

La maternidad en adolescentes de Nicaragua: una evaluación cuantitativa de factores asociados

Por Katherine C. Lion, Ndola Prata y Chris Stewart

Katherine C. Lion es médica residente, Departamento de Pediatría, Universidad de Washington, Seattle, WA, EEUU, Ndola Prata es profesora adjunta asociada, Programa Bixby en Población, Planificación Familiar y Salud Materna, Escuela de Salud Pública, Universidad de California, Berkeley, CA, EEUU, Chris Stewart es profesor clínico asistente, Departamento de Pediatría, Universidad de California, San Francisco, CA, EEUU.

CONTEXTO: Nicaragua tiene una de las tasas de fecundidad en adolescentes más altas en el mundo, pero se sabe poco acerca de las razones por las que aproximadamente la mitad de las mujeres nicaragüenses dan a luz antes de los 20 años de edad.

MÉTODOS: Se utilizó datos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud de 2001 para examinar las conductas sexuales y reproductivas de 3,142 mujeres en edades de 15–19 años. Se evaluó la edad de debut sexual y la edad al primer nacimiento usando análisis de tablas de vida; y los impactos de varios factores en estas medidas fueron examinados en modelos de riesgo proporcional de Cox. Se examinó el uso actual de anticonceptivos modernos en mujeres sexualmente activas, usando análisis de regresión logística.

RESULTADOS: En los modelos de Cox, la residencia rural, los niveles crecientes de educación y un mayor nivel de riqueza estuvieron asociados con una mayor edad en el debut sexual (razones de riesgo, 0.8, 0.5 y 0.9, respectivamente). Cuando estos factores fueron tomados en cuenta en análisis multivariado, la edad al primer nacimiento estuvo asociada positivamente con la edad a la primera relación sexual: el haber tenido la primera relación sexual antes de los 15 años estuvo asociada con un mayor riesgo de tener un primer nacimiento temprano (1.7–2.4), mientras que haber tenido la primera relación sexual a los 16 años o después, se asoció con un menor riesgo (0.2–0.7). Entre las mujeres sexualmente activas, el uso actual de un método moderno se asoció positivamente con el hecho de estar casadas o de vivir en una unión estable y con haber dado a luz (5.8 y 4.5, respectivamente); y, se asoció negativamente con la falta de autonomía en la atención a la salud y con el hecho de desear un bebé dentro de los próximos dos años (0.4 y 0.6, respectivamente).

CONCLUSIONES: Las intervenciones que mejoran la educación y las oportunidades económicas de las mujeres jóvenes podrían ayudarles a retrasar tanto el debut sexual como la maternidad; y también se necesita realizar esfuerzos para facilitar su acceso a los anticonceptivos, especialmente para las mujeres solteras.

Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva, número especial de 2010, pp. 16–21

Cada año, nacen 13 millones de bebés de madres adolescentes de entre 15 a 19 años de edad, lo que representa más del 10% de los nacimientos totales en el mundo.¹ Las consecuencias de la maternidad adolescente se definen muy bien en la literatura actual y comprenden mayores riesgos de complicaciones durante el embarazo y mortalidad materna, índices más altos de mortalidad infantil y desnutrición, una paridad total mayor y nacimientos no tan espaciados.^{2,3} Las madres adolescentes también se encuentran en un riesgo elevado de pobreza, movilidad social descendente y divorcio o separación.^{1,4}

Las tasas globales de fecundidad disminuyeron un 19% entre los años 1990 y 2000 en Latinoamérica, pero los índices de fecundidad adolescente no se redujeron en forma proporcional.^{1,5} En Nicaragua, el contraste entre las tasas es especialmente llamativo: entre 1990 y 2005, la tasa global de fecundidad del país descendió un 26%, de 5.1 a 3.8 nacidos vivos por mujer de 15 a 49 años;² pero, en el mismo período, la tasa de fecundidad en adolescentes bajó solamente un 11%, de 152 a 135 nacimientos por 1,000 mujeres de 15 a 19 años.¹ Además, la tasa de fecundidad adoles-

cente de Nicaragua es la más alta del mundo, exceptuando a África; y es más alta que la tasa de África subsahariana en su totalidad (127 nacimientos por cada 1,000).^{1,6} Aproximadamente la mitad de las mujeres jóvenes en Nicaragua dan a luz antes de los 20 años; y cerca de un cuarto de todos los nacimientos en el país son de madres adolescentes.⁷

