

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA DE LOS ESTUDIANTES DEL INSTITUTO NACIONAL
LA DALIA, MATAGALPA, FEBRERO 2004"**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y
CIRUGÍA**

AUTORES:

- ISAAC RAMÓN MAIRENA MONTENEGRO
- RAHNER STEFAN MANTILLA ARCE
- LAURA LIBERTAD MARADIAGA DELGADO

**TUTOR: DR. JAIRO GARCÍA SÁNCHEZ
GINECOOBSTETRA
HEODRA-LEÓN**

**ASESOR: DR. JUAN CENTENO CHAVARRÍA
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA**

LEÓN, MARZO DE 2004

RESUMEN

Con el objetivo de determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes se realizó un estudio descriptivo de corte transversal basado en una encuesta a 216 estudiantes del Instituto Nacional La Dalia del municipio El Tuma-La Dalia en el departamento de Matagalpa en el período Febrero de 2004. Se utilizó un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas.

El conocimiento del ciclo fértil del hombre y de la mujer resultó ser pobre en general. Los métodos de control de la natalidad son conocidos por un alto porcentaje. Los métodos anticonceptivos más conocidos resultaron ser los anticonceptivos orales, los inyectables, el preservativo, la esterilización quirúrgica y el dispositivo intrauterino. Los más usados el preservativo y los anticonceptivos orales. Sólo el 11.1% de los jóvenes es capaz de reconocer una Infección de Transmisión Sexual. Entre ellas se mencionan conocer el SIDA, la Gonorrea, la Sífilis, el Chancro y el Herpes genital. Un porcentaje aceptable sabe cómo se transmite el VIH-SIDA. Las principales fuentes de información identificadas fueron el centro de estudios, los libros y revistas, la familia y el grupo de amigos, en ese orden. Apenas un 11.1% ha iniciado vida sexual activa de los cuales tan sólo la tercera parte usa algún método anticonceptivo. En relación al aborto, la mayoría manifestó no estar dispuesta a llevarlo a cabo bajo ninguna circunstancia.

Recomendamos implementar programas y campañas orientadas a concientizar a este vulnerable grupo sobre las consecuencias de comportamientos no responsables en lo que a salud sexual y reproductiva se refiere.

*INTRODUCCIÓN,
ANTECEDENTES,
JUSTIFICACIÓN.*



*“Para ganar aquello que es difícil de obtener,
puede ser necesario perder todo lo demás.”
Bernadette Devlin McAliskey*

INTRODUCCIÓN

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), llevada a cabo en El Cairo a finales de 1994, reafirma que la salud reproductiva es un eje fundamental que contribuye de manera general, al buen estado de salud de las personas. Al respecto la CIPD define a la salud sexual y reproductiva de la siguiente manera:

" Es un estado general de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación familiar de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual ".1

El inicio de una actividad sexual sin una orientación sexual adecuada y un conocimiento pleno de sus implicaciones, expone al adolescente a una serie de riesgos asociados con su función sexual y capacidad reproductiva, tales como experiencias sexuales traumáticas, enfermedades de transmisión sexual y embarazos con sus consecuencias.²

Otra realidad es que los gobiernos y las instituciones incluidas las religiosas no logran disuadir eficazmente a los adolescentes de iniciar sus actividades sexuales.³

ANTECEDENTES

La *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud* reveló que una cuarta parte de los adolescentes y jóvenes entre los 15 y 19 años ya han iniciado su vida sexual. De estos jóvenes el 22% ya tienen hijos y el 5% estaban embarazadas.⁴

El VIH-SIDA y las enfermedades de transmisión sexual son algunos de los riesgos de iniciar la vida sexual a temprana edad. Para finales del año 2000 el Ministerio de Salud tenía en sus registros 6 casos de SIDA y 18 seropositivos en adolescentes entre los 15 y 19 años.⁵

Según datos estadísticos del *Ministerio de Salud de Nicaragua*:

- Para finales del año 2000 había más de un millón doscientos mil adolescentes de entre 10 y 19 años. De este grupo, son cada vez más las adolescentes que empiezan a ser madres a temprana edad.
- Actualmente, Nicaragua cuenta con la tasa de fecundidad más alta de América Latina.
- Se registran 152 nacimientos por cada mil mujeres de entre 15 y 19 años. La mayor frecuencia de embarazos adolescentes se da en condiciones educativas y socioeconómicas muy bajas.
- Tres de cada 10 nacimientos son de madres adolescentes y casi el 50% de estos nacimientos ocurren fuera de las unidades de salud.
- En relación a la mortalidad materna, ésta constituye la principal causa de muerte en adolescentes de 10 a 19 años.

"La fecundidad de Nicaragua es la más joven de Centroamérica. Mientras que las adolescentes (15 a 19 años) de nuestro país estaban teniendo 158 nacimientos por mil mujeres alrededor de 1990, el mismo grupo de edad en Costa Rica tenía sólo 93".⁶

"En los países menos adelantados, las jóvenes entre 15 y 19 años que ya están casadas, sólo un 17 por ciento utiliza anticonceptivos por lo que cada año unos 14 millones de adolescentes tanto casadas como solteras dan a luz" señala el documento.

JUSTIFICACIÓN

En todo el mundo, los hombres y las mujeres jóvenes se ven afectados por un porcentaje desproporcionado de embarazos no planificados, infecciones de transmisión de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH, y otros problemas graves de la salud de la reproducción.⁷

Los datos encontrados evidencian que las adolescentes están viviendo una difícil situación, la cual se agrava aún más por la falta de espacio e información sobre salud sexual y reproductiva. La falta de información conlleva a embarazos, partos, enfermedades de transmisión sexual que repercuten en la salud y desarrollo de ellos y ellas. Es importante reflexionar y actuar para contribuir de la mejor manera posible a la inserción socio-educativa y económica de estos grupos, cuyas oportunidades están siendo desplazadas.

Nuestra investigación pretende identificar aquellos comportamientos o factores que al estar presentes en el entorno involucran a los jóvenes de nuestro país en situaciones riesgosas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, mediante la evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas que éstos tiene respecto del tema. Así como determinar las dificultades que al impedir el acceso a información, atención y apoyo profesional o adecuado conlleven a una serie de consecuencias que incidan negativamente y que de ser abordados otorguen a los padres de las futuras generaciones todas las oportunidades para desarrollar al máximo su potencial como individuos saludables mediante la apropiada satisfacción de sus necesidades.

De la misma manera se intenta utilizar los datos y resultados de la investigación para motivar y sensibilizar a los miembros del equipo de salud en el ámbito preventivo y curativo y demás autoridades concernientes a invertir recursos y establecer dentro de sus actividades, políticas de promoción y atención adecuadas y de mayor alcance para la salud sexual y reproductiva que permitan de la manera más apropiada la expansión de oportunidades de este tan importante y vulnerable grupo.

OBJETIVOS



*“Las grandes mentes tienen propósitos;
las otras, sólo deseos.”
Washington Irving*

OBJETIVO GENERAL:

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en estudiantes del Instituto Nacional La Dalia en el departamento de Matagalpa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar las principales fuentes de información de la población de estudio sobre salud sexual y reproductiva.
2. Determinar el rol de los padres y los maestros en el conocimiento que tienen los jóvenes respecto del tema.
3. Determinar los métodos anticonceptivos más conocidos y usados por esta población.
4. Precisar el conocimiento y las prácticas de los encuestados sobre ITS y SIDA.
5. Determinar la actitud de los adolescentes frente al aborto, el embarazo, las relaciones sexuales y el matrimonio.
6. Identificar factores que incidan negativamente en el conocimiento y las prácticas de los jóvenes sobre salud sexual.

MARCO TEÓRICO



*“Obtener beneficios sin riesgos, experiencia sin peligros
y recompensa sin trabajo es tan imposible como
vivir sin haber nacido.”*

A.P. Gouthey

LA ADOLESCENCIA: INICIO DE LA ETAPA FÉRTIL

La adolescencia se ha definido como una etapa del ciclo vital de las personas, con límites cronológicos arbitrarios -por ejemplo entre los 10 y 19 años- con el fin de planificar y comparar bioestadísticamente. Sin embargo, esta etapa está marcada por los contextos culturales en los que se realiza la "transición" entre la infancia y la edad adulta. Este transitar puede ser más o menos largo y difícil. El prototipo de adolescencia se refiere más a las áreas urbanas y al sistema educativo "occidental"; y, es allí, donde debe priorizarse la preparación para que adolescentes y jóvenes se armen de habilidades y competencias suficientes para integrarse laboral y socialmente a su entorno.

A pesar de lo dicho, podemos intentar una caracterización de los adolescentes, diciendo que son personas que luchan por su crecimiento personal enfrentando prejuicios, estereotipos, ambivalencias internas y que se encuentran en una búsqueda activa de logros y reconocimiento social. El adolescente, tiene que cumplir tareas de desarrollo como: consolidación de una identidad personal, sentido de pertenencia, logro de independencia y definición de una vocación y/o ocupación.

En resumen, es un sujeto histórico y social con un proyecto de vida por realizar, con responsabilidad ética y social.

El período de la adolescencia es una época de rápidos cambios y difíciles empresas. El desarrollo físico es sólo una parte de este proceso, porque los adolescentes afrontan una gama de requerimientos psicosociales: independencia de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales, adquisición de una responsabilidad social e individual básica por nombrar algunas.

A la vez que el adolescente se encara con tan compleja sucesión de eventos concernientes a su evolución como ser humano, debe dirimir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo cómo participar en las diversas clases de actividad sexual y descubriendo la manera de identificar el amor. Un aspecto frecuente de la

sexualidad en el adolescente lo representan los sueños y las fantasías sexuales. Las decisiones que toma el adolescente en la esfera sexual (llevados muchas veces por un impulso hormonal y por la experiencia el ensayo y error) son un reflejo de la disposición psicológica del sujeto, de sus valores personales, razonamiento moral, temor a las consecuencias negativas y participación en aventuras.

