

Disfunción familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes,
Servicio de Alto riesgo Obstétrico, ARO I, HEODRA, Agosto 2007-2008.

*Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
UNAN -LEON
"Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello"
HEODRA*



*Tesis para optar
a la especialidad de Ginecología y Obstetricia*

*Disfunción familiar como factor de riesgo asociado al aborto en
adolescentes atendidas en el servicio de ARO I, del Hospital Escuela Oscar
Danilo Rosales Argüello (León-Nicaragua) en el período comprendido
Agosto 2007 –Agosto 2008.*

*Autor: Dr. Javier Enrique Oviedo V.
Médico residente IV Año Ginecología y Obstetricia.
UNAN-HEODRA*

*Tutor: Dra. Yasmína Mayorga.
Especialista en Ginecología y Obstetricia-UNAN -León*

*Asesor: Dr. Francisco Tercero, PhD.
Especialista en Salud Pública UNAN-León*

León, Marzo 2010.

i- Resumen

Objetivo Determinar el grado de disfunción familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes que acuden al servicio de Alto Riesgo Obstétrico(AROI) del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales de León Nicaragua, en el período comprendido Agosto 2007-2008.

Método: Se realizó estudio de casos - controles, en donde se definieron como casos a las adolescentes (10-19 años) que se presentaron con un aborto no complicado al hospital de León; se definió control a adolescentes con las mismas características pero que llevaron al término su embarazo y se encontraban en puerperio fisiológico inmediato en el servicio de maternidad del mismo Hospital.

Tamaño de la Muestra de 330 encuestas, con un nivel de confianza de 95%.

El estudio estuvo conformado por 120 casos y 220 controles, para una relación 2/1. Se aplicó a cada adolescente una encuesta conformada por datos generales y sociodemográficos, donde estaba incluido el APGAR familiar, el cual es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia.

Resultados: Las variables sociodemográficas analizadas con significancia estadística de riesgo de aborto en adolescentes, sobresalen la disfunción familiar, la procedencia urbana, y el antecedente familiar de licor. Valor de ($p=0.000$).

El parámetro básico de la función familiar más afectado, sobresale en primer lugar la participación, con una diferencia entre casos y controles de 68%. El segundo parámetro de la función familiar más afectado, resulto ser Ganancia o crecimiento, con una diferencia de 53.5 %, con mayor afectación de los casos.

Conclusión: La disfunción familiar es un factor de riesgo de aborto en adolescentes, comprobándose nuestra hipótesis, se identificó que el riesgo se agrava si está asociado a procedencia urbana, y el antecedente familiar de licor.

Recomendaciones: Principalmente hacia los padres de familia para dedicar mayor comunicación con sus hijos, mayor calidad de tiempo disponible para compartir con sus hijos, demostraciones de confianza, comunicación efectiva, afecto.

INDICE	Páginas
RESUMEN.....	i
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
PALABRAS DEL TUTOR.....	iiii
 CAPITULO	
I-INTRODUCCION.....	7-8
II -ANTECEDENTES.....	9-10
III –JUSTIFICACION.....	11
IV-HIPOTESIS.....	12
V- OBJETIVOS.....	13
VI-MARCO TEORICO.....	14-27
VII-DISEÑO METODOLOGICO.....	28-30
VIII-RESULTADOS.....	31-32
IX-DISCUSSION Y ANALISIS.....	33-36
X-CONCLUSION.....	37
XI- RECOMENDACIÓN.....	38
XII-REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	39-41
XIII-ANEXOS.....	42

ii- DEDICATORIA

A DIOS, por tener un plan de vida permanente para conmigo, y yo en la mayoría de las veces, sin darme cuenta.

A mis padres por su apoyo y plegarias que han dado su fruto.

A mi esposa Mayra Llanes, por su comprensión, por aguantarme y apoyarme en cada una de mis etapas.

A mis hijos Javier, Diego y Abril Sofía; POR TODO EL TIEMPO QUE LES HE ROBADO.

iii- AGRADECIMIENTO

A mi asesor y amigo el Dr. Francisco Tercero por su constante apoyo y orientación.

A mi tutora Dra. Yasmina Mayorga, por sus valiosos consejos y aportes desde el inicio hasta el final de este estudio.

A mi jurado de protocolos e informes preliminar Dra. Valladares y Dra. Ortiz por sus valiosas observaciones para la mejoría del estudio.

A todas las adolescentes. Que aceptaron participar del estudio.

iii

OPINION DEL TUTOR.

A lo largo de nuestra vida profesional hemos tratado los casos de aborto sólo desde un punto de vista biológico, considerándolo siempre como una causa de hemorragia obstétrica y resolviéndolo según nuestras normas nacionales de Emergencias Obstétricas.