ANTECEDENTES

Nicaragua tiene un clima social y político único que probablemente contribuye a su alta tasa de fecundidad en adolescentes. Es el segundo país más pobre del Hemisferio Occidental, con 48% de la población viviendo por debajo de la línea nacional de pobreza.^{8,9} La Iglesia Católica continúa ejerciendo una poderosa influencia en el país: el aborto es ilegal, sin excepciones aunque corra riesgo la vida de la madre; el sexo prematrimonial es ampliamente considerado como pecado; no existe educación sexual formal en las escuelas y las niñas embarazadas pueden ser expulsadas de las escuelas de manera sumaria.¹⁰ El plan de salud nacional desarrollado por el Ministerio de Salud de Nicaragua reconoce que el embarazo adolescente es un

problema importante, pero no plantea soluciones.³ Como resultado, los esfuerzos actuales por reducir el índice de embarazo adolescente tienden a ser pequeños en escala, financiados inconsistentemente y mal respaldados por el gobierno.

El entorno cultural que rodea al sexo y la edad reproductiva en Nicaragua está teñido de machismo e inestabilidad matrimonial. Tradicionalmente, los hombres nicaragüenses han buscado demostrar su virilidad teniendo muchos hijos, sin ninguna expectativa social de que ellos brindaran manutención ni a sus hijos ni a las madres de sus hijos.¹⁰ Asimismo, se ha evidenciado una tendencia de uniones informales en lugar del matrimonio, así como también una creciente tasa de disolución de uniones y divorcio, lo cual puede contribuir a la alta tasa de fecundidad adolescente, ya que las mujeres jóvenes intentan consolidar su unión teniendo un hijo.^{10,11}

Aún así, a pesar de la alta tasa de fecundidad adolescente, el uso de anticonceptivos entre adolescentes y adultos jóvenes en Nicaragua es bastante alto: una encuesta a gran escala reveló que el setenta por ciento de las mujeres sexualmente activas de 15 a 24 años informaron usar anticonceptivos.¹² Sin embargo, otros estudios descubrieron tasas mucho más bajas de uso de métodos anticonceptivos cuando se preguntó sobre encuentros individuales, lo que sugiere un uso inconsistente de anticonceptivos; y que las conductas de los adultos jóvenes (20 a 24 años) pueden también estar impidiendo ver con claridad las conductas de adolescentes de 15 a 19 años.¹³ En 2001, sólo el 3% de los nicaragüenses de 15 a 49 años informaron estar usando condones, lo cual es particularmente importante cuando se considera la salud de los adolescentes, ya que es menos probable que los adolescentes utilicen otros métodos anticonceptivos a largo plazo y es más probable que tengan relaciones sexuales poco frecuentes o no planeadas.¹⁴

Los factores identificados anteriormente asociados con la iniciación temprana de la maternidad incluyen un bajo logro educativo, la ausencia del padre biológico en el hogar durante la niñez y vivir en un área rural.^{4,11} Trabajos recientes en la capital de Nicaragua centrados en mujeres jóvenes, urbanas y pobres demostraron que ofrecerles bonos para la atención de la salud reproductiva aumentó su uso de anticonceptivos, lo que sugiere que el acceso puede ser un problema central para algunos grupos.¹⁵ También se ha sugerido la contribución de los matrimonios a temprana edad, la falta de educación sexual, el romanticismo, el machismo, los estándares dobles de género y la prohibición religiosa de los anticonceptivos a la alta tasa de fecundidad adolescente del país.^{10,16,17}

Este estudio examina las conductas sexuales y reproductivas de las adolescentes nicaragüenses y recomienda varios enfoques para diseñar intervenciones. Realizamos análisis de regresión para evaluar los impactos de varios factores socioeconómicos e individuales que influyen en la edad del debut sexual, la edad al primer nacimiento y el uso actual de anticonceptivos modernos.

MÉTODOS

Este estudio utiliza datos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2001. El muestreo se realizó con un diseño estratificado de dos etapas y se seleccionó un conjunto de familias al azar, a partir de unidades de muestras primarias, para producir una muestra con una probabilidad que fuera representativa a nivel nacional. Todas las mujeres dentro de cada familia fueron encuestadas de forma individual y el conjunto total de datos incluyó a 13,060 mujeres de 15 a 49 años. Utilizamos datos de 3,142 mujeres de 15 a 19 años que respondieron preguntas acerca de su actividad sexual. Cada entrevista duraba aproximadamente 45 minutos y todas las entrevistadoras nicaragüenses capacitadas utilizaron un cuestionario estándar estructurado.

