

Original

Motivaciones para el embarazo adolescente

Carmen Álvarez Nieto^{a,*}, Guadalupe Pastor Moreno^b, Manuel Linares Abad^a,
Juan Serrano Martos^b y Laura Rodríguez Olalla^b

^a Departamento de Enfermería, Universidad de Jaén, Jaén, España

^b Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de octubre de 2011

Aceptado el 28 de diciembre de 2011

On-line el 20 de abril de 2012

Palabras clave:

Embarazo de alto riesgo

Adolescente

Motivación

Género y salud

Análisis cualitativo

R E S U M E N

Objetivos: Conocer las motivaciones (creencias, valores) de las mujeres menores de 17 años para el embarazo adolescente.

Método: Diseño cualitativo fenomenológico con audiograbación de entrevistas en profundidad (12 adolescentes embarazadas), entre marzo y septiembre de 2008. Muestreo intencional de adolescentes embarazadas (14–16 años) de la consulta de alto riesgo obstétrico del Complejo Hospitalario de Jaén (España), usando nivel educativo, voluntariedad del embarazo, hábitat de residencia y nivel social de la familia como criterios de heterogeneidad. Análisis de contenido: codificación, triangulación de categorías y obtención/verificación de resultados.

Resultados: El contexto sociocultural de la adolescente tiene un peso considerable en la toma de decisiones sexuales y reproductivas. Las adolescentes que no planearon su embarazo perciben que su responsabilidad es relativa, y muestran una actitud de conformismo y resignación, resultando posteriormente una tendencia a la racionalización de los acontecimientos en la que afirman que el hijo/a es deseado/a e incluso planeado/a. Las adolescentes que deseaban su embarazo no tienen una imagen definida ni valoran las consecuencias que éste supone. Las ideas previas sobre una gestación están básicamente referidas a cambios físicos, sin tener en cuenta otros cambios que ocurren durante y tras el embarazo.

Conclusiones: El contexto familiar y de socialización de las chicas se basa en una distribución tradicional de roles en función del género, en el cual posicionamiento y rol tradicional de mujer cuidadora está muy interiorizado. Las motivaciones para el embarazo adolescente no están claras; hay una falta de sentido de la autodeterminación y son las circunstancias las que deciden.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Motivations for adolescent pregnancy

A B S T R A C T

Objectives: To identify the motivations (beliefs, values) for adolescent pregnancy among girls aged less than 17 years old.

Method: We performed a phenomenological qualitative study with audio recording of in-depth interviews with 12 pregnant adolescents between March and September 2008. Purposive sampling of pregnant adolescents (14–16 years) in the high-risk obstetric unit of the Hospital of Jaen (Spain) was performed, using education, voluntariness of pregnancy, urban-rural setting of the family residence and family socioeconomic status as heterogeneity criteria. A content analysis was performed with coding, triangulation of categories, and extraction and verification of results.

Results: The adolescent's sociocultural context was of considerable weight in sexual and reproductive decisions. Adolescents with unplanned pregnancies felt that their responsibility was relative, showing an attitude of acceptance and resignation, which later became a tendency to rationalize the events and claim that the child was wanted or even planned. Girls with a wanted pregnancy did not have a clear idea of the consequences of having a child. Previous ideas about pregnancy were mainly related to physical changes without taking into account other changes that occur during and after pregnancy.

Conclusions: The family context and socialization of girls are based on a traditional division of gender roles in which the traditional role of the female caregiver is strongly internalized. The reasons for teenage pregnancy are unclear; pregnant adolescents lacked a sense of self-determination and felt that their lives were determined by circumstances.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

High-risk pregnancy

Adolescent

Motivation

Gender and health

Qualitative analysis

Introducción

El embarazo constituye un hecho biopsicosocial de gran trascendencia. En las adolescentes cobra mayor importancia por los riesgos que puede conllevar para el binomio madre-hijo, y puede producir complicaciones invalidantes definitivas para el futuro en

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: calvarez@ujaen.es (C. Álvarez Nieto).

Tabla 1
Características de las adolescentes entrevistadas

Caso	Edad	Hábitat ^a	Fecha	Intención de embarazo ^b	Estudios ^c	Nivel social ^d
1	15	Rural	15/3/2008	No	No	2
2	16	Urbano	26/3/2008	Sí	No	1
3	16	Rural	1/4/2008	No	No	3
4	16	Rural	15/4/2008	No	No	2
5	16	Rural	26/4/2008	Sí	No	2
6	16	Urbano	12/5/2008	No	No	2
7	15	Urbano	27/5/2008	No	Sí	1
8	15	Rural	14/6/2008	No	No	3
9	16	Rural	1/7/2008	No	No	2
10	16	Urbano	2/09/2008	No	No	3
11	15	Rural	16/09/2008	Sí	Sí	2
12	15	Urbano	30/09/2008	Sí	No	2
	Media edad: 15,6 años	Rural: 58,3% Urbano: 41,7%		Sí: 33,3% No: 66,7%	Sí: 16,7% No: 83,3%	1: 16,7% 2: 58,3% 3: 25%

^a El criterio para clasificar el hábitat en rural o urbano es el seguido por el Instituto Nacional de Estadística. Hábitat rural: hasta 10.000 habitantes. Hábitat urbano: más de 10.000 habitantes.

^b En la primera visita a la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico las jóvenes rellenan una ficha en la que quedan recogidas diferentes variables sanitarias y sociales.

^c Esta variable hace referencia a la asistencia al instituto en el momento de la entrevista.