En su ansia por liberarse de la supervisión de los padres y de los adultos, algunos adolescentes ven en el sexo un medio de escape y de probar su paso a la adultez, con resultados no siempre positivos. Muchos padres desearían informar debidamente a sus hijos sobre el desarrollo sexual, pero no saben cómo hacerlo, sus propios prejuicios les impiden explicar a sus hijos los fenómenos de la fecundación, el nacimiento y del desarrollo humano.

Algunos, incluso, piensan que existe una determinada edad para darles este tipo de información (en la adolescencia) y no toman en cuenta que la sexualidad forma parte del desarrollo evolutivo de cada individuo.

Las manifestaciones de la sexualidad y los signos de madurez sexual, menstruación, cambios de carácter, acercamiento a los jóvenes del sexo opuesto, masturbación producen en los padres una gran angustia, pues no saben cómo manejarlos.

De la conducta que los padres adopten en el desarrollo sexual de las primeras etapas de la infancia dependen la confianza que sus hijos depositen en ellos y en su propia sexualidad. El niño quiere saber y exige la verdad a sus preguntas. A los padres corresponde en esta etapa propiciar un desarrollo sano y armonioso de la personalidad, no es posible ignorar el sexo en esta formación. La educación sexual es un aspecto más de la educación y debe darse con naturalidad, sin perturbar el clima de confianza y comprensión que debe existir entre padres e hijos.

LOS CAMBIOS EN EL ADOLESCENTE

La OMS define la adolescencia como un período entre los 10 a 19 años de edad, caracterizado por una serie de cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos a los cuales los jóvenes deben ajustarse dentro de un ambiente sociocultural cambiante.

Desde el punto de vista biológico, la adolescencia se caracteriza por el rápido crecimiento, cambios en la posición corporal, el desarrollo de los sistemas respiratorio y circulatorio, el desarrollo de las gónadas, órganos reproductivos y de caracteres sexuales secundarios, así como el logro de su plena madurez física.

Entre los 10 y 20 años, los niños sufren rápidos cambios en el tamaño, la forma y la fisiología corporales, así como en el funcionamiento psicológico y social. Son las hormonas las que fijan la agenda del desarrollo conjuntamente con las estructuras sociales destinadas a abrigar la transición desde la infancia a la edad adulta.

Las líneas de desarrollo tienen lugar dentro de los tres períodos de la adolescencia. La variación individual es enorme. El sexo y la subcultura afectan el curso del desarrollo al igual que algunos problemas físicos y sociales como la parálisis cerebral o el alcoholismo de los padres.

En el último siglo surge una tendencia a una adolescencia más temprana, con una mayor aceleración en el crecimiento. En casi todos los países se ha acrecentado el tamaño corporal, llegando a la madurez en un período más corto de tiempo. Este fenómeno recibe el nombre de *tendencia secular*.

La explicación exacta de este fenómeno resulta difícil por la diversidad de factores que inciden en el crecimiento físico. Los estudios otorgan mayor peso a los factores ambientales y al mejoramiento de las condiciones nutricionales de los individuos que a diferencias genéticas.

ASPECTOS PRINCIPALES DE LA ADOLESCENCIA TEMPRANA, INTERMEDIA Y TARDÍA

Variable	Adolescencia Temprana	Adolescencia Intermedia	Adolescencia Tardía
Edad	10 a 13 años	14 a 16 años	17 a 19 años
Somática	caracteres sexuales secundarios, comienzo del crecimiento veloz, aspecto desgarrado	máximos de crecimiento en altura, cambios en la forma y composición corporales, acné y "olor", menarquia y espermarquia	crecimiento más lento
Sexual	El interés sexual normalmente sobrepasa la actividad sexual	aparece el impulso sexual, experimentación, cuestiones de orientación sexual	consolidación de la identidad sexual
Cognitivo y Moral	operaciones concretas, moralidad convencional	aparición del pensamiento abstracto, mayor grado de cuestionamiento, egocentrismo	idealismo, absolutismo
Autoconcepto	preocupación por el cambio corporal	preocupación por el atractivo, aumento de la introspección	imagen corporal relativamente estable
Familia	intentos de aumentar la independencia, ambivalencia		independencia práctica; la familia sigue siendo una base segura
Grupos	grupos del mismo sexo, conformidad, grupillos	parejas, los grupos de compañeros pierden importancia	intimidad, posibilidad de compromiso
Relación con la sociedad	adaptación a la enseñanza de bachillerato	evaluación de las aptitudes y las oportunidades	decisiones sobre el futuro profesional (p.ej., dejar los estudios, universidad, trabajo)

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Selección del Método

Existen principios que son básicos en el campo de la anticoncepción en general pero lo son más aún en relación con la anticoncepción en la adolescencia:

- el uso de un método por un miembro de la pareja no invalida el uso simultáneo de otro método por el otro miembro.
- el uso de un método no invalida el uso de otro método simultáneamente por uno o ambos miembros de la pareja, sobre todo cuando se trata de todos los métodos naturales combinados con los de barrera mecánicos y químicos; o de éstos dos con los hormonales y dispositivos uterinos.
- en la adolescencia se deberá recomendar el uso de métodos de barrera en todas las relaciones coitales sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas.

Alternativas de Uso

Anticonceptivos hormonales

Se recomienda especial precaución en indicarlos en los adolescentes muy jóvenes y es preferible optar por otros métodos hasta que se haya logrado la presencia de ciclos menstruales regulares. Sin embargo, atendiendo a la relación riesgo-beneficio de un embarazo inoportuno, para aquellas adolescentes sexualmente activas se puede indicar uno de los anticonceptivos orales combinados.

Los efectos de los anticonceptivos orales sobre la supresión del mecanismo hipotalámico siguen siendo inciertos y requieren mayor investigación. De usarse, se recomiendan píldoras de "dosis baja". La anticoncepción hormonal postcoital debe usarse sólo como procedimiento de emergencia.

Dispositivos intrauterinos

Se debe ser muy cauto al ofrecer un DIU a una adolescente que nunca ha tenido un hijo, ya que con seguridad tendrá más de un compañero sexual. Por tanto, estará en mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y la enfermedad inflamatoria pélvica; por ende, mayor riesgo de una infertilidad posterior.

A pesar de estas consideraciones, el DIU puede ser una alternativa para adolescentes con riesgo de embarazo, pudiendo estar indicada su inserción en el período postparto o postaborto.

Condón y espermicida

El condón, si se usa correctamente, es uno de los métodos anticonceptivos más adecuados. No requiere receta médica, protege contra las ITS y del SIDA; no tiene efectos secundarios, pero se necesita motivación y conocimiento adecuado por parte del varón.

Un inconveniente es que, dado que las relaciones sexuales no son en general planificadas, muchas veces el condón no está a su disposición.

El espermicida combinado con el condón es muy eficaz, protege contra algunas ITS (SIDA) y no necesita receta médica.

Coito interrumpido o retiro

En la adolescencia, como el control sexual es bajo, no es recomendable por el alto riesgo de fracaso e interfiere con el placer sexual. Sin embargo, a veces es el único método disponible para el adolescente y se le debe dar información sobre esta técnica.

Crterios de Selección

Para escoger un método hay que basarse en algunas de las siguientes características de los adolescentes:

- vida sexual activa esporádica o frecuente
- cambios frecuentes de pareja sexual o varias parejas sexuales simultáneas
- fertilidad no probada
- paridad
- eventuales problemas legales por la edad, sobre todo en menores de 15 años.

Hay que recordar que, sobre todo en la adolescencia, estas características no se presentan de manera aislada sino simultáneamente, por lo que se debe, más que en otras situaciones, individualizar cada caso para aconsejar el método más seguro y adecuado para ese usuario en particular.

En base a las características señaladas podemos agrupar a los adolescentes en:

Grupo I: adolescentes, varón o mujer, sin antecedentes de actividad sexual.

Grupo II: adolescentes con inicio de actividad sexual

- a) adolescente mujer sin hijos
- b) adolescente varón sin hijos.

Grupo III: adolescente mujer o varón con hijo.

La selección del método para cada grupo se realizará de la siguiente forma y de acuerdo al orden establecido.

Grupo I

- En el caso de las adolescentes mujeres realizar una historia clínica consignando la fecha de su última menstruación e información sobre el inicio de su vida sexual.

Primera opción: píldoras que contienen sólo progestágenos.

Segunda opción: píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

En ambos casos se prescribirán por lo menos desde un mes antes de la fecha de iniciación de su actividad sexual y se aconsejará reforzarlos con métodos naturales y de barrera en el varón.

- En el caso de los adolescentes varones.

Primera opción: métodos de barrera.

Grupo II

- Adolescentes mujeres sin hijos.

a) Por que nunca han estado embarazadas.

Primera opción: píldoras que contienen sólo de progestágenos.

Segunda opción: píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

En ambos casos se aconsejará reforzarlos con:

1. métodos de barrera, físicos y químicos en casos de actividad sexual esporádica o múltiples compañeros sexuales.
2. métodos naturales.

b) Porque tuvieron un aborto o un parto con un hijo fallecido.

Primera opción: píldoras que contienen sólo progestágenos.

Segunda opción: píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

Tercera opción: inyectables mensuales.

Cuarta opción: insertar el DIU postaborto si no tiene contraindicaciones para este método.

En todos los casos se aconsejará reforzarlos con:

1. métodos de barrera, físicos y químicos en casos de actividad sexual esporádica o múltiples compañeros sexuales.
2. métodos naturales.

– Adolescente varón sin hijos

Primera opción: métodos de barrera, reforzados con métodos naturales.

Grupo III

– Adolescente mujer con hijo vivo.

a) Período puerperal

Poner especial énfasis en la anticoncepción postparto, postaborto y transcesárea.

Recomendar siempre la lactancia.

b) Período intergenésico

De manera general aplicar los mismos criterios de selección que para la mujer adulta.

– Adolescente varón con hijo.

Primera opción: métodos de barrera, reforzados con métodos naturales.