Las entrevistas recolectaron información acerca de la edad de las encuestadas al momento de la entrevista, en el debut sexual y al primer nacimiento (pero no acerca de las circunstancias en torno a estos dos últimos puntos) y acerca de su lugar de residencia (urbano o rural), nivel educativo (ninguno, primario, secundario o superior), estado civil (soltera y sin pareja, con pareja y viviendo separadas, no casadas pero conviviendo y casadas) y el conocimiento de varios métodos anticonceptivos y del ciclo ovulatorio. También se les preguntó si alguna vez habían tenido relaciones sexuales, si habían tenido hijos y si alguna vez habían usado algún método anticonceptivo moderno. Su condición socioeconómica se basó en diferentes características de sus hogares y en la posesión de ciertos artículos del hogar,* y el índice de riqueza resultante se utilizó para separar la población en quintiles de riqueza. Por último, se les preguntó si querían tener hijos dentro de los dos próximos años y si creían que tendrían problemas para obtener permiso para ir al médico (un indicador de falta de autonomía en el cuidado de la salud).

Los datos se analizaron con Intercooled STATA 8.0, utilizando la ponderación apropiada asignada por la ENDESA. Calculamos la edad mediana del debut sexual y la edad en el primer nacimiento utilizando tablas de análisis del ciclo de vida. Estas medidas fueron examinadas posteriormente utilizando técnicas de análisis de supervivencia, a las que aplicamos los modelos de riesgo proporcional de Cox de forma separada con residencia, educación y quintiles de riqueza en un modelo bivariado, antes de incorporar todas estas variables en un modelo multivariado que produjo índices de riesgo ajustados. El modelo para la edad en el primer nacimiento también controlaba la edad del debut sexual.

Evaluamos el uso actual de anticonceptivos modernos (métodos hormonales y de barrera, esterilización y DIU) entre las 1,119 encuestadas sexualmente activas, utilizando un análisis de regresión logística dicotómica. Se utilizó

*El índice de riqueza incluye información sobre vivienda y servicios (ej., tipo de alojamiento, propiedad de terreno u hogar, materiales de construcción, número de dormitorios, tipo de combustible de cocina, fuentes de agua y luz, presencia de un inodoro o letrina) y artículos del hogar (ej., mosquitero, radio, televisión, refrigerador, lavadora, computadora, automóvil, motocicleta, bicicleta, barco, animal de carga).

CUADRO 1. Características selectas de mujeres de 15–19 años, por actividad sexual y maternidad, Nicaragua, 2001

Característica	Todas (N=3,142)	Sexualmente active (N=1,119)	Han dado birth (N=667)
MEDIAS/MEDIANAS			
Edad (media)	16.9	17.6	17.8
Edad del debut sexual (mediana)	18.9	15.7	15.5
Edad en el primer nacimiento	19.6	17.4	16.8
PORCENTAJES			
Lugar de Residencia			
Urbano	62	55	53
Rural	38	45	47
Educación			
Ninguna	6	11	12
Primaria	40	51	53
Secundaria	51	37	35
Superior	3	1	<1
Estado civil			
Soltera, sin pareja	70	1	9
Con pareja, viviendo separados	8	23	21
Soltera, conviviendo en unión	17	49	53
Casada	5	15	17
Conocimiento de			
Métodos anticonceptivos	96	98	98
Ciclo ovulatorio	11	12	12
Ha tenido relaciones sexuales	35	100	100
Ha dado a luz	25	71	100
Ha usado un método moderno†			
Ha usado alguna vez	na	68	70
Uso actual	na	40	44

†Incluye los métodos hormonales y de barrera, así como la esterilización y el DIU. Nota: na=no es aplicable.

un análisis bivariado para determinar cuál de las siguientes variables debería incorporarse al modelo multivariado: edad actual, residencia, quintil de riqueza, estado civil, conocimiento del ciclo ovulatorio, años desde el debut sexual, si es un problema obtener permiso para ver a un médico, el deseo de tener un hijo dentro de los próximos dos años y si la mujer ya tuvo hijos. A pesar de que la pregunta acerca de obtener permiso para buscar atención médica no distinguió entre las razones por las cuales una encuestada podría necesitar dicha atención (por ejemplo, anticoncepción vs. neumonía), sí refleja el grado de poder de decisión que siente una mujer respecto de su salud en general, pero puede sobrestimar su poder respecto de las necesidades de atención a la salud sexual y reproductiva.