^d Nivel socioeconómico de la familia: 1) directivos de empresas o administración pública, técnicos profesionales, científicos e intelectuales, oficiales y rangos superiores de las fuerzas armadas; 2) técnicos y profesionales de apoyo, empleados de tipo administrativo, pequeños empresarios, servicio de restauración, personales, protección y vendedores, suboficiales y rangos inferiores de las fuerzas armadas, trabajadores cualificados en agricultura y pesca, artesanos y trabajadores cualificados de industrias manufactureras, construcción y minería; 3) trabajadores no cualificados, dedicados a las labores domésticas propias del hogar y población inactiva.

los planos orgánico, social y psicológico de las madres¹. Las razones que perpetúan este problema suelen ser una cuestión multifactorial basada en aspectos comportamentales, de tradición, sociales, culturales o religiosos^{2,3}. En España se producen anualmente unas 4000 gestaciones en menores de 17 años que finalizan en parto⁴.

Los esfuerzos para prevenir o retrasar el embarazo en las adolescentes dirigidos a proveer el control de la concepción fallan si los/as adolescentes no están interesados en evitar el embarazo. Diversos estudios han examinado los factores y motivaciones en la adolescencia para entender su comportamiento contraceptivo. Sin embargo, las actitudes hacia el embarazo son pobremente entendidas⁵⁻¹⁰, ya que un inadecuado uso de la contracepción puede ser resultado de actitudes ambivalentes o positivas hacia el embarazo y la maternidad tempranas, lo que sugiere que el porcentaje de embarazos verdaderamente no intencionados puede ser más bajo de lo que se cree.

El contexto sociocultural en que se desenvuelven las adolescentes ejerce una gran influencia sobre la conducta sexual y reproductiva: en los significados que los y las jóvenes atribuyen a la masculinidad y la feminidad, en el rol que desempeña cada miembro de la pareja en los encuentros sexuales, y en la toma de decisiones sexuales y reproductivas de las chicas¹¹. La metodología cualitativa ofrece una forma efectiva de explorar los significados del embarazo adolescente de la mano de sus propias protagonistas^{12,13}. Así, pretendemos describir las razones subyacentes a determinadas conductas en un contexto social determinado, y conocer las motivaciones de las jóvenes menores de 17 años para el embarazo.

Métodos

Estudio cualitativo con entrevistas en profundidad a mujeres embarazadas menores de 17 años de la provincia de Jaén. El límite de los 17 años es el fijado como embarazo de riesgo en el Proceso Asistencial Integrado para Embarazo, Parto y Puerperio de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía¹⁴. El muestreo fue intencional y se realizó a través de la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico del Complejo Hospitalario de Jaén (consulta de referencia para las embarazadas adolescentes de la provincia). La selección de las participantes la realizó la enfermera de esta consulta, quien actuó como informante clave y entrevistadora. El tamaño de la muestra

fue suficiente hasta alcanzar el punto de saturación del discurso, que dada la homogeneidad del perfil se alcanzó en la entrevista doce. Se tuvo en cuenta el nivel educativo, el hábitat de residencia, la voluntariedad o no del embarazo, y el nivel socioeconómico de la familia, valorado según la ocupación laboral más alta de los padres mediante la escala empleada por el cuestionario de contexto para la familia de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía (tabla 1).

Durante las visitas de control del embarazo se proponía a las jóvenes participar en el estudio, se les daba tiempo para pensarlo y en caso de aceptar se acordaba una cita. Las sesiones de entrevista se realizaron entre marzo y septiembre de 2008, con una duración media de 45 minutos. La fecha y la hora fueron fijadas por las participantes, y para el desarrollo de la entrevista se eligió un espacio dentro del propio hospital, pero ajeno a la consulta, que garantizara la privacidad y la ausencia de interrupciones. Se utilizó un guión semiestructurado inicial que nos permitió acercarnos a la experiencia del embarazo y favoreció la espontaneidad de las jóvenes para expresar sentimientos, ideas y opiniones. Los contenidos del guión fueron: opinión sobre relaciones afectivas y sexuales, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, creencias sobre el embarazo y la maternidad, y posibles estrategias de apoyo desde los servicios sanitarios. Se elaboró un diario de campo donde se registraron las incidencias y las impresiones que iban apareciendo durante cada una de las entrevistas. Paralelamente se realizó la transcripción de las entrevistas y se llevó a cabo un análisis de contenido¹⁵, en el cual participaron todos los miembros del equipo, y que constó de tres fases:

- 1) Codificación: lectura literal de las transcripciones inmediatamente tras su realización, para generar las primeras hipótesis, valorar la saturación de la información y aplicar los indicadores de calidad del proceso (1º: adecuación del contenido de las entrevistas a los objetivos del estudio; 2º: participación activa de las adolescentes en la exposición de creencias y vivencias; 3º: intervenciones adecuadas y registro correctos por parte de la entrevistadora; 4º: registro escrito de la hipótesis de trabajo). Posteriormente se identificaron las unidades de texto y sus referentes (significados, discursos), se asignaron códigos de colores indicando conceptos emergentes y se agruparon en categorías.

- 2) Triangulación de categorías: las categorías de análisis se consensuaron entre los miembros del equipo según los objetivos planteados, y se redefinieron las categorías definitivas.
- 3) Obtención y verificación de resultados: se realizó el análisis de contenido con el apoyo del programa NUDIST 8, que ayudó a la construcción de matrices definitivas y a explorar conexiones para el último análisis definitivo de los datos.