Sin embargo se nos olvida que las adolescentes forman parte de una familia y que ésta no siempre funciona adecuadamente ó en el peor de los casos ni siquiera existe, lo que las predispone a tomar decisiones, que en la mayoría de los casos no son las más adecuadas, conllevando a consecuencias negativas como sería por ejemplo un embarazo de alto riesgo por las complicaciones ya conocidas, siendo una de ellas el aborto.

En este trabajo se aborda el problema desde la perspectiva psicosocial por lo que considero de gran provecho para nosotros conocerlo y logre sensibilizarnos para realizar un mejor abordaje integral del Aborto en las adolescentes.

Dra. Yasmina Mayorga.
Especialista en Ginecología y Obstetricia
UNAN -León.

I-INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) uno de los fines principales de cada país es mejorar el nivel de salud de la población haciendo referencia a la "familia como uno de los grupos fundamentales en el terreno de la salud," debido a que la familia ocupa un lugar importante en el campo de investigación, particularmente por la vinculación entre la Salud Familiar y el proceso Salud-Enfermedad. (1). En América Latina y el Caribe 52% de los 18 millones de embarazos al año son no planificados y el 23% termina en aborto (2).

Dentro de los lineamientos de políticas institucionales del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), establece un cambio de modelo de atención tradicional con enfoque curativo, fragmentado e individualizado hacia un modelo de atención integral, que considera a la familia, la comunidad y el ambiente como parte del proceso de salud enfermedad. (3). Entre los factores de riesgos identificados para el embarazo y aborto en adolescentes sobresalen los factores biológicos y psicosociales. Además han sido descritos como factores de riesgo social asociado a la familia, la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente, Alcoholismo. (4).

El funcionamiento familiar tiene un importante rol, no sólo en el proceso generador de la enfermedad, sino también en el proceso de su rehabilitación, en la medida en que cumpla con sus funciones básicas. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada uno de los miembros están claros y son aceptados por éstos. (5)

El APGAR familiar es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias de riesgo. El instrumento se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas. Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia; como un instrumento que se diligencia por sí mismo.

Sus parámetros se delinearón sobre la premisa que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de la función familiar:

1. Adaptación
2. Participación
3. Ganancia o crecimiento.
4. Afecto.
5. Recursos.

El estudio consiste en establecer la relación existente entre adolescentes con familias disfuncionales y el riesgo de padecer un aborto, identificando las variables sociodemográficas de riesgo de aborto en adolescentes.

Lo relevante del estudio es que rompe el modelo tradicional del abordaje y tratamiento del aborto en las adolescentes de nuestras instituciones , el cual está orientado al abordaje de la patología desde el punto de vista biológico únicamente, sin tomar en cuenta el entorno social y el daño psicológico que este evento genera.

II-ANTECEDENTES:

En el año 1967, la Asamblea Mundial de la Salud, reconoció el aborto como un importante problema de salud pública, sin embargo la falta de información limitó conocer la magnitud real de este problema, con el transcurso del tiempo, la dimensión del problema del aborto fue documentada por la OMS en 1994.

La plataforma de acción de Beijing señala que es conocido el aborto como una complicación mayor para la salud y la vida de la mujer, pero aún se deben realizar más investigaciones para identificar y comprender mejor los determinantes y las consecuencias del aborto, incluyendo los efectos subsecuentes sobre fertilidad, salud mental y reproductiva, y prácticas contraceptivas. Por lo tanto, debe promoverse investigaciones sobre tratamiento de las complicaciones del aborto y la atención postaborto. (6)

El arto.39 de la ley general de salud establece que son objetivos del modelo de atención integral en salud, mejorar las condiciones de salud de la población, generando actividades oportunas , eficientes de calidad y con calidez , capaces de generar cambios individuales , familiares y comunales con énfasis en la prevención y promoción de la salud . (7)

No existe otro estudio en Nicaragua en su género que aborde la disfunción familiar como factor de riesgo de aborto en adolescentes , sin embargo durante nuestra revisión del tema ,encontramos un estudio similar , realizado en el año 2004, por la facultad de medicina de México UNAM, sobre funcionalidad familiar en la adolescente embarazada mediante la aplicación del APGAR Familiar en donde concluye que la funcionalidad familiar de las embarazadas adolescentes se encuentra alterada en el 33% de los casos, debido a que no tienen una madurez emocional, no reciben el apoyo y el cariño por parte de su familia de origen. (8)

La mayoría de los estudios sobre aborto en adolescentes son realizados bajo la perspectiva de sus causas maternas, fetales y ovulares y no sobre el entorno social, donde la familia juega un rol fundamental.

Estudio realizado en el año 2004, sobre evaluación de un programa de intervención de familias disfuncionales en el policlínico Ramón Heredia de Veguitas, Colombia, las dimensiones más afectadas resultaron: la comunicación, adaptabilidad. Ocupan las posiciones más alarmantes antes de la intervención, la comunicación en 92% de las familias, la adaptabilidad y la cohesión en 80%.