La esterilización quirúrgica femenina o masculina en la adolescencia se sugerirá solamente en casos de indicación médica previa valoración de un equipo interdisciplinario designado para tal fin y con el consentimiento expreso por escrito de la o el adolescente.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

El embarazo en cualquier etapa de la vida es un hecho de gran trascendencia; de ahí que se considere que la procreación debe realizarse de manera consciente y madura, biológica y psicológicamente, garantizando al nuevo ser un medio adecuado para su desarrollo.

Abordar las implicaciones del embarazo en adolescentes conlleva la necesidad de ubicar el tema en el contexto de una sociedad que enfrenta por un lado, la falta de espacios educativos, culturales, recreativos, laborales y de servicios específicos de salud, y por otro, la vertiginosa evolución psicosomática del adolescente, lo cual obliga a adoptar un enfoque multifacético difícil de lograr con las orientaciones tradicionales de la atención médica y de la salud pública.

Por otra parte, el embarazo precoz, por lo general no es planeado y en el país se ve más desprotegido en los estratos socioeconómicos bajos. Este factor y la falta de incentivos familiares y de oportunidades reales de progreso, generan en las adolescentes considerable angustia, sentimientos de ambivalencia con respecto a su embarazo y pérdida de su autoestima producto de los valores establecidos en una sociedad que considera al matrimonio como el único medio legal y moral para tener hijos.

La alta incidencia de embarazos en adolescentes obedece a la interacción de múltiples factores entre los cuales se mencionan:

- el impulso sexual
- la identidad sexual
- pautas de comportamiento
- modelos de comportamiento estereotipados
 - masculinidad
 - feminidad
- antecedentes personales
 - violación
 - maternidad
 - métodos anticonceptivos

El impulso sexual, elemento constitutivo de todos los individuos, es la fuerza o energía interna que busca su satisfacción por diversas vías.

En el adolescente, principalmente, el impulso sexual emerge o aparece ante la influencia de múltiples estímulos ya sean externos o internos y no necesariamente eróticos. Así, actividades físicas como el ejercicio o emociones como la irritabilidad, o la angustia, provocan una tensión que puede transformarse en impulso sexual. Evidentemente, los estímulos de carácter erótico generarán la aparición o surgimiento de este impulso y el adolescente, para liberar su tensión sexual, recurrirá probablemente a la masturbación, pero también, muy posiblemente a tener relaciones sexuales, hecho que puede conducirle a afrontar diversos riesgos y entre ellos el embarazo.

Asimismo, la búsqueda de identidad sexual, la necesidad de aceptación por el grupo de compañeros y el desafío a la autoridad como signo de independencia son aspectos inherentes a la adolescencia que pueden propiciar un embarazo. La actividad sexual constituye, en el caso del varón, un medio de reafirmación sexual, mientras que el embarazo para la mujer puede ser una forma de sentirse "más mujer o persona mayor". Puede ser también una demanda de atención o el medio para forzar un matrimonio. Muchas jóvenes pueden considerar la maternidad como un hecho que les da una función en la vida o un sentido a su existencia, aún sin estar casadas. También, el embarazo puede ser utilizado por los adolescentes para manifestar su rechazo a la autoridad o a las normas sociales.

Los medios masivos de comunicación constituyen un instrumento contundente para generar cambios de comportamiento en la población. Transmiten infinidad de mensajes que muestran la actividad sexual como atractiva, incitante y libre de riesgos. Dictan modelos y actitudes sexuales a imitar generando conceptos distorsionados y falsas expectativas respecto a la sexualidad.

También resulta necesario considerar los modelos de comportamiento propios de hombre y de mujer que aprendieron en su infancia, identificándose con ellos y asumiéndolos como ideal a lograr; elementos que integran no sólo el ser hombre o mujer, sino qué tipo de hombre o mujer se desea ser, con valores y conductas a reproducir, así como el modelo de pareja que se debe buscar, todo ello como patrones que se reproducen.

Los adolescentes varones se ven alentados o presionados por el grupo de compañeros y el medio social a iniciarse en la actividad sexual para probar su virilidad y hombría.

Para demostrar su feminidad las adolescentes, por su parte, tienen mayores conflictos a causa de los mensajes contradictorios que reciben cotidianamente en relación con la sexualidad. La insistencia sexual del enamorado y los valores morales que la presionan para casarse pronto e inmediatamente después ser madre, son otras causas que predisponen a la adolescente a embarazarse.

Es importante considerar como factor de influencia los antecedentes individuales que se refieren a las condiciones de vida, sucesos, y circunstancias que determinan su percepción y actitud ante la vida, su escala de valores y autoestima.

A pesar de lo hasta aquí expuesto, la evidencia estadística muestra que los adolescentes inician en promedio su actividad sexual a los 16 y 17 años de edad y sin asumir con responsabilidad el control de su fertilidad al no utilizar métodos anticonceptivos. La falta de uso de métodos anticonceptivos parece no deberse únicamente al hecho de que los adolescentes desconozcan o tengan problemas para obtener los métodos, sino al hecho de que la desaprobación social hace que un buen número de relaciones sexuales no son premeditadas por lo que no se toman las precauciones debidas.

En este sentido, se debe considerar que, debido a la educación tradicional, una gran cantidad de adolescentes (al igual que muchos adultos) piensa que la mayoría de las actividades relacionadas con la sexualidad y la reproducción, compete exclusivamente a la mujer. Algunos rechazan el uso de los anticonceptivos y otros ni lo piensan ni lo discuten con la pareja.

ACTITUDES CON RESPECTO AL EMBARAZO

Cuando una adolescente descubre que está embarazada se ve enfrentada a una situación muy severa: ha de afrontar a sus padres, a sus amigos, a su medio escolar y a la sociedad; deberá pensar en la relación con su compañero que, con frecuencia y sobre todo si es de su misma edad, tenderá a eludir toda responsabilidad; dicho embarazo abre el proceso de confrontación entre sus deseos, sus valores y sus propias capacidades.

Al encontrarse ante la disyuntiva entre el deseo de maternidad, con frecuencia presente en toda mujer, y el rechazo del hijo, cuya venida le ocasionará tantos cambios y nuevas situaciones, piensa en la actitud que tendrá que adoptar frente al embarazo: ¿la abandonará o sostendrá el

padre a su hijo?, ¿qué dirán sus padres y amigos?, ¿deberá recurrir al aborto? ; es entonces cuando la angustia, la indecisión y el miedo la invaden.

La adolescente, sola o con su pareja, agobiada por un sentimiento de culpabilidad y de inseguridad en cuanto a su futuro, deberá tomar una decisión frente al embarazo. Decisión tanto más difícil por cuanto la adolescente se siente dividida entre las fuerzas divergentes que emanan de sus padres, de sus compañeros, de la sociedad y de sus deseos más profundos.

A veces preferirá someter el problema a sus padres antes de decidir cualquier otra cosa; pensará en la unión o el matrimonio como una solución o asumirá la tarea de criar ella sola a su hijo. Por lo general, no descarta la eventualidad de una interrupción voluntaria del embarazo o bien la de dar a su hijo en adopción.

Cuando una adolescente decide quedarse con su hijo a pesar de no contar con su pareja, la situación que le toca enfrentar es la de ser madre soltera. Las mujeres solteras adolescentes son el grupo que mayor vulnerabilidad presenta porque, además de los riesgos de salud a que se ven expuestas por su edad, la condición de soltera agrava las posibilidades de vida futura en razón del rechazo socio-familiar que tiene que enfrentar por su embarazo fuera de la normatividad y legitimidad sociales.

El embarazo obliga a la adolescente a renunciar a muchas de sus actividades; implica la terminación o interrupción de su educación formal; la limitación de obtener iguales oportunidades en el futuro que las que tendría si no tuviera un hijo; gran parte de sus expectativas se verán frustradas, de lo cual puede culpar a su pareja o a su hijo.

La adolescente, aunque biológicamente va a ser madre, sociológicamente y psicológicamente sigue siendo hija dependiente; suele perder el derecho de decidir sobre su vida futura y la de su hijo y es la familia, principalmente los padres, los que la determinan y le hacen sentir que afectivamente los ha perdido por haber concebido su hijo fuera del matrimonio, por lo que tendrá que someterse a esta situación.

La relación física y emocional de la adolescente con su pareja, en la mayoría de los casos, se ve afectada por el embarazo y puede marcar su fin, por lo que la madre adolescente carecerá de su apoyo emocional y económico.

La interrupción brusca del proceso de su adolescencia la introduce con desventaja en la vida adulta y los compromisos que ella implica. La educación formal generalmente se deberá aplazar o abandonar para enrolarse en la fuerza de trabajo; sólo algunas de ellas podrán continuar y prepararse para una mejor competencia y desempeño en el mercado laboral. Muchas adolescentes abandonarán las aulas y tendrán que incorporarse a trabajar con desventaja y mayores dificultades para colocarse en un empleo que les permita resolver sus necesidades materiales, lo que afectará su desarrollo individual.

RIESGOS DEL EMBARAZO Y LA CRIANZA DURANTE LA ADOLESCENCIA

El embarazo a cualquier edad es un evento biopsicosocial sumamente importante. En las adolescentes embarazadas este hecho va acompañado de una serie de situaciones adversas que pueden atentar contra la salud, tanto de ella como de su hijo. Este hecho puede agravarse, si además de la corta edad, la madre no está en el marco de protección del matrimonio, por lo que se la coloca en una situación social de rechazo.

Las consecuencias del embarazo y la crianza durante ese período se relacionan con aspectos no sólo de salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos y sus efectos pueden verse en la joven madre y su hijo, el padre adolescente, las familias de ambos y, desde luego, en la sociedad.

Riesgos biológicos

Aun cuando lo sospechan, una gran proporción de adolescentes embarazadas tienden a negar su embarazo, y ésta es la razón por la cual llegan a la consulta aduciendo otros motivos. La sospecha de embarazo debe estar presente en toda consulta médica y la disponibilidad de pruebas de embarazo es fundamental.