El trabajo fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Científica del Hospital Ciudad de Jaén. La participación fue voluntaria y se requirió la firma del consentimiento informado por las participantes y sus padres. Se entregó información escrita sobre el estudio, indicando explícitamente la destrucción final de la audiograbación y el anonimato de los datos obtenidos tras su análisis.

El enfoque cualitativo ofreció la posibilidad de conocer la experiencia de ser adolescente y estar embarazada mediante el discurso de las mujeres sujeto de estudio. El rigor de la investigación se mantuvo mediante la reflexividad permanente a lo largo de todo el proceso, y por la triangulación de los/as investigadores/as en todas las fases del análisis y la interpretación de los discursos¹⁶.

Resultados

Participaron mujeres embarazadas con edades entre 15 y 16 años (tabla 1). Cuatro declararon voluntariedad manifiesta del embarazo y solamente dos continuaban asistiendo al instituto en el momento de la entrevista. De las diez chicas restantes, seis habían dejado de estudiar antes del embarazo y cuatro abandonaron a consecuencia de él.

La información recogida se presenta en seis categorías correspondientes con los puntos del guión de la entrevista, las hipótesis generadas y el marco explicativo (tabla 2).

Relaciones afectivas, conducta sexual y anticoncepción

El embarazo se produce en el marco de una relación romántica entendida como relación de apoyo. La pareja representa una fuente de afecto y compañía, y se establece un compromiso que se asocia con fidelidad, respeto, reconocimiento de autonomía o sinceridad. Las chicas valoran que él sea mayor que ellas (entre 1 y 9 años), con empleo (todos excepto uno) y que los padres acepten la relación (tabla 2, 1).

Plantean relaciones igualitarias, si bien de manera implícita se expresa una relación basada en estereotipos tradicionales de género, en la cual las chicas tienen menor capacidad para decidir cuándo y cómo mantener relaciones sexuales (tabla 2, 2). Todas conocen diferentes métodos anticonceptivos, aunque el preservativo es el más usado, dada la dificultad para acceder a otros que requieren una mayor planificación y control (tabla 2, 3). Pero el conocimiento de un método no implica su uso; así, la decisión de utilizar preservativo y cuándo hacerlo es planteada como comparada entre los dos miembros de la pareja, aunque la realidad muestra que la chica cede a las presiones de su pareja (revestidas de sentimientos y afectos), a quien no satisface el uso del preservativo (tabla 2, 4).

Información y educación sexual

La información sobre sexualidad se presenta dispersa y errónea. La familia no es un referente para este tema u ofrece información esencialista basada en la transmisión de miedos y tabúes, pero no en el fomento de relaciones saludables y sin riesgo. Tal vez el referente más cercano sea el ámbito educativo, pero las jóvenes que han abandonado los estudios podrían no haber recibido las sesiones informativas en la escuela, que otras chicas aún escolarizadas sí refieren (tabla 2, 5). No obstante, mayoritariamente estas charlas

son inexistentes, o no incluyen los contenidos demandados por la juventud, por lo que en la práctica, y ante la duda, se acude a fuentes informales (revistas, televisión, internet y conversaciones con amigas).

Deseabilidad y experiencia de un embarazo en la adolescencia

Las creencias de las jóvenes sobre el embarazo no están definidas, y van descubriendo día a día qué significa la maternidad. Sus ideas están referidas básicamente a cambios físicos, pero no tienen en cuenta aspectos personales, sociales y laborales que ocurren durante y después del embarazo (tabla 2, 6).

No se sienten responsables de su embarazo, o perciben que su responsabilidad es relativa, pues es algo que simplemente pasó, ante lo cual ellas no podían hacer nada. Atribuyen su embarazo al fallo del método anticonceptivo (tabla 2, 7). Un tercio de las chicas deseaba el embarazo, el resto muestra una actitud de conformismo y resignación (tabla 2, 8). Las jóvenes que deseaban el embarazo indicaron que su objetivo era tener un hijo/a, pero no argumentaron los motivos que las llevaron a tomar la decisión (tabla 2, 9).

Cuando comunican la noticia a su pareja perciben que se hace responsable y la pauta que se repite es delegar en ellos la decisión de continuar o no con el embarazo, y por tanto la responsabilidad de lo que pase posteriormente (tabla 2, 10). La posibilidad de abortar no tiene buena aceptación por respeto hacia el no nato y un sentido de responsabilidad ante sus actos (tabla 2, 11). Comunicar la noticia a sus familiares es el paso más difícil en el proceso de toma de decisiones, pero supone un hito importante en la experiencia del embarazo, ya que una vez que lo han anunciado aprecian que todo es más fácil. Interpretan que tienen el apoyo de su entorno más cercano y que lo mantendrán tras el nacimiento de su hijo/a. A pesar del enfado, la preocupación y la sorpresa iniciales de los padres, se percibe un acercamiento progresivo entre las adolescentes y éstos, e incluso empiezan a generar expectativas favorables ante el nacimiento del nuevo miembro. El apoyo de las madres es un aspecto fundamental para sentir que su embarazo es aceptado. Con el paso del tiempo, el proceso de racionalización de los acontecimientos también aparece en las madres, que adoptan una actitud flexible y comprensiva con sus hijas (tabla 2, 12).

Imagen social de un embarazo adolescente

Las jóvenes se sienten criticadas, pero no lo consideran un problema grave si perciben la aceptación de su entorno más cercano. Las amigas apoyan su embarazo, y las que sugieren el aborto como opción dejan de considerarse como tales. El círculo de amistades comienza a estrecharse, como síntoma de la pérdida social que supondrá el nacimiento del hijo/a (tabla 2, 13).