La comunicación es una fuente esencial para el logro de buenas relaciones intrafamiliares. En este estudio se establece que el 68 % de las familias eran disfuncionales, y el 32 % severamente disfuncionales (8,9).

Según estudio realizado en México, el rango de edades en las que la mayoría de las adolescentes entrevistadas declararon haber tenido su primera relación sexual fue entre los 15 años, este resultado fue obtenido del estudio de las “Necesidades de adolescentes en situación de aborto espontáneo”, realizado por, Bessna y cols. (10)

III-JUSTIFICACION

El modelo tradicional del abordaje y tratamiento del aborto en las adolescentes de nuestras instituciones está orientado al abordaje de la patología, sin tomar en cuenta el entorno y el daño psicológico que este evento genera.

Generalmente tratamos en nuestras unidades de salud el producto final en este caso el aborto (basados en normas nacionales), sin embargo hay múltiples factores maternos, fetales, ovulares, muy bien conocidos y estudiados, pero no obstante nos falta dirigir estudios de investigación relacionado con los factores sociales, la familia y el entorno.

El ingreso de una adolescente con un aborto puede representar una oportunidad única de contacto con el sistema de salud, este contacto debe ser aprovechado para tener un acceso de servicio de calidad, integral y diferenciado para tratar las complicaciones biopsicosociales del aborto, indagar sobre el entorno familiar para prevenir que se vuelva a presentar el evento.

El valor social de este estudio ésta centrado en dar a conocer resultados que involucran a la familia como uno de los múltiples determinantes sociales del aborto en las adolescentes y de proveer información con el propósito de orientar esfuerzos dirigidos al fortalecimiento de los hogares y en los diferentes actores sociales. Como lo establece el resumen analítico sobre los determinantes sociales de la salud, la inacción será juzgada en las décadas venideras como una negativa de consecuencias imprevisibles, a asumir una responsabilidad que nos incumbe a todos.

IV- HIPOTESIS:

La disfunción familiar está asociada al aborto en las adolescentes como factor de riesgo social.

V- OBJETIVO GENERAL:

Determinar el grado de disfunción familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes que acuden al servicio de ARO I, del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales de la ciudad de León (Nicaragua) en el periodo comprendido Agosto 2007-2008.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de riesgo de las adolescentes que acuden al servicio de ARO I con un aborto.
2. Conocer el grado de disfunción familiar de las adolescentes con un aborto mediante la aplicación del APGAR familiar.
3. Determinar el riesgo de padecer un aborto en adolescentes con disfunción familiar.

VI- MARCO TEORICO:

La familia acorde a sus posibilidades debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales. Se han determinado factores de riesgo que pueden considerarse contribuyentes al embarazo y aborto en adolescentes como son en nuestra época:

1. Menor aceptación de los valores tradicionales familiares.
2. La poca comunicación familiar, sobre todo con la figura materna.
3. Abandono de la escuela, la menarquía precoz.
4. Baja autoestima con la consiguiente carencia de proyectos de vida.
5. Poco conocimiento sobre los métodos Anticonceptivos.
6. Familia disfuncionales, madres o hermanas embarazadas en la adolescencia.
7. Padre ausente, nivel socioeconómico bajo, integración precoz al área laboral.
8. Amigas que han iniciado vida sexual temprana. (11)

Definición de los cinco parámetros de la función familiar:

1. **Adaptación:** Capacidad de utilizar los recursos en procura del bien común y la ayuda mutua, y la utilización de los mismos para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazada.
2. **Participación:** Distribución de responsabilidades entre los miembros de la familia, compartiendo solidariamente los problemas y la toma de decisiones.
3. **Ganancia o Crecimiento:** Logro de la madurez emocional y física, autorrealización de los miembros de la familia, a través del apoyo mutuo.
4. **Afecto:** Relación de cuidado y amor que existe entre los miembros de la familia.
5. **Recursos:** Capacidad de resolver los problemas del grupo familiar, compartiendo el tiempo, espacio y dinero entre los integrantes de la familia.

Las iniciales del inglés de cada una de estas categorías determinan el Nombre de APGAR. (11). Cada pregunta del Test de APGAR Familiar consta de cuatro posibles respuestas y valor predeterminado:

0= Nunca, 1=Casi nunca, 2= Algunas veces, 3= Casi siempre, 4= Siempre.

Una vez obtenido el puntaje total se procede a la clasificación de la funcionalidad familiar:

- Buena función familiar =18-20 puntos.
- Disfunción familiar Leve =14-17 puntos.
- Disfunción familiar Moderada =10-13 puntos.
- Disfunción familiar Severa =< menor o igual a 9 puntos.