Los consejos de revisión institucional de la Universidad de California, Berkeley, de la Universidad de California, San Francisco y de la Universidad Autónoma Nacional de Nicaragua en León, aprobaron el presente estudio.

RESULTADOS

Características de la muestra

La edad media de todas las encuestadas fue 16.9 años y el 62% vivía en áreas urbanas, 40% tenía algo de educación primaria y el 51% había cursado al menos un año de educación secundaria (Cuadro 1). El 22% de las encuestadas vivía con una pareja o esposo (17% y 5%, respectivamente) y el 96% conocía métodos anticonceptivos; sin embargo, sólo el 11% conocía el ciclo ovulatorio. El 35% de las encuestadas había tenido una relación sexual y el 25% había sido madre. La edad media de la primera relación sexual fue a los 18.9 años, mientras que la edad mediana al primer nacimiento fue a los 19.6 años.

En comparación con la muestra completa, las encuestadas que habían tenido relaciones sexuales tenían menos posibilidades de vivir en áreas urbanas (55%) o de haber asistido a la escuela secundaria (37%); en contraste, una proporción mayor de mujeres sexualmente activas (64%) vivía con su pareja o marido (49% y 15%, respectivamente) y el 71% ya había sido madre. Entretanto, dos tercios de las mujeres sexualmente activas habían usado un método anticonceptivo moderno y 4 de cada 10 informó estarlos utilizando. Entre las 343 encuestadas sexualmente activas que no querían quedar embarazadas dentro de los próximos dos años pero que dijeron no utilizar un método moderno, las razones mayormente citadas fueron que no estaban casadas ni viviendo en unión consensual (44%) o que no tenían relaciones sexuales con frecuencia (38%), seguido de oposición ya fuera personal o por parte de la pareja (8%), miedo a efectos secundarios (6%), porque el lugar para obtenerlos estaba demasiado lejos (2%) y porque no sabía dónde obtenerlos (1%, no se muestra).

Resultados bivariados y multivariados

La edad del debut sexual se asoció con el lugar de residencia, el nivel de educación y el quintil de riqueza tanto en los modelos bivariados como en los multivariados (Cuadro 2). En el análisis bivariado, las encuestadas que vivían en áreas rurales tuvieron un mayor riesgo que las

CUADRO 2. Razones de riesgo bivariadas y multivariadas (e intervalos de confianza del 95%) de modelos de riesgo proporcional de Cox, que identifican asociaciones entre una edad temprana del debut sexual y algunas características selectas

Característica	Razón de riesgo bivariada	Razón de riesgo multivariada
Residencia		
Urbano (ref)	1.00	1.00
Rural	1.53*** (1.36–1.73)	0.76** (0.65–0.89)
Educación		
NNinguna (ref)	1.00	1.00
Primaria	0.70*** (0.59–0.84)	0.75** (0.62–0.90)
Secundaria	0.27*** (0.22–0.33)	0.32*** (0.25–0.39)
Superior	0.13*** (0.07–0.23)	0.16*** (0.08–0.30)
Índice de riqueza		
Quintil más bajo (ref)	1.00	1.00
Cada quintil adicional	0.75*** (0.72–0.79)	0.86*** (0.81–0.92)

p<.01. *p<.001. Notas: N=3,142. ref=categoría de referencia.

CUADRO 3. Razones de riesgo multivariadas (e intervalos de confianza del 95%) de modelos de riesgo proporcional de Cox, que identifican asociaciones entre una edad temprana en el primer nacimiento y la edad del debut sexual

Característica	Razón de riesgo multivariado
Edad del debut sexual	
10-12	1.66* (1.11-2.46)
13	2.43*** (1.88-3.14)
14	1.90*** (1.54-2.33)
15 (ref)	1.00
16	0.71*** (0.58-0.87)
17	0.41*** (0.31-0.52)
18	0.26*** (0.18-0.38)
19	0.17*** (0.06-0.46)

*p<.05. ***p<.001. Notes: N=3,142. ref=reference category.