Planes de futuro y expectativas ante la maternidad

Las jóvenes son conscientes de la responsabilidad que deben asumir a partir del nacimiento, pero para ello desean contar con la ayuda de su pareja y de su madre en el cuidado y la crianza del niño/a (tabla 2, 14). La falta de creencias previas sobre la maternidad conlleva también una falta de pronósticos económicos, pues no consideran que ésta suponga una carga económica importante (tabla 2, 15). En sus planes de futuro incluyen una vida marcada por su experiencia familiar y su socialización de género, acudiendo a la historia de vida de la madre como la ideal; convivir con su pareja, casarse en el momento oportuno, cuidar de sus hijos/as y ser felices. El matrimonio se plantea como una meta no impuesta a medio o largo plazo. Sin embargo, la convivencia sí parece impuesta y sería el paso previo a la unión legal (tabla 2, 16).

Tabla 2
Citas textuales (verbatim) para cada categoría

Relaciones afectivas, conducta sexual y anticoncepción

1. *Está más cercano que antes, sí, ahora está más bien conmigo todo el día; a lo mejor un rato que va a hacer sus cosas para traerme dinero, pero conmigo.* (Caso 2, 16 años, hábitat urbano, embarazo intencional.)
Parece que lo quieren más que yo. Les cae muy bien, yo que sé, lo ven muy responsable y todo eso. (Caso 6, 16 años, hábitat urbano, embarazo no intencional.)
Yo que sé, es muy bueno, porque me comprende y me ayuda. Por si quiero, yo que sé, si quiero hacer algo, pues me ayuda a que yo lo haga. (Caso 11, 15 años, hábitat rural, embarazo intencional.)
2. *Yo fui la responsable del embarazo, porque estábamos en su casa y fui yo la que empecé. Porque la primera vez no, pero cuando lo hicimos ya tres veces, él me decía que me quería mucho, claro, para que mis padres no nos pudieran separar, entonces si me quedaba embarazada, se salía con la suya.* (Caso 7, 15 años, hábitat urbano, embarazo no intencional.)
3. *Sí, es que allí, o en la farmacia o en las máquinas, lo compras en cualquier sitio.* (Caso 5, 16 años, hábitat rural, embarazo intencional.)
Sí, el preservativo sí, para los demás no, porque tiene que estar mi madre, para las pastillas y para todo tiene que estar un mayor. (Caso 7, 15 años, hábitat urbano, embarazo no intencional.)
4. *La pastilla, él dice que eso no le gusta, que no quiere (...) porque dice que con otra novia que tenía antes sí, pero que conmigo no porque como yo no me acosté con ningún hombre ni nada y él fue el primero, pues dice que yo no iba a tener nada, que conmigo le daba igual.* (Caso 3, 16 años, hábitat rural, embarazo no intencional.)
A él no le importaba ponerse el preservativo y a mí cuando me dijeron que a lo mejor me la tenían que dar la píldora, dijo "si te la tienen que dar que te la den, pero sino no hace falta que te la tomes, yo utilizo el condón como siempre y ya está" y yo decía "pues bueno". (Caso 5, 16 años, hábitat rural, embarazo intencional.)
Usábamos el preservativo porque no había otro, pero él no lo quería; él decía que hablara con mi madre para que me tomara las pastillas. (Caso 7, 15 años, hábitat urbano, embarazo no intencional.)

Información y educación sexual

5. *Pues cuando estaba en primero, me parece, en primero de la E.S.O. fue una muchacha a darnos una clase de esas y luego sacó a los chicos y nos dejó solas a las chicas.* (Caso 5, 16 años, hábitat rural, embarazo intencional.)
(En el instituto no me dijeron nada), porque eso lo hacen en segundo y yo como iba atrasada me lo perdí. Mi madre me decía, pues que había que tener cuidado, que no era ningún juego. (Caso 8, 15 años, hábitat rural, embarazo no intencional.)
Sí (tengo confianza con mi madre), pero hombre, normal. A mí tampoco mi madre me había explicado nunca nada de eso. (Caso 9, 16 años, hábitat rural, embarazo no intencional.)