Con frecuencia no se presume el embarazo en adolescente hasta que es obvio, lo que se traduce en un aumento de la morbilidad y mortalidad de la joven embarazada. Existe una relación directa entre las complicaciones del embarazo y el número de semanas de embarazo sin atención médica. Es importante dejar bien claro que cuanto menor sea la edad es mayor el riesgo y aún más si no ha existido un control prenatal adecuado.

Las principales complicaciones pueden ser:

- toxemias del embarazo
- parto prematuro
- anemia
- desproporción céfalo-pélvica
- distocias mecánicas y dinámicas
- parto prolongado y difícil
- abortos provocados y sus complicaciones
 - perforaciones uterinas
 - hemorragias
 - infecciones
- muerte materna y perinatal
- aumento de la morbilidad infantil
 - nacimientos prematuros
 - bajo peso al nacer
 - enfermedades congénitas

Otros riesgos

Los riesgos sociales y psicológicos negativos del embarazo en adolescentes pueden ser mayores que los biológicos. Es común en algunos lugares que al hijo nacido fuera del matrimonio lo cuida la familia; no obstante, en los casos de muchachas del área urbana sin recursos económicos, este problema las puede llevar a la prostitución, al alcoholismo, así como al abandono, descuido y hasta maltrato del menor.

Cuando las adolescentes se casan y su matrimonio perdura, están más expuestas a dar a luz un número mayor de hijos que las mujeres que retrasan el nacimiento de sus hijos hasta después de los 20 años. Con varios hijos pequeños, poca educación y habiendo desarrollado pocas habilidades para el trabajo, no es difícil predecir que muchas madres adolescentes se encuentren en situaciones de pobreza. Debido a estos matrimonios precoces, que son un factor determinante de la alta fecundidad adolescente, se propicia el rápido crecimiento poblacional en los países en desarrollo.

La mayoría de las mujeres quedan a luz por primera vez en edad temprana están más expuestas a vivir solas con su hijo por un largo período, sus posibilidades económicas son muy reducidas y no siempre son apoyadas por otros adultos en la crianza de su hijo, lo que se manifiesta en desventajas emocionales para el niño.

Los embarazos no deseados en adolescentes aumentan el índice de abortos que, como sabemos, no son considerados legales ni aceptados en la mayoría de los países, hecho que también complica la situación de los adolescentes. Teniendo en cuenta la anterior, se puede observar que las adolescentes que en su angustia recurren al aborto, lo hacen generalmente cuando ha transcurrido bastante tiempo de su embarazo y en sitios y con personas que no son las adecuadas para efectuarlo con los requerimientos mínimos de higiene y seguridad.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son contagiosas y se transmiten de una persona enferma o infectada a otra sana a través del contacto sexual.

Las ITS son producidas por diferentes microorganismos tales como: bacterias, hongos, virus y parásitos.

Mecanismos de transmisión

Las enfermedades de transmisión sexual tienen tres mecanismos básicos de transmisión:

- la transmisión sexual
- la transmisión a través de las transfusiones sanguíneas provenientes de una persona infectada
- la transmisión perinatal

Todas las personas sin importar la raza, el sexo, la edad, el estado socioeconómico o la orientación sexual, pueden adquirir una enfermedad de transmisión sexual.

Factores de riesgo

Son factores de riesgo en las enfermedades de transmisión sexual:

- la promiscuidad sexual
- el contacto sexual anal con personas infectadas
- la relaciones sexuales sin medidas de protección con personas extrañas o no, de las que se desconoce si están infectadas
- el intercambio de líquidos corporales (semen, secreciones vaginales y sangre) durante la relación sexual
- la presencia de ITS en la mujer embarazada
- el inadecuado control de la transfusión de sangre
- el compartir objetos contaminados con sangre infectada (agujas, jeringas, cuchillas, cortauñas, etc.)
- la falta de educación sobre el tema de las ITS y sobre el ejercicio de una sexualidad responsable
- el uso de psicoactivos y alcohol, porque modifican la capacidad de decisión y propician encuentros sexuales promiscuos

Los adolescentes tienen la mayor tasa de infecciones de transmisión sexual de todos los grupos de edad. Este es el resultado de la experimentación sexual que caracteriza el desarrollo psicosocial de esta época de la vida, así como de ciertos aspectos del desarrollo. Los cambios hormonales aumentan la resistencia del epitelio vaginal a la penetración por ciertos microorganismos (como los gonococos) y aumentan la susceptibilidad a otros (por ejemplo: *Candida albicans* y *Tricomonas*).

La mayor parte de las relaciones sexuales entre adolescentes, se caracteriza por no emplear método anticonceptivo alguno, con menor frecuencia, por utilizar anticonceptivos orales; ambas conductas favorecen la transmisión de microorganismos venéreos. Los adolescentes son típicamente reacios a considerar que su pareja sexual pueda tener una enfermedad venérea, y a menudo carecen de las posibilidades de comunicación necesarias para el tema. En los adolescentes sexualmente activos, hay que buscar las infecciones de transmisión sexual, que a menudo son asintomáticas. Otras responsabilidades consisten en reducir al mínimo el incumplimiento del tratamiento, hallar y tratar a la pareja sexual y hacer todos los esfuerzos posibles para conservar la fertilidad.

A menudo, el diagnóstico y el tratamiento deben hacerse en el contexto de una relación confidencial entre el médico y el paciente. Por tanto, desde el principio hay que aclararle al paciente la necesidad de informar de ciertas enfermedades de transmisión sexual a las autoridades sanitarias. La gonorrea, la infección por clamidias y el virus del papiloma humano son las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en los adolescentes.

METODOLOGÍA



*“Las acciones de los hombres son los mejores
intérpretes de sus pensamientos.”
John Locke*

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal.

Población de Estudio

La población de estudio fueron los estudiantes varones y mujeres del turno diurno del Instituto Nacional La Dalia del municipio El Tuma-La Dalia en el departamento de Matagalpa cuyas edades se encontraban comprendidas entre los 10 y 19 años, edades que corresponden a la adolescencia.

Tamaño de la Muestra

El tamaño de la muestra fue calculado con el programa estadístico EPIDAT. Este programa nos permitió trabajar considerando: población total de referencia, proporción de la población de adolescentes, precisión absoluta y el nivel de confianza estadística.

La fórmula estadística de aplicación, para el cálculo del tamaño de la muestra fue:

$$n = t^2 (pq) N / Nd^2 + t^2 (pq)$$

El tamaño de la muestra fue de 216 estudiantes, varones y mujeres, de una población total de 1026 alumnos, con un intervalo de confianza del 95 % y precisión absoluta del 5%. El porcentaje de adolescentes fue del 98%. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio simple.

Se decidió solamente la inclusión de los estudiantes de IV y V año pues es en este grupo donde el nivel de conocimiento acerca del tema es superior respecto de los otros años. A conveniencia se entrevistaron igual número de hombres y mujeres.

Técnica y Método de Investigación

Se utilizó un cuestionario auto administrado basada en preguntas cerradas en su mayoría a la población de estudio, se realizó una prueba piloto para la validación del cuestionario entre 10 estudiantes de estudios secundarios de esta misma ciudad con características socio-epidemiológicas similares que se encontraban en cursos de verano. Se solicitó el consentimiento a los estudiantes así como a las autoridades de los centros involucrados en la investigación.

La aplicación del instrumento de recolección de datos estuvo directamente a cargo de los investigadores. Se realizó una explicación del objetivo de la investigación y del mismo modo se aclararon dudas respecto del llenado del cuestionario antes y durante la actividad.

Análisis de los Datos

La información obtenida fue procesada auxiliándose del paquete estadístico EPI-INFO versión 6.04, las respuestas fueron medidas en forma cuantitativa y los datos recolectados fueron analizados mediante distribución de frecuencias simples.

Los resultados están expresados en cuadros y gráficos.

Variables de Estudio

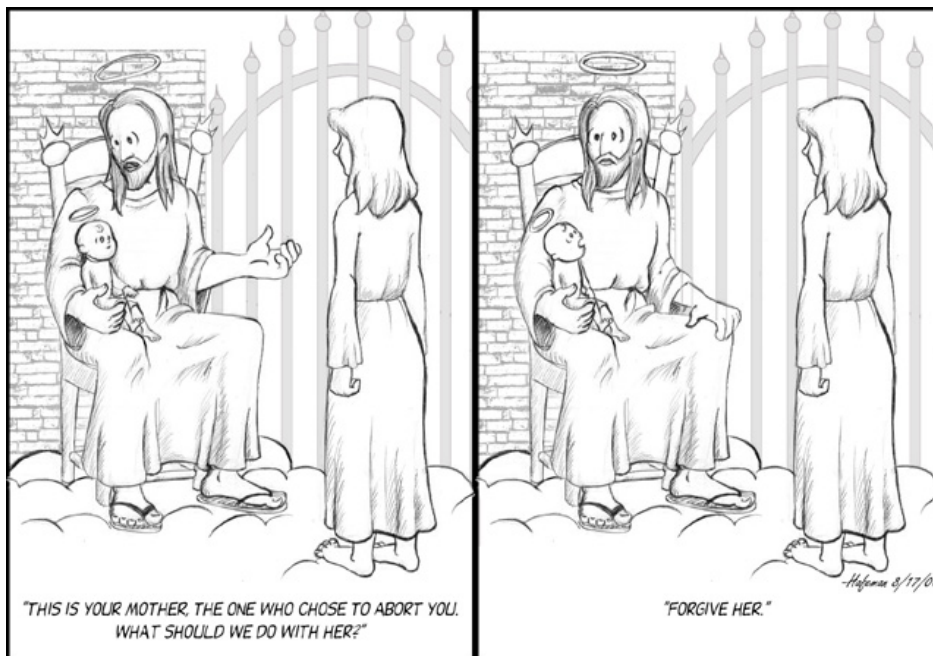
Se estudiaron las variables siguientes:

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Religión
- Conocimiento en salud sexual y reproductiva
- Actitud ante la sexualidad
- Práctica sexual