habitantes urbanas de experimentar un debut sexual temprano (razón de riesgo: 1.5). La dirección de la asociación se invirtió en el modelo multivariado, en el cual las encuestadas rurales tuvieron un riesgo más bajo de un debut sexual temprano (0.8). Comparadas con las encuestadas que informaron no tener escolaridad alguna, aquellas que tenían niveles educativos más altos tuvieron menores riesgos de un debut sexual temprano en ambos modelos: en el análisis multivariado, el riesgo disminuyó de 0.8 para las encuestadas con alguna educación primaria; a 0.3 para aquellas con alguna educación secundaria; y a 0.2 para aquellas con educación superior, con un índice total de riesgo de 0.5 a través de todos los grupos. De modo similar, en ambos modelos, el riesgo de un debut sexual temprano se relacionó de manera negativa con el nivel de riqueza. En el análisis multivariado, el riesgo disminuyó con cada quintil por encima del más bajo (0.9).

CUADRO 4. Entre mujeres sexualmente activas, razones de probabilidades bivariadas y multivariadas (e intervalos de confianza del 95%) del análisis de regresión logística, que identifican asociaciones entre el uso actual de métodos de anticoncepción moderna y algunas características selectas

Característica	Razón de probabilidades bivariada	Razón de probabilidades multivariada
Estado civil		
Soltera, sin pareja (ref)	1.00	1.00
Con pareja/en unión/masada	5.13*** (2.87-9.17)	5.78*** (3.10-10.77)
Ha dado a luz		
No (ref)	1.00	1.00
Sí	4.33*** (3.17-5.91)	4.50*** (3.06-6.62)
Carece de autonomía para atender su salud		
No (ref)	1.00	1.00
Yes	0.52** (0.33-0.82)	0.41** (0.25-0.69)
Desea un bebé en un plazo de dos años		
No (ref)	1.00	1.00
Sí	0.46*** (0.30-0.71)	0.56* (0.34-0.93)

*p<.05. **p<.01. ***p<.001. Notes: Los anticonceptivos modernos incluyen métodos hormonales y de barrera, así como la esterilización y el DIU. N=1,119. ref= categoría de referencia.

Las encuestadas rurales tuvieron mayores riesgos de tener un primer hijo antes que las encuestadas urbanas (razón de riesgo: 1.6) en el análisis bivariado (no se muestra). La edad al primer nacimiento se relacionó de manera negativa con el nivel educativo; el riesgo de un primer hijo a una edad temprana disminuyó de 0.7 para las encuestadas con educación primaria; a 0.3 para aquellas con educación secundaria; y 0.1 para aquellas con educación superior, comparado con aquellas sin algún tipo de escolaridad. La asociación entre la edad al primer nacimiento y el quintil de riqueza fue negativa (0.7), pero la asociación con la edad del debut sexual resultó positiva.

En el modelo multivariado, sólo la edad del debut sexual se mantuvo significativamente asociada con la edad al primer nacimiento, con razones de riesgo esencialmente sin cambios después de un ajuste para los otros factores. Cuando se compara con la edad del debut sexual a los 15 años (la edad más común de debut sexual entre las encuestadas sexualmente activas), el debut más temprano se asoció con un mayor riesgo de tener un primer nacimiento a edad temprana (1.7-2.4), mientras que un debut sexual posterior se asoció con un menor riesgo (0.2-0.7; Cuadro 3).

El análisis de regresión logística arrojó varias asociaciones con el uso actual de un método anticonceptivo moderno. Entre las mujeres sexualmente activas, una mayor edad (razón de probabilidades, 1.2), los años desde la primera relación sexual (1.1) y el conocimiento del ciclo ovulatorio (1.6) se asociaron de forma individual con un mayor uso de anticonceptivos, pero estas medidas perdieron importancia después de hacer ajustes para otros factores (no se muestran). En el modelo multivariado, las mujeres casadas o con una unión estable tuvieron más posibilidades que las mujeres solteras sin pareja de utilizar un método moderno (5.8), y aquellas que ya habían tenido hijos tenían más posibilidades de utilizar métodos anticonceptivos que aquellas que aún no habían sido madres (4.5; Cuadro 4). En contraste, las mujeres que no tenían autonomía en el cuidado de la salud y aquellas que querían tener un hijo en los próximos dos años, tuvieron menores posibilidades de utilizar métodos anticonceptivos (0.4 y 0.6, respectivamente).