Deseabilidad y experiencia de un embarazo en la adolescencia

6. *Pues yo era de las que pensaba que te crecía la barriga y ya está, te lo juro, no, pero igual que me imaginaba "potar" y ya está, y ya y que cuando empiezas (. . .) se mueve y lo sientes, y ya está, pero yo no me enteraba, yo pensaba que el embarazo en el pensamiento no te influía para nada y es que te influye para todo.* (Caso 5, 16 años, hábitat rural, embarazo intencional.)
7. *Se nos rompería o algo porque siempre lo utilizamos.* (Caso 4, 16 años, hábitat rural, embarazo no intencional.)
El día que me quedé embarazada es que no sé lo que pasó. Hombre, me lo supongo, porque yo supongo que estaría roto o yo que sé, pero vamos, que yo no lo busqué para nada, no lo busqué pero tampoco me dio tiempo a enterarme, sabes qué, me dio igual. (Caso 5, 16 años, hábitat rural, embarazo intencional.)
8. *Sí, pero no, es que eso es una cosa muy rara porque yo le decía: ¿tú quieres ser padre? y decía: sí, y él decía: ¿tú quieres ser madre? y yo decía: sí, pero no. . . cuando yo creo que me quedé embarazada, yo creo que el ese estaba roto, porque en ese momento no lo estaba usando (...) Alguna semana antes sí, pero en ese momento no porque se había quedado parao y todo eso. ¿Dónde voy yo con un niño ahora que está sin trabajo y sin nada (...)? el caso es que caía.* (Caso 5, 16 años, hábitat rural, embarazo intencional.)
Hombre, si yo es que no me quise quedar. Yo quiero a mi novio y todo eso, pero yo no quería tener un hijo, él tampoco, pero ya vino y ya no iba a. . . (Caso 9, 16 años, hábitat rural, embarazo no intencional.)
9. *Yo nada, yo pensaba en tener un hijo y ya está, yo no soy de las típicas que piensa que porque te quedas embarazada se va a quedar contigo porque es tontería, si te quiere dejar te va a dejar igual y luego encima te quedas tú con el niño y dices: "a ver ahora qué hago". Al revés, yo lo pensaba mucho cuando él no se enteraba, yo lo pensaba mucho y decía: "si me quedo embarazada, y mira que si me deja, y mira que si esto, y luego qué hago yo con él"; pero luego al final dije: "bueno si no me deja. . ."* (Caso 5, 16 años, hábitat rural, embarazo intencional.)
10. *Hombre, al principio estaba preocupado porque somos muy jóvenes y no sabes lo que vas a hacer, pero luego alegre. Decía que cómo iba a ser, que cómo iba a ser eso, pero ya luego bien.* (Caso 6, 16 años, hábitat urbano, embarazo no intencional.)
Yo pensaba que iba a responder bien. Me dijo "ea, a mí me da igual. Si tú quieres lo tenemos y si no, no. Que yo por mí sí, si no, no". Él ha dicho que lo que yo quisiera. Que por él sí, pero que si yo decía que no, no pasaba nada. (Caso 9, 16 años, hábitat rural, embarazo no intencional.)
11. *Mis amigas piensan que les parece bien, que abortar dicen que es mejor porque si te quedas ahora embarazada ya te amargas la vida, y yo no pienso así. Pienso el aborto, si abortas, es matar a un chiquillo, porque luego cuando lo quieres tener te vas a acordar y vas a decir, aunque antes era joven, pero he matado a mi hijo que yo llevaba dentro de mí.* (Caso 3, 16 años, hábitat rural, embarazo no intencional.)
Yo sé que debería haberme esperado un poquillo más, pero ya que está hecho no voy a abortar, vamos, eso está muy claro. Yo no sé cómo pueden pensar que aborte, que eso es muy fuerte. Yo que sé, yo es que eso no lo haría, vamos. (Caso 11, 15 años, hábitat rural, embarazo intencional.)
12. *No me dijo nada, pero que era muy chica, que era muy joven para quedarme embarazada tan joven, que es un cargo muy grande, pero ya lo tuvo que aceptar. Ahora está loca de contenta por su nieto.* (Caso 2, 16 años, hábitat urbano, embarazo intencional.)
Pues difícil es lo primero por decirselo a mis padres, pero ya bien. Si no me hubiera pasado, pues mejor, pero si me ha pasado, pues ya está. (Caso 4, 16 años, hábitat rural, embarazo no intencional.)
Yo pensaba que me iba a regañar, que me iba a echar la bronca de mi vida, pero al final, para lo que yo me esperaba, muy poco me dijo, más bien, yo decía: "madre mía, mi madre la que me va a dar a mí ahora como yo esté embarazada, la que me va a liar", y al final nada, que se puso contenta y todo, yo creo. Ahora ya está más contenta, está deseando que nazca para verle la cara. (Caso 5, 16 años, hábitat rural, embarazo intencional.)
Hombre, lo peor, peor, no ha habido mucho, a lo mejor cómo se lo tomaron mis padres, que se lo tomaron, pues a ver, como unos padres. Al principio no sabes lo que vas hacer, pero no, no ha sido difícil, yo ya ahora mismo soy muy feliz, no me arrepiento de estar embarazada. Ahora me llevo mejor (con mi madre). Me llevaba bien, pero era diferente, no quería estudiar, no hacía nada; ahora es diferente, ahora estoy trabajando, tengo pensamientos de futuro, me llevo mejor. (Caso 6, 16 años, hábitat urbano, embarazo no intencional.)
Mi madre me ha dicho que ya me había destrozado mi vida, porque era muy joven, que era muy joven, que ahora lo mejor. . . que ahora ya me iba a agarrar. Que ya no iba a poder salir como salía antes y todo eso. Que ahora tenía que estar pendiente a mi hijo y ya está. Bueno, yo lo esperaba, pero esperaba que mi padre se lo tomara peor que mi madre. Ahora me compra de todo para el niño. (Caso 9, 16 años, hábitat rural, embarazo no intencional.)

Imagen social de un embarazo adolescente

13. *Hombre, siempre hay comentarios, como: "¡Mira esa, tan joven y ya embarazada, que no se qué. . .!" Los comentarios típicos de la gente, pero bien, tampoco no creo que me iban a decir "pues se podía haber esperado un poquillo más"; pero tampoco me interesaba mucho lo que pensara la gente.* (Caso 6, 16 años, hábitat urbano, embarazo no intencional.)
Fueron detrás diciendo "cucha, ésta, tan joven, no sé qué", pero yo creo que eso es una cosa normal, porque no soy ni la primera ni la última. Mis amigas bien, mis amigas me decían, me preguntaban "¿qué, cómo te va?", y todas esas cosas, "¿cómo estás?", todos los días me preguntaban "¿cómo estás?". (Caso 9, 16 años, hábitat rural, embarazo no intencional.)