Operacionalización de las Variables

Variable	Definición	Indicador	Valor esperado
EDAD	Período transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Encuesta	10 a 19 años
SEXO	Característica biológica que diferencia a hombres de mujeres.	Encuesta	-masculino -femenino
ESTADO CIVIL	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Encuesta	-sin pareja -con pareja y sin hijos -con pareja y con hijos
RELIGIÓN	Creencia teológica de cada individuo.	Encuesta	-católica -evangélica -otra
CONOCIMIENTO DEL CICLO FÉRTIL DE LA MUJER	Acción y efecto de conocer el período fértil de la mujer.	Encuesta	-correcto -incorrecto
CONOCIMIENTO DEL CICLO FÉRTIL DEL HOMBRE	Acción y efecto de conocer el período fértil del hombre.	Encuesta	-correcto -incorrecto
CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Acción y efecto de conocer uno o más métodos de control de la natalidad.	Encuesta	-correcto -incorrecto
CONOCIMIENTO SOBRE ITS	Acción y efecto de conocer una o más infecciones de transmisión sexual.	Encuesta	-correcto -incorrecto
ACTITUD FRENTE AL INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	Predisposición relativamente estable para reaccionar ante el inicio de una vida sexual activa.	Encuesta	-de acuerdo -en desacuerdo -indeciso
ACTITUD RESPECTO AL ABORTO	Predisposición relativamente estable para reaccionar ante la práctica del aborto.	Encuesta	-de acuerdo -en desacuerdo -indeciso
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	Acción y efecto de usar algún método de control de la natalidad	Encuesta	-sí -no
PADECIMIENTO DE ITS	Acción y efecto de padecer o haber padecido alguna ITS	Encuesta	-sí -no

*RESULTADOS,
CONCLUSIONES,
RECOMENDACIONES.*



"Hay dos libertades: la falsa libertad, con la que el hombre es libre de hacer lo que le gusta; la verdadera, con la que el hombre es libre de hacer lo que debe."
Charles Kingsley

RESULTADOS

Se entrevistaron un total de 216 estudiantes del turno diurno del Instituto Nacional La Dalia, del municipio El Tuma-La Dalia en el departamento de Matagalpa que posee una población de 1026 estudiantes con edades correspondientes a la adolescencia. Un 52% correspondió a los cuartos años y el porcentaje restante a los estudiantes de quinto año.

La relación mujeres/varones fue de 1:1. (Cuadro y Gráfico 1). La edad promedio encontrada fue de 16.2 años. (Cuadro y Gráfico 2).

El 29.6% de los entrevistados manifiesta tener pareja actualmente. El 1.8% dice tener hijos. (Cuadro y Gráfico 3)

Conocimiento

Con la realización de nuestro estudio pudimos encontrar que apenas un 12.9% de los entrevistados identifica el ciclo fértil de la mujer, del mismo modo obtuvimos que sólo el 46.3% identifica el período fértil del hombre.

Al indagar sobre los métodos de control de la natalidad encontramos que el 96% de los entrevistados conoce alguno de los métodos anticonceptivos. Partiendo de esto los métodos más conocidos resultan ser: los anticonceptivos orales con 81.5%, los inyectables con 68.5%, el preservativo con 68.5%, la esterilización quirúrgica con 40.7% y el DIU con 22.2%. (Cuadro y Gráfico 4)

Un muy escaso 11.1% de los jóvenes es capaz de reconocer una ITS. Pero por el contrario un muy aceptable 96.3% conoce los mecanismos de transmisión del VIH-SIDA.

En esta línea las ITS más conocidas por nuestra población de estudio son, en orden de frecuencia: el SIDA con 85.2%, la Gonorrea con 85.2%, la Sífilis con 68.5%, el Chancro con 48.1% y el Herpes genital con 16.7%. (Cuadro y Gráfico 5)

Un 74.1% de los adolescentes abordados conoce algún síntoma que sugiera la presencia u ocurrencia de un embarazo. En orden de importancia se mencionan las náuseas, los vómitos y las alteraciones del sentido del gusto (antojos). La amenorrea tan sólo es mencionada por un escaso 3.7% de los entrevistados.

Un aceptable 85.2% considera que el embarazo durante la adolescencia implica riesgos para la madre y para el bebé.

De acuerdo a las fuentes de información de los jóvenes respecto del tema, el 83.3% menciona haber recibido en su centro de estudios temas sobre educación sexual y planificación familiar. Los otros lugares de donde obtienen este tipo de información son: los libros y revistas con 81.5%, la familia incluidos los padres con 61.1% y los amigos con 38.9%. Los servicios de salud que se especializan en la atención de adolescentes son conocidos por apenas un 38.5%. (Cuadro y Gráfico 6)

Actitudes y Prácticas

El interrogatorio sobre las actitudes y prácticas sexuales reveló que: tan sólo el 11.1% manifiesta haber iniciado su vida sexual activa. Sin embargo de este grupo sólo el 33.3% usa algún método anticonceptivo en sus relaciones sexuales resaltando el uso del preservativo y los anticonceptivos orales.

Ninguno de los entrevistados manifiesta haber padecido o sufrido de alguna ITS.

Según los encuestados lo que mejor caracteriza al matrimonio es: la máxima expresión de amor con un 65.4% y una obligación cristiana con 15.4%.

Se considera que el momento más oportuno para que ocurra un embarazo es cuando se tenga un trabajo para mantener a los hijos de acuerdo al 42.3% y cuando de mutuo acuerdo lo decida la pareja según el 38.5%.

El 70.4% de los jóvenes opina que el aborto no se justifica bajo ningún motivo pues en un pecado y un delito. (Cuadro 8)

El preservativo es considerado por el 70.4% de los jóvenes el método anticonceptivo más adecuado para los adolescentes, le siguen los anticonceptivos orales con 11.1% y los inyectables con 9.3%.(Cuadro y Gráfico 7)

Del total de estudiantes el 75.9% considera que la información que tiene sobre salud sexual y reproductiva es insuficiente.(Cuadro 8)

DISCUSIÓN

Un gran porcentaje de los entrevistados tanto en el sexo masculino como en el femenino desconoce el período fértil de la mujer y el del hombre. Ésta no es una situación aislada: un estudio realizado en la ciudad de León (Nicaragua) en 1996 reveló que sólo el 31.9% de los jóvenes varones y mujeres reconocían el período fértil de la mujer.⁸ Esto pone en desventaja a los jóvenes para buscar ayuda o consejo médico de manera oportuna y precoz al mantenerse al margen del funcionamiento de su cuerpo.

De ahí la importancia de fomentar el autoconocimiento y autocuidado en mujeres y hombres como requisito obligado para desarrollar una aptitud que permita disfrutar de la actividad sexual y reproductiva.

Un buen porcentaje de los encuestados dice conocer algún método de planificación familiar. Siendo los más conocidos: los anticonceptivos orales, los inyectables, el preservativo, la esterilización quirúrgica y el DIU. Aún así, el hecho de conocer los métodos anticonceptivos no garantiza que no ocurran embarazos no planeados. Requiere de campañas oficiales comprensivas para los y las jóvenes que estimulen la comunicación y la toma de decisiones bien valoradas. Esto parece ser una situación generalizada, pues estudios realizados en Nicaragua⁸ en 1996 y en Barbados⁹ en 1992 muestran la misma tendencia.

Un escaso porcentaje tiene la habilidad para reconocer la presencia de una ITS, convirtiendo a los jóvenes en blanco perfecto para la diseminación de este tipo de patología. Aunque un alto porcentaje conoce las vías por las que se trasmite el VIH-SIDA la imposibilidad para identificar la presencia de la enfermedad invita a invertir mayores esfuerzos para elaborar actividades de prevención más efectivas.

Las ITS más conocidas resultan ser: el SIDA, la Gonorrea y la Sífilis. Pero esto no es suficiente para garantizar una reducción en la incidencia de estas dolencias. Es necesario un mayor acceso a servicios de salud más integrales y acordes a las particularidades de la adolescencia. Estudios realizados en Bolivia, Brasil y Argentina⁹ muestran comportamiento similar.

Los síntomas identificados como sugestivos de embarazo son en orden de importancia las náuseas, los vómitos y las alteraciones del sentido del gusto (antojos). La amenorrea es mencionada por un escaso porcentaje.

Al desconocer el funcionamiento de su cuerpo los adolescentes son incapaces de sospechar siquiera la ocurrencia de un embarazo hasta etapas más avanzadas de la gestación.

Los adolescentes ubican el embarazo durante esta etapa como un problema pues puede afectar su vida o la del bebé por nacer.

El centro escolar, los libros y la familia representan las mayores fuentes para obtener información respecto de la salud sexual y reproductiva. Los centros de atención a los adolescentes son prácticamente desconocidos para los jóvenes. La oferta de servicios de salud y educación que brinden apoyo efectivo y sin prejuicios son un prerrequisito básico para implementar estrategias efectivas en la atención de las necesidades de salud de este grupo, ligadas a acciones concomitantes que promuevan la responsabilidad. Todo ello contrasta con la investigación realizada en Barbados, según la cual la principal fuente de información resulta ser los medios de comunicación masiva.⁹

Sólo 1/3 de los entrevistados que han iniciado vida sexual está usando algún método anticonceptivo en sus relaciones destacándose los preservativos y los anticonceptivos orales. Situación que no escapa de la tendencia encontrada en otros países de América Latina⁹. Ninguno de ellos manifiesta haber padecido alguna ITS, dato que habría cobrado mayor importancia si los jóvenes estuviesen habilitados para reconocer la presencia de estas enfermedades.

El interrogatorio sobre las actitudes de los adolescentes frente a ciertas situaciones permite determinar que éstos perciben el matrimonio como la máxima expresión de amor, así como una obligación cristiana. Consideran que la llegada de un nuevo ser a la familia debe estar rodeada de una situación económica financiera aceptable y que es la pareja de mutuo acuerdo quien finalmente decide el momento adecuado para tener hijos.

Un gran porcentaje repudia la práctica del aborto pues por un lado atenta contra sus principios religiosos y por otro es visto como una práctica delictiva.

