la selección de las usuarias. También la amplitud de variables consideradas es una fortaleza, puesto que el análisis fragmentario dificulta la comprensión de la complejidad inherente a la interrelación entre comportamientos sexo-contraceptivos y embarazo no planificado.

Las limitaciones de este estudio son no haber incluido la variable paridad y no haber tenido en cuenta el tipo de comportamiento y psicobiografía de la/s pareja/s sexual/es. La necesidad de acotar los objetivos del estudio condujo a no considerar comportamientos reproductivos y no se consideró factible incluir en la investigación a todas las parejas sexuales de la mujer.

La finalidad de esta investigación era encontrar variables que alerten del riesgo de que las pacientes tengan embarazos no planificados, para incidir sobre ellas y conseguir mejorar su salud sexual y reproductiva. Podemos señalar, atendiendo a los resultados obtenidos, tres tipos: sociodemográficas, en comportamientos sexo-contracepti-

vos y en la asistencia a la consulta de anti-concepción. Y, a partir de los datos, incluir algunas recomendaciones para tener en cuenta en la atención a adolescentes y jóvenes en las consultas de anticoncepción.

Entre las variables sociodemográficas, el origen es predictor de embarazo no planificado. Las mujeres jóvenes inmigrantes, independientemente del país de origen y su nivel de estudios, tienen más riesgo de EnoP. Por tanto, se deduce que, además de la información sobre métodos anticonceptivos a las jóvenes inmigrantes, hay que considerar la vulnerabilidad emocional derivada del proceso migratorio. El menor nivel educativo es también un predictor, independientemente de la edad de inicio de relaciones sexuales. Y entre las jóvenes con mayor nivel educativo, cuanto menor es su edad en el primer coito mayor es el riesgo de tener un EnoP. Por tanto, se recomienda atender a esta variable en las jóvenes de mayor nivel de estudios y dar información sanitaria comprensible a las jóvenes con menor nivel educativo, así como estimular que retomen actividades formativas.

De los comportamientos sexo-contraceptivos, las variables con mayor peso predictivo son el “método anticonceptivo utilizado en el primer coito” e “inconvenientes con los métodos anticonceptivos”, lo que sugiere que, independientemente del método que utiliza la mujer en el momento de la consulta actual, si en su primer coito no utilizó un método seguro será necesario indagar sobre posibilidades de abandono del método, sobre si refiere inconvenientes con el uso de los distintos métodos anticonceptivos y sobre la edad de su pareja. La asistencia irregular a la consulta de anticoncepción también es un predictor de EnoP. Este dato provoca una reflexión sobre si es necesario adecuar la organización de las consultas médicas a las características de la población adolescente y joven para mejorar la continuidad y constancia en la asistencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2013. Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. New York: Fondo de Población de Naciones Unidas; 2013. [Citado 26 Nov 2013] Disponible en: <https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/SP-SWOP2013.pdf>.
- 2) Currie C et al. eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
3. Rodríguez Carrion J, Traverso Blanco CI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gac Sanit*. 2012;26:519-24.
4. Bjelica A, Trninic-Pjevic A. Review of identified factors influencing contraceptive use. *Med Pregl*. 2008;61:151-15.
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2011. 2013. [Citado 10 Oct 2013] Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2011.pdf
6. Saxena S, Copas AJ, Mercer C, Johnson AM, Fenton K, Erens B, et al. Ethnic variations in sexual activity and contraceptive use: national cross-sectional survey. *Contraception*. 2006;74:224-33.
7. Atkins R. The association of childhood personality on sexual risk taking during adolescence. *J Sch Health*. 2008;78:594-600.
8. Rahman M, Berenson AB, Herrera SR. Perceived susceptibility to pregnancy and its association with safer sex, contraceptive adherence and subsequent pregnancy among adolescent and young adult women. *Contraception*. 2013;87:437-42.
9. Manlove J, Terry-Humen E, Ikramullah E. Young teenagers and older sexual partners: correlates and consequences for males and females. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006;38:197-207.
10. Moore AM. Gender role beliefs at sexual debut: Qualitative evidence from two Brazilian cities. *Int Fam Plan Perspect*. 2006;32:45-51.
11. Larrañaga E, Yubero S, Yubero M. Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. *Summa Psicol UST*. 2012;9:5-13.
12. Greenwald MN, Gold MA. Do they, don't they, or why haven't they?. Contraceptive use patterns among inner-city sexually active female adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2000;13:91-2.
13. Baeza B, Póo AN, Muñoz S, Vallejos C. Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la Novena Región. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2007;72:76-81.
14. Gao W, Paterson J, Carter S, Iusitini L. Intimate partner violence and unplanned pregnancy in the Pacific Islands Families Study. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008;100:109-15.
15. Earle S. "Planned" and "unplanned" pregnancy: deconstructing experiences of conception. *Hum Fertil (Camb)*. 2004;7:39-42.
16. Barrett G, Wellings K. What is a 'planned' pregnancy? Empirical data from a British study. *Soc Sci Med*. 2002;55:545-57.
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Interrupciones voluntarias de embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2012. 2013; [Citado 1 Sep 2013] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>.
18. Instituto Nacional de Estadística. Tasas de fecundidad [Citado 3 Oct 2013] Disponible en: <http://www.ine.es/>
19. Matteson KA, Peipert JF, Allsworth J, Phipps MG, Redding CA. Unplanned pregnancy: does past experience influence the use of a contraceptive method? *Obstet Gynecol*. 2006;107:121-27.
20. Wellings K, Jones KG, Mercer CH, Tanton C, Clifton S, Datta J, et al. The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *Lancet*. 2013;382:1807-16.
21. Houck CD, Hadley W, Tolou-Shams M, Brown L. Truancy is associated with sexual risk among early adolescents. *J Dev Behav Pediatr*. 2012;33:728-31.
22. Jacobs J, Stanfors M. Racial and ethnic differences in U.S. women's choice of reversible contraceptives, 1995-2010. *Perspect Sex Reprod Health*. 2013;45:139-47.
23. Reig Majoral S, Curos Torres S, Balcells Chiglionne J, Batalla Martínez C, Ezpeleta García A, Comin Bertran E. Anticoncepción: gitanas frente a payas. *Aten Primaria*. 1999;23:63-7.

24. Ruiz-Ramos M, Ivañez-Gimeno L, Garcia Leon FJ. Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: diferencias entre población autóctona y extranjera. *Gac Sanit.* 2012;26:504-11.
25. Calatrava M, Lopez-Del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clin (Barc).* 2012;138:534-40.
26. Gibbs L. Gender, relationship type and contraceptive use at first intercourse. *Contraception.* 2013;87:806-12
27. Miller E, Decker MR, McCauley HL, Tancredi DJ, Levenson RR, Waldman J, et al. Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception.* 2010;81:316-22.
28. Volpe EM, Hardie TL, Cerulli C, Sommers MS, Morrison-Beedy D. What's age got to do with it? Partner age difference, power, intimate partner violence, and sexual risk in urban adolescents. *J Interpers Violence.* 2013;28:2068-87
29. Scott ME, Wildsmith E, Welti K, Ryan S, Schelar E, Steward-Streng NR. Risky adolescent sexual behaviors and reproductive health in young adulthood. *Perspect Sex Reprod Health.* 2011 Jun;43:110-18.
30. Raine TR, Foster-Rosales A, Upadhyay UD, Boyer CB, Brown BA, Sokoloff A, et al. One-year contraceptive continuation and pregnancy in adolescent girls and women initiating hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol.* 2011;117:363-71.