Tabla 2 (Continuación)

Antes que podía salir y todo, y ahora no, porque ya no es lo mismo que salgas con tus amigas y luego no vas a poder salir con tus amigas. Nos vemos de vez en cuando, pero ya no salgo por ahí. (Caso 10, 16 años, hábitat urbano, embarazo no intencional.)

Planes de futuro y expectativas ante la maternidad

14. *Hombre, si ayuda y hace algo tampoco viene mal (...) yo pienso que en algo me ayudará. (Caso 1, 15 años, hábitat rural, embarazo no intencional.)
Pues cuidar a mi hijo y estar lo mejor posible con mi novio; yo tengo que estar en mi casa, limpiándola y tenerlo todo hecho, todo para cuando el venga de trabajar, pues tenerlo hecho por lo menos. Y si yo trabajo, pues entre los dos hacemos las cosas. Yo creo que él me ayudaría. (Caso 2, 16 años, hábitat urbano, embarazo intencional.)*

15. *Hombre, económicamente pienso que si nos falta serán los padres los que nos echarán una mano. Si yo quisiera me ayudaban mis padres, me ayudaba mi suegra, me ayudaba... todo el mundo que quisiera. (Caso 1, 15 años, hábitat rural, embarazo no intencional.)
Mi pareja es la que trabaja, todo lo que compramos es con el dinero suyo, el carro se lo ha comprado mi madre, la cuna se la ha comprado la madre de mi novio, sí, todos están ayudando, yo eso no lo veo una carga. (Caso 5, 16 años, hábitat rural, embarazo intencional.)*

16. *Bien, bueno, una vida feliz, yo que sé, yéndome a un sitio, a otro; pensando en cumplir los dieciocho años para casarme con él, yo que sé, bien. ¿Ahora? Pues lo que tenía pensado, se me ha venido todo de golpe, y dentro de un año estaré, pues no lo sé, agobiadilla me parece. (Caso 1, 15 años, hábitat rural, embarazo no intencional.)
No, ahora mismo no (voy a casarme); porque no, porque soy menor de edad, y hasta que no lleve más tiempo y todo, no; a lo mejor de aquí a dos años pues sí. (Caso 3, 16 años, hábitat rural, embarazo no intencional.)
Sí, ahora corre más prisa todo eso de casarte... pero que antes también me iba a casar, pero cuando tuviera mi edad. (Caso 12, 15 años, hábitat urbano, embarazo intencional.)*

Propuestas de atención y estrategias

17. *Yo creo que por ahora hay suficiente información, pero en los pueblos así más chiquitillos y eso, como en el mío, pues no hay tanta como por ejemplo en las ciudades. Yo le diría que usase los métodos anticonceptivos, pero si cualquier cosa le pasa como a mí, que ya ella decida. (Caso 4, 16 años, hábitat rural, embarazo no intencional.)
Yo pienso que está bien que se le informe, pero que si la persona quiere no la vas a obligar, que no... eso es lo que yo pienso (...) Ea, pero luego que piense lo que haga. Que lo piense bien, ya está. (Caso 11, 15 años, hábitat rural, embarazo intencional.)*

Propuestas de atención y estrategias

Las jóvenes se limitan a aconsejar a chicas de su edad y no aportan estrategias claras. Recomiendan el uso de métodos anticonceptivos y aconsejan reflexionar lo que desean en cada momento, pero al mismo tiempo entienden que cualquier opción es individual y exclusiva para cada mujer (tabla 2, 17).

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que el embarazo durante la adolescencia no es el resultado de un proceso de toma de decisiones entre los dos miembros de una pareja, sino que ocurre como consecuencia de la no utilización de métodos anticonceptivos o de su uso incorrecto. Pero tampoco es el resultado de un encuentro ocasional o esporádico no previsto por las chicas, sino que sucede en el marco de una relación de noviazgo socialmente conocida. Si bien de los resultados de este estudio no podemos afirmar la ausencia de información sobre anticoncepción entre la población joven, lo cierto es que hay diversas causas que pueden explicar el mal uso de los métodos anticonceptivos. Actualmente la población adolescente vive su sexualidad de manera más temprana y acelerada, aunque dentro de los patrones de relación afectiva y monógama¹⁷. Sin embargo, el contexto de socialización sigue estando mediado por estereotipos de género, que llevan a chicas y chicos a vivir su sexualidad de manera diferente¹⁸. Debemos, pues, preguntarnos hasta qué punto el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos es producto de una educación sexual adecuada a sus planteamientos y a sus contextos, para poder alcanzar un conocimiento objetivo sobre anticoncepción¹⁹ y hacer uso de una contracepción eficaz y consistente.

Los modelos teóricos de comportamiento en salud asumen que los y las jóvenes realizan conductas de riesgo porque tienen una percepción de baja vulnerabilidad al riesgo, son complacientes con las posibles consecuencias y pueden dejar de considerar racionalmente los costes y beneficios de sus decisiones y comportamientos^{20,21}, como ocurrió a la mayoría de las adolescentes de este estudio.