DISCUSIÓN

Nuestros hallazgos sugieren que la edad del debut sexual fue el factor más importante en la iniciación temprana de maternidad entre las adolescentes nicaragüenses y la falta de autonomía en el cuidado de la salud fue un factor importante para que ellas no utilizaran métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, reconocemos que estos datos tienen limitaciones, principalmente debido al estigma social asociado con la actividad sexual en Nicaragua. A pesar de que la edad mediana informada por esta población respecto de la primera relación sexual no era tan temprana, es notable que esta edad fuera sólo nueve meses menor que la edad mediana al primer nacimiento. Mientras que este resultado puede apuntar hacia un período corto de latencia entre el inicio de la actividad sexual y el

primer embarazo; esto se puede atribuir, al menos en parte, a un subregistro de la actividad sexual entre aquellas mujeres que todavía no habían sido madres. De modo similar, es probable que el subregistro juegue un papel importante en el hecho de que cerca de tres cuartas partes de las mujeres que reconocen su actividad sexual, ya hayan sido madres.

La naturaleza transversal de estos datos es otro factor limitante importante del estudio. Por ejemplo, debido a que no se recolectó información acerca de las circunstancias de las adolescentes en torno al momento del debut sexual o el primer nacimiento, nos vimos limitados a analizar las asociaciones con variables que tienden a mantener su consistencia a través del tiempo. A pesar de los factores evaluados, no sabemos de qué manera la residencia actual se correlaciona con el lugar donde crecieron las adolescentes o donde estaban viviendo cuando ocurrió el evento de interés. Estas limitaciones relacionadas con el subregistro y con el carácter transversal de los datos son potencialmente importantes y queremos ser explícitos al considerarlas en nuestra interpretación de los resultados.

Nuestros resultados respecto de la edad del debut sexual confirman ampliamente los resultados de otros estudios, con la excepción notable de la asociación entre vivir en un área rural y la mayor edad al momento del debut sexual. Mientras que las edades más tempranas en el debut sexual, que típicamente se aprecian en las áreas rurales, en general se han considerado asociadas a diferencias en las normas y en los valores culturales, nuestro análisis sugiere que se relacionan con diferencias en el nivel educativo y la condición económica.¹⁷ Algunas investigaciones realizadas en Kenia han documentado un debut sexual más temprano entre las personas pobres urbanas que entre sus homólogas rurales;¹⁸ y nuestros resultados sugieren que un fenómeno similar podría estar ocurriendo en Nicaragua, aunque esto no puede verse claramente en los datos crudos por las disparidades económicas y educativas. Sin duda, en esta relación entran en juego las normas culturales; pero el rol del colapso de las normas tradicionales y los vínculos sociales en las áreas urbanas en lo que respecta a promover la actividad sexual y maternidad tempranas, puede ser una influencia más fuerte que la preservación de las normas tradicionales que influyen en el rol de las mujeres en las áreas rurales. Este acontecimiento social puede volverse cada vez más importante mientras continúe la migración desde las áreas rurales a las urbanas.¹⁹

La edad del debut sexual también presentó una fuerte asociación con la edad del primer nacimiento; en el análisis multivariado, una vez que se controló la edad del debut sexual, ninguno de los factores que se esperaba influyen en que las adolescentes sexualmente activas queden embarazadas, fue significativo. Se debe volver a considerar el problema de subregistro: nuestro análisis de la edad del debut sexual puede de hecho haber incluido, en su mayoría, a mujeres que ya habían iniciado la maternidad; y, quizás, falte incluir en el análisis aquellas mujeres sexualmente activas, pero que usan métodos anticonceptivos

satisfactoriamente. En tal caso, los factores de lugar de residencia, educación e ingresos pudieron haber influido en la maternidad, lo que excedió su influencia en el debut sexual; pero nuestros modelos no pudieron diferenciar entre los dos resultados debido al subregistro.

Nuestros resultados respecto al uso de anticonceptivos refuerzan la idea de que el acceso juega un rol importante para determinar su uso, aunque no sea en las formas en que típicamente se plantea. Casi todos los factores que encontramos relacionados con el uso de anticonceptivos pueden ser interpretados como un indicador de acceso social. Por ejemplo, a la mayoría de las mujeres solteras o que no han tenido hijos se les dificulta el acceso a los anticonceptivos, a pesar de estar disponibles de manera amplia y económica. Esto se debe al estigma asociado a las relaciones sexuales prematrimoniales y a la falta de servicios confidenciales en farmacias y clínicas. Las mujeres jóvenes que no tienen poder de decisión respecto de sus necesidades para el cuidado de la salud, están inhibidas de modo similar para obtener anticonceptivos por motivos de jerarquía social y autonomía personal. A pesar de que el acceso físico limitado, la falta de educación y los altos costos generalmente se mencionan como las causas del bajo índice de uso de anticonceptivos,¹² en nuestro estudio nicaragüense, la residencia, la educación y la condición económica no se relacionaron con el uso de anticonceptivos una vez que se controlaron los aspectos sociales de acceso. Estos resultados resaltan la importancia de que el cuidado de la salud reproductiva sea confidencial, acompañado del empoderamiento y educación de todas las adolescentes, para mejorar la autonomía en el cuidado de la salud de las mujeres jóvenes.