De acuerdo a su opinión, el condón es considerado el método anticonceptivo que mejor se adapta a las necesidades del adolescente, seguido por los anticonceptivos orales y los inyectables. Un mayor porcentaje cree que la información que maneja respecto al tema es insuficiente.

Todos estos hallazgos nos hacen pensar que cuando los adolescentes incurren en situaciones riesgosas para su salud sexual y reproductiva lo hacen guiados, en una buena parte de los casos, por sus impulsos; pero también las campañas y programas poco comprensibles para los jóvenes permiten asumir que se involucran en dichas situaciones desafortunadamente por desconocimiento.

CONCLUSIONES

- 1) Las principales fuentes de información fueron en orden de importancia: los centros escolares, los libros y revistas, la familia incluidos los padres, los amigos y los medios de comunicación. El rol de los maestros es más determinante que el de los padres.
- 2) Los métodos anticonceptivos más conocidos son los anticonceptivos orales, las anticonceptivos inyectables, el preservativo, esterilización quirúrgica y el DIU. Los más usados, las píldoras y los preservativos.
- 3) Las principales ITS conocidas son el SIDA, la Gonorrea y la Sífilis. Los adolescentes no están habilitados para reconocer la presencia de estas enfermedades aunque conocen algunos de los mecanismos a través de los cuales se transmite el VIH-SIDA. Ninguno de los jóvenes con vida sexual activa manifestó haber padecido alguna de estas infecciones.
- 4) Las adolescentes no estarían dispuestas a someterse a un aborto. Consideran que la llegada de un nuevo ser debe ser producto de una decisión bien valorada, fruto del mutuo acuerdo entre ambos miembros de la pareja.
- 5) Los jóvenes no precisan sobre el momento más oportuno sobre el inicio de las relaciones sexuales. No están seguros sobre el verdadero significado que tiene el matrimonio.
- 6) Entre los factores que inciden negativamente en el conocimiento y las prácticas de los jóvenes sobre su salud sexual y reproductiva se identifican: *el desconocimiento del funcionamiento de su cuerpo, pobre acceso a servicios de salud integrales, discriminación de los adolescentes respecto del acceso de información, entre otras.*

RECOMENDACIONES

- 1) Recomendamos la promoción del autoconocimiento y el autocuidado respecto de la salud sexual y reproductiva garantizando la capacitación de los docentes con un perfil afín a las particularidades de los adolescentes, que permita un abordaje más adecuado en este aspecto.
- 2) Proponemos que se informe a los jóvenes sobre los riesgos y la severidad de los daños que pueden surgir de estilos de vida irresponsables respecto de su conducta sexual a través de charlas, campañas radiales, conformación de clubes, entre otras actividades desde el centro de salud local y en coordinación con las autoridades educativas.
- 3) Recomendamos estimular a los padres y promover en ellos una participación más activa como generadores de conocimiento en salud y sexualidad, permitiendo el involucramiento de ellos en las actividades dirigidas a la adolescencia. De la misma manera podrían usarse los encuentros con los padres de familia en el centro para abordar aspectos relacionados con el comportamiento de sus hijos.
- 4) Sugerimos el fomento de la importancia del uso de anticonceptivos una vez planeado el inicio de la vida sexual activa como requisito básico para la prevención de embarazos no deseados y el contagio de ITS, mediante adecuación del currículum del centro escolar en cuanto a sexualidad se refiere.
- 5) Invitamos a realizar propagandas desde los centros escolares y otros lugares públicos que informen sobre las clínicas de atención a la adolescencia como espacios que permiten la discusión de los problemas y necesidades de los adolescentes para alcanzar cambios de comportamiento favorables al cuidado de la salud.

REFERENCIAS

- 1- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Septiembre 1994. Capítulo VII, pág. 41. El Cairo.
- 2- S.J., Jejeebhoy. October 1997. Empower Women, Ensure Choices: Key to Enhancing Reproductive Health. Presentation at Safe Motherhood Technical Consultation in Sri Lanka.
- 3- Donas, Burak, Solum y Mendoza Arnoldo. Adolescencia y Juventud en América Central y República Dominicana en los años 90. OPS/OMS. San José, Costa Rica.
- 4- Diagnóstico de Situación de la Adolescencia en Nicaragua. Ministerio de Salud. Septiembre 2000.
- 5- Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. Septiembre 2000.
- 6- Ministerio de Acción Social. Política Nacional de Población, 1996.
- 7- Population Reference Bureau reports. OPS/OMS. Diciembre 1995. Serie B, número 6. EEUU.
- 8- Pérez Bordas, Griselda et col. Algunos aspectos de educación sexual en adolescentes de los colegios de secundaria, León 1996.
- 9- World Health Organization. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Biennial report 2000-2001.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Alvarado García y cols., Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes. Río Blanco, Matagalpa II Semestre 1997.
- Daniel R. Mishell, Jr. M.D 1999. Planificación Familiar, en: El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. Ediciones Harcourt S A. Edición del Centenario. Madrid, España.
- FATALLA MF. The long road to maternal dead. People,1987, 14: 8-9. Bulletin of the WHO.
- FIGO. Manual de Reproducción Humana. Allan Rosenfield y Mahmoud F. Fatalla. 1994.OPS. The Parthenon Publishing Group.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Estado de Población Mundial 2003.
- Manual de Medicina de la Adolescencia. Serie Paltex para ejecutores de Programas de Salud. No 20. OPS.1992.
- Manual de Planificación Familiar. 1ª edición, Managua: Fondo de Población de las Naciones Unidas; Gobierno de Noruega; MINSAL, 1994.
- March of Dimes. Hojas informativas 1997-2000. Mod. EEUU.
- Ministerio de Salud. Manual de Procedimientos para la atención integral a las y los adolescentes. Managua, septiembre 2002.
- MINSAL, Norma de Planificación Familiar, 1996.
- Nelson. Tratado de Pediatría. Volumen 1. McGraw Hill Interamericana Editores SA de CV XV Edición. México D.F.1998.
- Network en Español. Primavera 1997. Vol. 17. No 3.
- Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección de Atención Integral de la Mujer. Manual de Salud Reproductiva. Ministerio de Salud. Managua: MINSAL,1998.
- PROFAMILIA. El embarazo en la adolescente y su entorno, 1995.
- PROFAMILIA. Encuesta sobre Salud Familiar. Nicaragua , 1999-2000.

- Proyecto " Apoyo al Desarrollo Integral y a la Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes de la Reforma del Sector Salud". Boletín "Entérate". Nos. 1,2 y 3 2000 -2001.
- Sala, Duverges/Ricardo L. Schwarcz.1996. Control de la Concepción, en: Obstetricia, Quinta Edición , Librería -Editorial El Ateneo. Buenos Aires. Argentina.
- Salgado Larios y cols. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del municipio de San Ramón, Matagalpa. Junio- Agosto de 1998.
- The State of World Population. New York, United Nations Population Fund. 2001.
- United Nations Development Programme. Human development report. New York, Oxford University Press, 1990.
- WHO. Annual report 2003. Special Edition.Geneva. Switzerland. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction.
- World Health Organization. Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Reproductive Health: a key to a brighter future: biennial report, 1990-1991/ edited by J. Khanna, P.F.A. Van Look, P.D. Griffin.

ANEXOS

**CUADRO N° 1: DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS ESTUDIANTES DEL INDA -
MATAGALPA-FEBRERO DE 2004.**

N = 216

<i>GÉNERO</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
FEMENINO	108	50%
MASCULINO	108	50%
TOTAL	216	100%

FUENTE: ENCUESTA

**CUADRO N° 2: DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL INDA -
MATAGALPA-FEBRERO DE 2004.**

N = 216

<i>EDAD</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
14	20	9.3%
15	32	14.8%
16	44	20.4%
17	56	25.9%
18	52	24.4%
19	12	5.5%
TOTAL	216	100%

FUENTE: ENCUESTA

**CUADRO N° 3: SITUACIÓN CIVIL DE LOS ESTUDIANTES DEL INDA
-MATAGALPA- FEBRERO DE 2004.**

N = 216

<i>CATEGORÍA</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
CON PAREJA Y SIN HIJOS	64	29.6%
SIN PAREJA	148	68.6%
CON PAREJA Y CON HIJOS	4	1.8%
TOTAL	216	100%

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N°4: LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MÁS CONOCIDOS POR LOS ESTUDIANTES DEL INDA –MATAGALPA- FEBRERO DE 2004.

N = 216

<i>MÉTODO</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
ANTICONCEPTIVOS ORALES	176	81.5%
INJECTABLES	148	68.5%
CONDÓN	148	68.5%
ESTERILIZACIÓN	88	40.7%
DIU	48	22.2%
ABSTINENCIA	24	11.1%
RITMO	16	7.4%

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N° 5: LAS PRINCIPALES INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CONOCIDAS POR LOS ESTUDIANTES DEL INDA -MATAGALPA-FEBRERO DE 2004.

N = 216

<i>ITS</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
SIDA	184	85.2%
GONORREA	184	85.2%
SÍFILIS	148	68.5%
CHANCRO	104	48.1%
HERPES	36	16.7%
CONDILOMA	20	9.3%

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N° 6: LAS PRINCIPALES FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ESTUDIANTES DEL INDA -MATAGALPA-FEBRERO DE 2004.

N = 216

<i>FUENTE</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
CENTRO ESCOLAR	180	83.3%
LIBROS Y REVISTAS	176	81.5%
FAMILIA	132	61.1%
AMIGOS	108	50%
OTROS	84	38.9%

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N° 7: EL MÉTODO IDEAL PARA LOS ADOLESCENTES DE ACUERDO A LOS ESTUDIANTES DEL INDA –MATAGALPA- FEBRERO DE 2004.

N = 216

<i>MÉTODO</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
CONDÓN	152	70.4%
ANTICONCEPTIVOS ORALES	24	11.1%
INYECTABLES	20	9.3%
ABSTINENCIA	16	7.4%
NINGUNO	4	1.8%
TOTAL	216	100%

FUENTE: ENCUESTA

CUADRO N° 8: OTROS RESULTADOS ENCONTRADOS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DEL INDA -MATAGALPA- FEBRERO DE 2004.