La expresión de sentimientos o discursos ambivalentes hacia el embarazo indican un mayor riesgo de quedarse embarazada²². Estos sentimientos suelen ser consecuencia de una falta de metas

relacionadas con el logro personal y la incorporación al mercado laboral, y aunque las participantes de nuestro estudio eran menores de 17 años, el abandono escolar era muy alto, lo cual condiciona desde estas primeras etapas de la vida el futuro de estas jóvenes, y a este hecho subyace una mayor predisposición al embarazo²². Así pues, el embarazo no aparece como una experiencia planificada. Algunas jóvenes señalan desear el embarazo, pero el proceso que lleva a ese fin y las consecuencias que supone no están definidas ni valoradas en su imaginario. No tienen una posición o unas creencias definidas sobre un embarazo porque creen que nunca van a tener que enfrentarse a tal situación, o porque consideran que en tal caso encontrarían una solución. Posteriormente hay posibilidades de que la opinión sobre su embarazo cambie en función de muchos aspectos: reacción de la pareja, reacción del entorno, apoyo percibido, etc., racionalizando los acontecimientos y justificando sus actos²³.

Tanto las adolescentes como sus parejas asumen un compromiso con el/la hijo/a aún no nacido/a, y hay estudios que han relacionado el menor nivel educacitivo de la pareja con la actitud favorable hacia el embarazo y de rechazo al aborto²⁴. El apoyo percibido es un aspecto destacable en el proceso de racionalización del embarazo. La opinión del novio tiene mucho peso en cualquier decisión^{8,25}; las jóvenes consideran que ser apoyadas por su pareja tiene importancia en la aceptación social de su embarazo.

Acuden al apoyo familiar, en especial materno, como soporte esencial para compensar la falta de habilidades y atributos en la crianza del hijo/a^{26,27}, y en cuestiones económicas²⁸. Consideran la responsabilidad del cuidado y la crianza de su hijo/a como propia (ninguna menciona la idea de compartir o corresponsabilizar el cuidado y crianza del niño/a), pero desean contar con la ayuda de su pareja y de su madre.

Las estrategias propuestas por las jóvenes no quedan claramente definidas, pero la recomendación del uso de métodos anticonceptivos la relacionan con la incentivación de la responsabilidad en la toma de decisiones que tienen que ver con su salud sexual y reproductiva.

Aunque la investigación que presentamos contempla los requisitos inherentes a una investigación cualitativa de rigor metodológico, tanto en los criterios de selección de la muestra, en el procedimiento de recogida y análisis de la información, como en haber cumplido con el principio de saturación teórica, consideramos necesario destacar otros aspectos que habrían mejorado la

validez de ésta. Así, aunque se trate de una tarea compleja, hubiese sido conveniente haber validado las categorías obtenidas con las propias participantes durante el proceso de análisis de la información. Además, otra limitación es la diferencia de edad entre la persona entrevistadora y las informantes²⁹, si bien conseguimos un clima de confianza que permitió que la comunicación fuese fluida y que obtuviéramos una información rica y densa relacionada con los objetivos propuestos.

La metodología cualitativa nos ha ofrecido resultados enriquecedores, aunque las conclusiones están vinculadas a un contexto determinado. Estudios previos han sugerido que diferentes grupos de jóvenes pueden necesitar distintas estrategias de intervención^{22,30}. Consideramos importante continuar profundizando en el estudio del embarazo adolescente, así como estudiar otros contextos, como la población inmigrante. Igualmente, los resultados nos ofrecen una idea clara de las creencias y de los valores en que se desenvuelve un embarazo en la adolescencia, y ofrece indicios suficientes de la existencia de una relación entre estereotipos de género, actitudes y conductas sexuales y reproductivas en la adolescencia. Por tanto, parece recomendable incorporar en investigaciones futuras las vivencias de los hombres en el embarazo adolescente, con metodologías que aporten conocimientos sobre sus cogniciones y comportamientos sexuales.

La familia y la escuela constituyen espacios decisivos para transmitir conductas saludables, pero aspectos como la sexualidad y la reproducción se omiten o llegan tarde. En este sentido, los servicios de salud están en una situación aventajada para eliminar los factores de riesgo y para potenciar y promover los factores positivos de la juventud que condicionan su salud. Además, este enfoque salutogénico³¹ es convergente con la introducción de la perspectiva de género en las actuaciones, pues no podemos

olvidar que la sexualidad es un espacio privilegiado para la relación entre los géneros, y en la actualidad para la reproducción o el trastocamiento de los estereotipos y roles adscritos a las personas en función de su sexo.

Contribuciones de autoría

Todos los autores han trabajado de forma coordinada en la elaboración del diseño del trabajo, su ejecución y el posterior análisis de los datos mediante la elaboración de hipótesis y la triangulación de éstas. La versión definitiva del artículo cuenta con la aprobación de todos los autores.

Financiación

El presente trabajo de investigación es la continuación de un proyecto que fue subvencionado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en la convocatoria para la financiación de proyectos de investigación y planes de formación investigadora en ciencias de la salud (Resolución 27 de diciembre de 2006 de la Secretaría General de Calidad y Modernización, BOJA 8 de 11 de enero de 2007, Exp. PI-06/ 0249), y por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en la convocatoria de proyectos complementarios en metodología de la investigación en servicios de salud y equidad social y de género en salud (Resolución de 25 de julio de 2007 del Instituto de Salud Carlos III, BOE 223 de 17 de septiembre de 2007, Exp. MD07/00308).

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A las adolescentes que han participado en este estudio y al personal del Complejo Hospitalario de Jaén por su ayuda para hacer posible la realización de las entrevistas.