CONCLUSIONES

Estos resultados tienen implicancias en el diseño y direccionamiento de las intervenciones. Mejorar la educación de las adolescentes y las oportunidades económicas siguen siendo estrategias razonables y poderosas para elevar la edad del debut sexual. Desafortunadamente, estos enfoques requieren grandes inversiones de tiempo y esfuerzo antes de poder ver los resultados esperados. Abordar el colapso de los valores tradicionales y de las conexiones sociales en los entornos urbanos constituye otro enfoque potencial, pero aún no está claro cómo lograr esto. El uso de anticonceptivos parece ser, en gran medida, una función del acceso social en esta población nicaragüense; y una mejor comprensión acerca de cómo se determina dicho acceso dentro de los diferentes contextos sociales reforzará el diseño e implementación de intervenciones más efectivas.

REFERENCIAS

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Fertility and Contraceptive Use*, Nueva York: UNICEF, 2006.
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Background on Nicaragua*, Nueva York: UNFPA, 2005.
3. Ministerio de Salud Nicaragua, *Plan Nacional de Salud 2004-2015*, Managua, Nicaragua: Ministerio de Salud Nicaragua, 2004.

4. Zelaya E et al., Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua, *Journal of Adolescent Health*, 1997, 21(1):39–46.
5. Gupta N y da Costa Leite I, Adolescent fertility behavior: trends and determinants in northeastern Brazil, *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(3):125–130.
6. UNFPA, *Country Profiles for Population and Reproductive Health: Policy Development and Indicators*, Nueva York: UNFPA, 2003.
7. Blandón L et al., Early childbearing in Nicaragua: a continuing challenge, *In Brief*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2006, No. 3.
8. Banco Mundial, Nicaragua country data profile, 2007, <<http://go.worldbank.org/AYRB9G1URO>>, consultado el 28 de mayo de 2009.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development*, Ginebra: OMS, 2004.
10. Berglund S et al., The background of adolescent pregnancies in Nicaragua: a qualitative approach, *Social Science & Medicine*, 1997, 44(1):1–12.
11. Westoff CF, *Trends in Marriage and Early Childbearing in Developing Countries*, DHS Comparative Reports, Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2003, No. 5.
12. Zelaya E et al., Contraceptive patterns among women and men in León, Nicaragua, *Contraception*, 1996, 54(6):359–365.
13. Ali MM y Cleland J, Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15–24 in eight Latin American countries: a comparative analysis, *Social Science & Medicine*, 2005, 60(6):1175–1185.
14. OMS, Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y UNICEF, *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS: Nicaragua, 2008 Update*, Ginebra: Grupo de trabajo OMS/ONUSIDA sobre la vigilancia mundial del VIH/SIDA y las ITS, 2008.
15. Meuwissen L, Gorter AC y Knottnerus AJA, Impact of accessible sexual and reproductive health care on poor and underserved adolescents in Managua, Nicaragua: a quasi-experimental intervention study, *Journal of Adolescent Health*, 2006, 38(1):56.e1–56.e9.
16. Rani M, Figueroa ME y Ainsle R, The psychosocial context of young adult sexual behavior in Nicaragua: looking through the gender lens, *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29(4):174–181.
17. Remez L et al., *Ensuring a Healthier Tomorrow in Central America: Protecting the Sexual and Reproductive Health of Today's Youth*, Nueva York: Guttmacher Institute, 2008.
18. Doodoo F, Zulu E y Ezeh A, Urban-rural differences in the socio-economic deprivation–sexual behavior link in Kenya, *Social Science & Medicine*, 2007, 64(5):1019–1031.
19. Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Nicaragua Country Report*, Washington, DC: OPS, 2006.

Contacto con la autora: casey.lion@gmail.com