N = 216

<i>ASPECTO</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
IDENTIFICA EL PERÍODO FÉRTIL DE LA MUJER	28	12.9%
IDENTIFICA EL PERÍODO FÉRTIL DEL HOMBRE	100	46.3%
PUEDE RECONOCER UNA ITS	24	11.1%
CONOCE ALGÚN SÍNTOMA DE EMBARAZO	160	74.1%
HA INICIADO VIDA SEXUAL ACTIVA	24	11.1%
REPROCHA EL ABORTO	152	70.4%
POSEE INFORMACIÓN INSUFICIENTE	164	75.9%

FUENTE: ENCUESTA

GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN POR SEXO

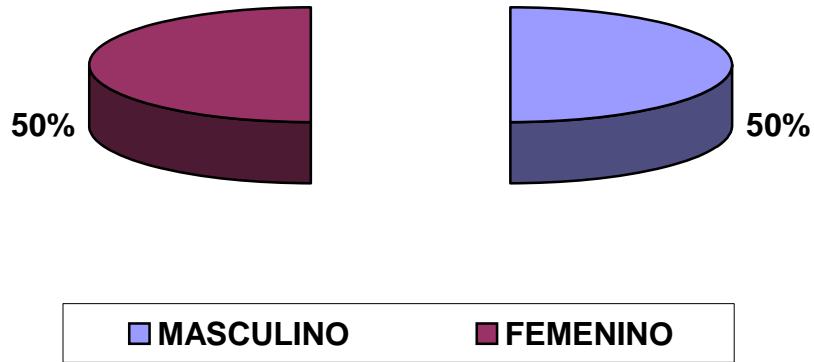


GRÁFICO 2: DISTRIBUCIÓN POR EDAD

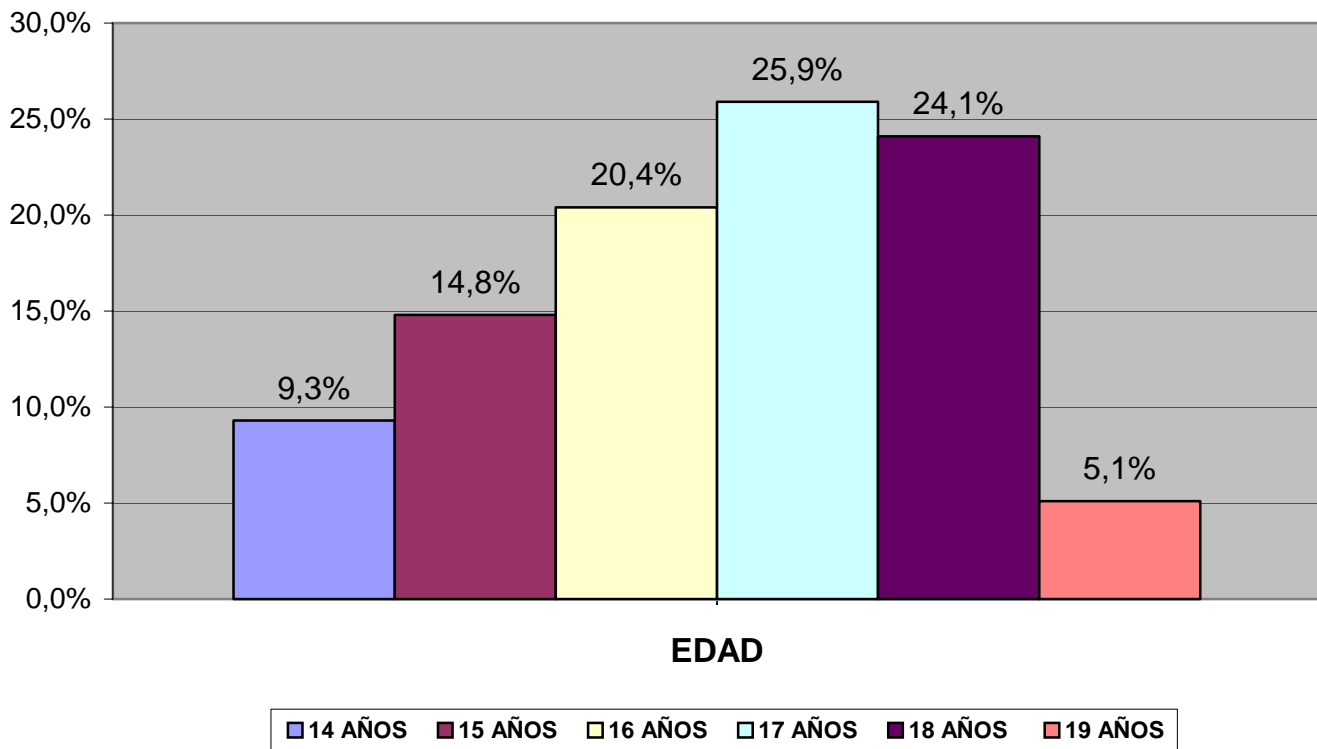


GRÁFICO 3: DISTRIBUCIÓN POR SITUACIÓN CIVIL

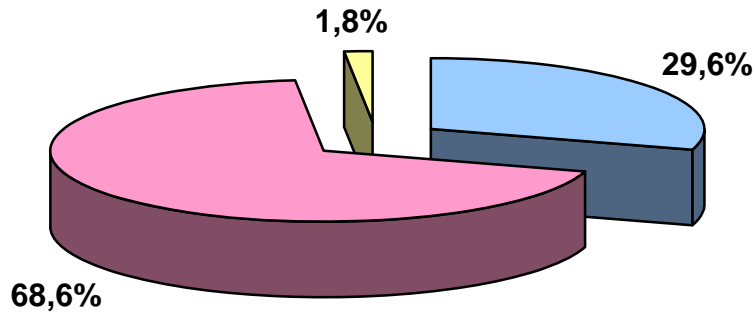


GRÁFICO 4: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MÁS CONOCIDOS

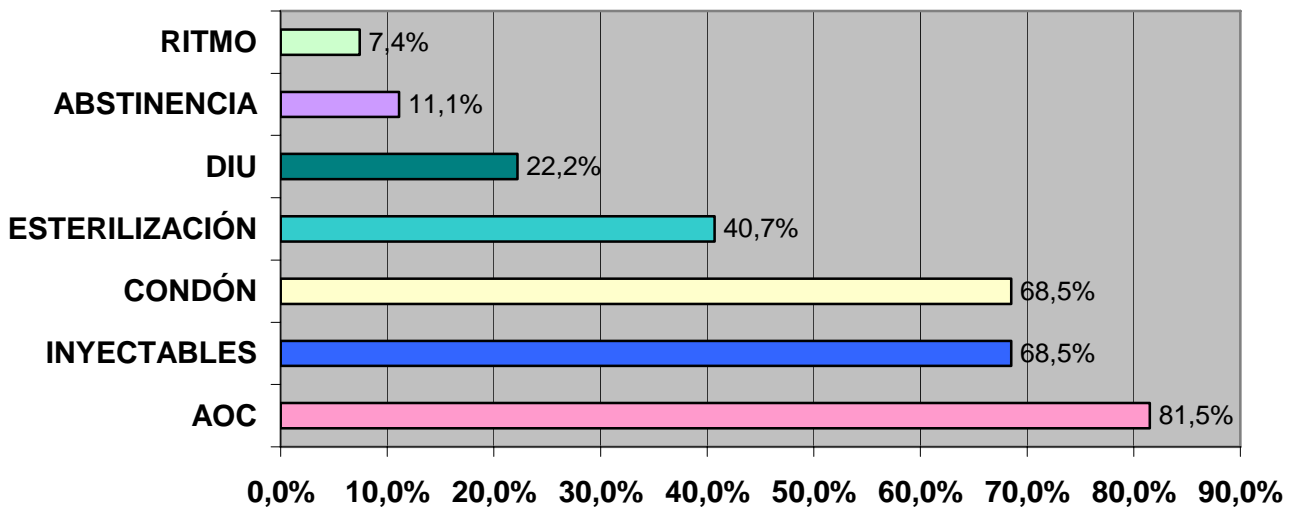


GRÁFICO 5: LAS ITS MÁS CONOCIDAS

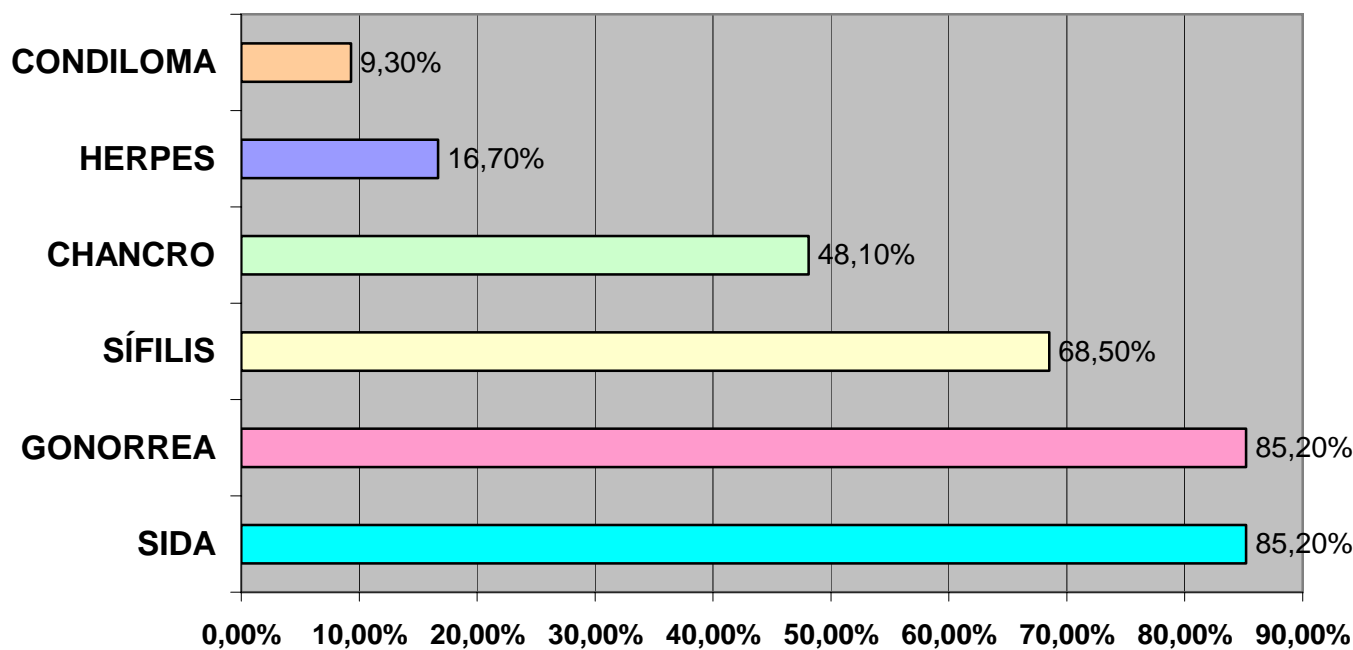


GRÁFICO 6: PRINCIPALES FUENTES DE INFORMACIÓN

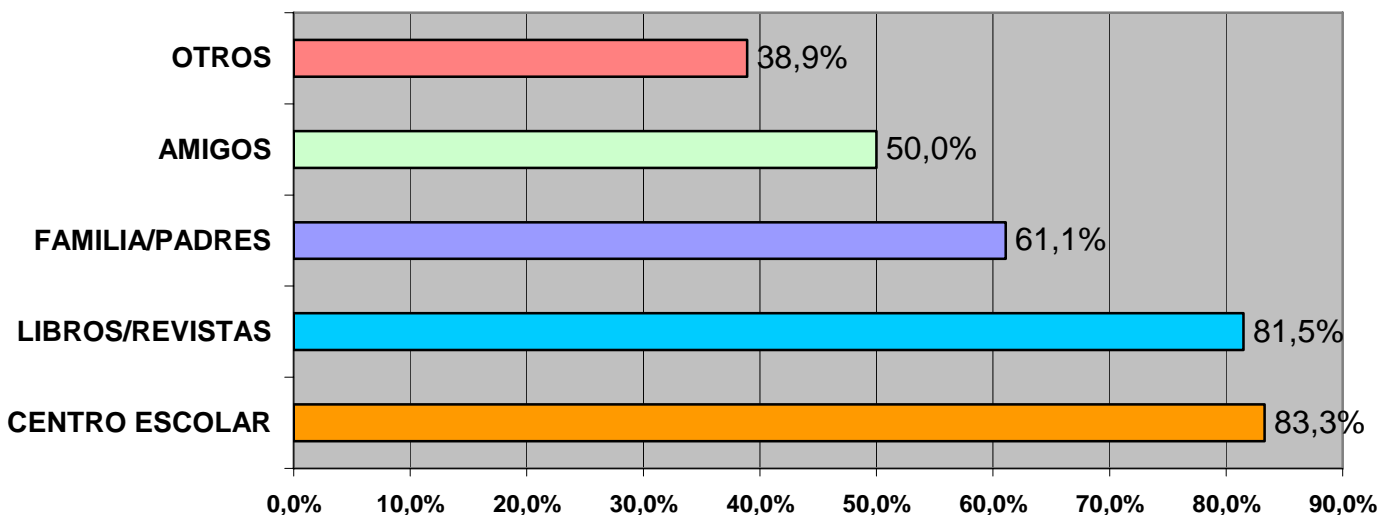
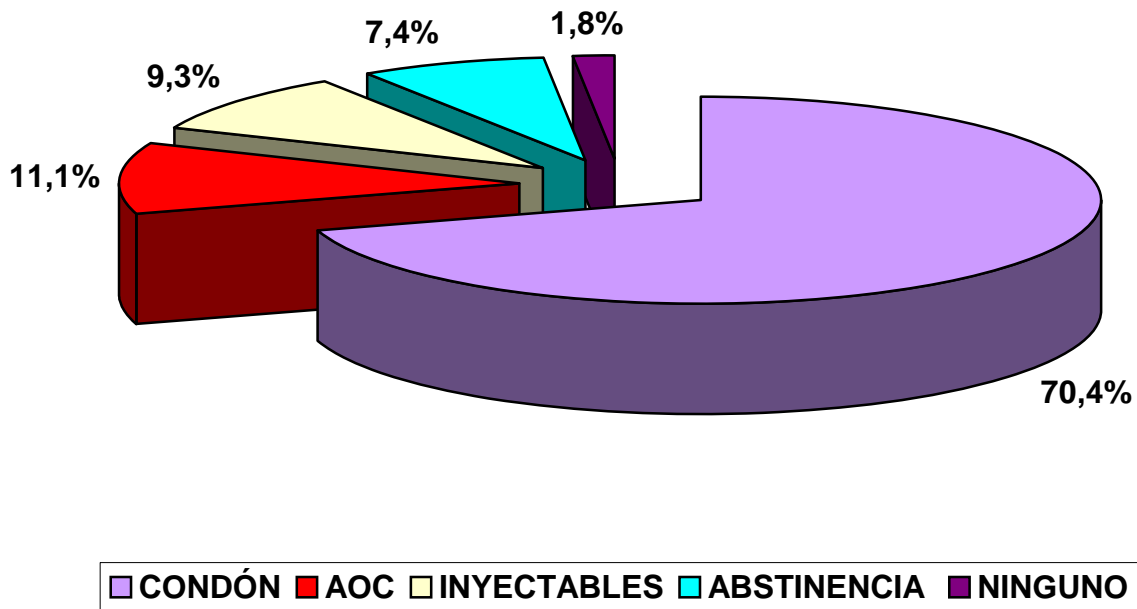


GRÁFICO 7: EL MÉTODO IDEAL PARA LOS JÓVENES



“Conocimientos, actitudes y prácticas en Salud Sexual y Reproductiva de los estudiantes del Instituto Nacional La Dalia, Febrero de 2004”

- Esta encuesta es absolutamente anónima y confidencial. La información que se obtenga a partir de ella se usará sólo con propósitos de investigación.
- Agradeciéndote de antemano tu valiosa cooperación, te pedimos contestar con la mayor seriedad y veracidad posibles.
- Si tenés alguna duda respecto del llenado de la misma, consultá con los aplicadores de la encuesta.

1) Identificación

Año: IV___ V___ **Turno:** Matutino___ Vespertino___

1.1 Sexo: H___ M___ **1.2 Edad** ___ años

1.3 Religión _____

1.4 ¿Tiene pareja actualmente? Sí___ No___

1.5 ¿Tiene hijos? Sí___ No___

2) Conocimiento

2.1 Tomando en cuenta que el ciclo menstrual de la mujer comienza el primer día de la regla, ¿Cuándo una mujer puede quedar embarazada?

- a) al inicio del período (1 a 3 días)
- b) en la mitad del período (14 días)
- c) al final del período (25 a 28 días)
- d) otro momento , ¿cuál?_____

2.2¿ Puede un hombre tener hijos desde la primera eyaculación de su vida?

Sí___ No___ No sabe_____

2.3 ¿Conoce algún método de planificación familiar?

Sí___ No___

Si su respuesta es "Sí" continúe con la pregunta 2.4