Bibliografía

1. World Health Organization (WHO). Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2006.
2. Mersky JP, Reynolds AJ. Predictors of early childbearing: evidence from the Chicago longitudinal study. *Children and Youth Services Review.* 2007;29:35-52.
3. Haldre K, Rahu K, Rahu M, et al. Individual and familial factors associated with teenage pregnancy: an interview study. *Eur J Public Health.* 2009;19:266-70.
4. Movimiento natural de la población. 2010. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e301/provi/10/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0>
5. Finer LB. Unintended pregnancy among U.S. adolescents: accounting for sexual activity. *J Adolesc Health.* 2010;47:312-4.
6. Montgomery KS. Planned adolescent pregnancy: what they wanted. *J Pediatr Health Care.* 2002;16:282-9.
7. Stevens-Simons C, Sheeder J. Paradoxical adolescent reproductive decisions. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004;17:29-33.
8. Cowley C, Farley T. Adolescents girls' attitudes toward pregnancy; the importance of asking what the boyfriends wants. *J Fam Pract.* 2001;50:603-7.
9. Kendall C, Afaible-Munsuz A, Speizar I, et al. Understanding pregnancy in a population of inner-city women in New Orleans - results of a qualitative research. *Soc Sci Med.* 2005;60:297-311.
10. Jaccard J, Dodge T, Dittus P. Do adolescents want to avoid pregnancy? Attitudes toward pregnancy as predictors of pregnancy. *J Adolesc Health.* 2003;33:79-83.
11. Vargas Trujillo E, Henaio J, González C. Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología.* 2007;10:49-63.
12. Spear H, Lock S. Qualitative research on adolescent pregnancy: a descriptive review and analysis. *J Pediatr Nurs.* 2003;18:397-408.
13. Cuesta C. Contexto del embarazo en la adolescencia. *Rev ROL Enferm.* 2001;24:24-30.
14. Dueñas Díez JL. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado. 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2005.
15. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. 2ª ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Entre los problemas a que se expone la juventud, uno de los que más interés y preocupación suscita es el embarazo, por las consecuencias y el impacto que supone sobre la situación física, emocional y económica de la joven, además de condicionar definitivamente su estilo de vida. En España, el número de embarazos en menores de 17 años ha ido en progresivo aumento desde el año 2000. Aunque diversos estudios han examinado los factores y las motivaciones de la juventud para entender su comportamiento contraceptivo, las actitudes hacia el embarazo son pobremente entendidas. Otros estudios han analizado las actitudes de las adolescentes hacia el embarazo y sugieren que el porcentaje de embarazos que son verdaderamente no intencionados puede ser más bajo de lo se cree, ya que hay conductas ambivalentes o actitudes positivas hacia el embarazo temprano.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La metodología cualitativa nos ha ofrecido la posibilidad de explorar los significados asignados a las experiencias personales por las jóvenes embarazadas. Se pone de manifiesto que, a pesar de los avances en materia de igualdad, las desigualdades de género aún desempeñan un papel decisivo en el menor control de las jóvenes en cuanto a la gestión de su sexualidad. Asimismo, la ausencia de información ajustada a sus necesidades y las creencias ambivalentes sobre la maternidad influyen en la deseabilidad del embarazo. Cualquier intervención sanitaria dirigida a la mejora de la salud sexual y reproductiva de la juventud debería comenzar por aumentar la autoestima y la capacidad de visualizar proyectos de vida orientados al logro personal, desmitificando los preceptos de género asociados a mujeres y hombres en el terreno de la sexualidad.

16. Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:473-82.
17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ganar salud con la juventud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Informe técnico N.º: 351-08-098-2. p. 28-30.
18. Cortés ME, Valencia SG, Vásquez ML. "Mi mente decía no... mi cuerpo decía sí...": embarazo en adolescentes escolarizadas. *Av Enferm.* 2009;27:57-70.
19. Sousa MCR, Gomes KRO. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. *Cad Saude Publica.* 2009;25:645-54.
20. Deptula DP, Henry DB, Shoeny ME, et al. Adolescent sexual behavior and attitudes: a costs and benefits approach. *J Adolesc Health.* 2006;38:35-43.
21. Lemay CA, Cashman SB, Elfenbein DS, et al. Adolescent mothers' attitudes toward contraceptive use before and after pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007;20:233-40.
22. Sipsma HL, Ickovics JR, Lewis JB, et al. Adolescent pregnancy desire and pregnancy incidence. *Women's Health Issues.* 2011;21:110-6.
23. Blanton H, Cooper J, Skurnik I, et al. When the bad thing happen to good feedback: exacerbating the need for self-justification with self-affirmations. *Pers Soc Psychol Bull.* 1997;23:684-92.
24. Wellings K, Nanchahal K, Macdowall W, et al. Sexual behaviors in Britain: early heterosexual experience. *Lancet.* 2001;358:1843-50.
25. Heavey EJ, Moysich KB, Hyland A, et al. Female adolescents' perceptions of male partners' pregnancy desire. *J Midwifery Womens Health.* 2008;53:338-44.
26. Dallas C. Family matters: how mothers of adolescent parents experiences adolescent pregnancy and parenting. *Public Health Nursing.* 2004;21:347-53.
27. Bissell M. Socio-economic outcomes of teen pregnancy and parenthood: a review of the literature. *Can J Hum Sex.* 2000;9:191-204.
28. Skinner SR, Smith J, Fenwick J, et al. Pregnancy and protection: perceptions, attitudes and experiences of Australian female adolescents. *Women Birth.* 2009;22:50-6.
29. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: MacGraw Hill Interamericana; 2006.
30. Chase E, Maxwell C, Knight A, et al. Pregnancy and parenthood among young people in and leaving care: what are the influencing factors, and what makes a difference in providing support? *J Adolesc.* 2006;29:437-51.
31. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, et al. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp de Salud Pública.* 2011;85:129-39.