Si su respuesta es "No" vaya a la pregunta 2.5

2.4 ¿Cuáles métodos conoce?

Continúe

2.5 ¿Puede reconocer cuando un hombre o una mujer tiene una infección sexual o venérea?

Sí___ No___ ¿Cómo?_____

2.6 ¿Sabe cómo se contagia el SIDA?

Sí___ No___ ¿Cómo?_____

2.7 ¿Cuáles enfermedades de transmisión sexual conoce?

2.8 ¿Conoce algún síntoma de embarazo?

Sí___ No___ ¿Cuál? _____

2.9 ¿Considera que el embarazo en una mujer menor de 16 años implica riesgos para el bebé y la madre?

Sí___ No___ No sabe _____

2.10 ¿Ha recibido en su centro de estudios temas sobre educación sexual?

Sí ___ No___

2.11 ¿De qué otros lugares obtiene información sobre estos temas?

- a) en la familia
- b) con los amigos
- c) en libros y revistas
- d) otros _____

2.12 ¿Conoce servicios de salud que atiendan adolescentes?

Sí___ No___ ¿Cuáles? _____

3) Actitudes y Prácticas

3.1 ¿Está teniendo actualmente relaciones sexuales?

Sí___ No ___

Si su respuesta es "Sí" continúe con la pregunta 3.2

Si su respuesta es "No" vaya a la pregunta 3.4

3.2 ¿Está usando (usted o su pareja) algún método anticonceptivo?

Sí___ No___ ¿Cuál? _____

3.3¿ Ha padecido o sufrido de alguna enfermedad de transmisión sexual?

Sí___ No___ ¿Cuál? _____

Continúe

3.4¿A qué edad o en qué momento considera debe tenerse la primera relación sexual?

3.5 Según su opinión, ¿ qué de lo siguiente es lo que mejor caracteriza al matrimonio?

- a) una obligación cristiana
- b) un deber ciudadano
- c) la máxima expresión de amor
- d) carece de gran importancia
- e) otra _____

3.6 ¿Cuándo considera oportuno que ocurra un embarazo?

- a) hasta después del matrimonio
- b) cuando Dios lo decida
- c) cuando se tenga un trabajo para mantener a los hijos
- d) cuando de mutuo acuerdo lo decida la pareja
- e) otro _____

3.7 En su opinión, ¿cuándo se justifica un aborto?

- a) en ningún caso, es un crimen y un pecado
- b) cuando la madre sufre abandono por parte de su compañero
- c) cuando el embarazo es producto de violación
- d) cuando interviene con los planes de la pareja o de las familias
- e) otra _____

3.8 ¿Cuál cree que es el método anticonceptivo más adecuado para los adolescentes?

3.9 ¿Considera que la información que tiene sobre estos temas es suficiente?

Sí____ No____