Indicadores Generales para medir Funcionalidad Familiar (12):

1. Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).
2. Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros. Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.
3. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos.
4. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Es importante también para que la familia sea funcional que no haya sobrecarga de rol que puede ser debido a sobreexigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales.

La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

5. Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes o sea, cuando el mensaje que se transmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se transmite extra verbalmente.
6. Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros.

La capacidad de adaptación es uno de los componentes de la funcionalidad familiar más importantes, no sólo porque abarca todo el conjunto de vínculos familiares, sino también por el hecho de que la familia está sometida a constantes cambios. La principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga:

Jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio.

En Nicaragua, la tasa de fecundidad específica en las adolescentes ha sido considerada la más alta de la Región. Esta tasa es mayor en mujeres adolescentes del área rural ya que además del desconocimiento que tienen sobre reproducción humana y el poco acceso a métodos de planificación familiar, generalmente se unen y quedan embarazadas entre los 14 y 17 años, a través de la “unión de hecho”, formando familias estructuralmente inestables lo que a su vez va íntimamente relacionado con la deserción escolar y perpetuación del ciclo de la pobreza. (12)

La encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/2007, reporta una tasa específica de fecundidad de 15-19 años de 106, como se puede evidenciar, la tendencia es de una reducción de la tasa específica de fecundidad en adolescentes en los últimos 5 años, al compararla con la encuesta de demografía y salud del 2001 que indicaba una tasa de fecundidad en la adolescente de 119 por cada 1000; Sin embargo, ambas cifras ubican a Nicaragua como el país de América Latina con más alta tasa de fecundidad adolescente. Actualmente la tasa global de fecundidad 2006/2007 es de 2.7. (12,18).

La relación entre el nivel de educación y la fecundidad es evidente, las adolescentes sin educación tienen una fecundidad 6 veces mayor que la de aquellas con educación superior y casi 5 veces mayor cuando no llegaron a cuarto grado de primaria (INEC 1999). Igualmente son notorias las diferencias a nivel de procedencia, y se observa que por cada dos adolescentes embarazadas en el área urbana, existen tres en iguales condiciones en el área rural. (12)

Factores de riesgo identificados del embarazo y aborto en adolescentes.

- **Biológicos**

Edad de la pubertad:

La edad de la pubertad ha declinado desde los 17 años en el siglo XIX a alrededor de 12 – 13 años en la actualidad. Los Adolescentes son fértiles a una edad menor. Las adolescentes con una edad de menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazarse. El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de Relaciones prematrimoniales.

El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes latinoamericanos sigue siendo bajo. Según datos registrados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1998), el uso de anticonceptivos es sumamente bajo en este grupo de edad; Las estimaciones muestran que sólo 1 de cada 10 adolescentes solteros y sexualmente activos usan anticonceptivos. (12)

- **Psicosociales**

Disfunción familiar: un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y, además, puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo, que le permite huir de un hogar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de Incesto. Se han descrito como factores de riesgo asociado a la familia: la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

- **Sociales:**

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo de embarazo y aborto en adolescentes. (12)

Importancia de la Educación sexual desde el hogar y las escuelas:

La buena educación sexual, ayuda a los jóvenes a aclarar valores y evitar comportamientos de riesgo, la educación sexual que se da en algunos centros educativos como una educación formal adolece de un abordaje adecuado, indiscutiblemente la educación sexual debe de iniciarse en el hogar y la misma no debe ser solo información sino formación para llegar al cambio de actitudes y práctica; porque de la concepción que se tenga del sexo, de la sexualidad y de la educación sexual, dependerá nuestra conducta. Hay que recordar, que muchos de los padres no tienen la información ni la educación para orientar a sus hijos.

Al proporcionar educación sexual adecuada estos jóvenes inician una vida de seguridad y afecto, mejorando su calidad de vida, sin temores, desechando toda clase de mitos y tabúes, asumiendo así mismo una responsabilidad tanto en la vida adulta como en la vejez. Una educación sexual adecuada no es solamente hablar de los órganos reproductores sino que además implica hablar de valores, estilos de vida saludables, habilidades para la vida. (12)

Pobreza.

Hay 4,200.000 habitantes que viven en condiciones de pobreza; es decir, viven con menos de dos dólares diarios (población total de Nicaragua 5,600.000 personas), de las cuales 2,100.000 personas viven con menos de un dólar diario (pobreza extrema). La pobreza en Nicaragua que alcanza el 84.9 por ciento de los hogares nicaragüenses. Según el Informe 2005 de las Naciones Unidas, será más fácil reducir la pobreza en los países cuyos gobiernos “hayan puesto en marcha políticas que promueven la igualdad, incluidas las iniciativas para mejorar el acceso a recursos, ingresos, educación y empleo. (13)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia comprende el grupo etario de 10 a 19 años y juventud como el periodo entre 15-24 años.

Maddaleno y Breinbauer (2005) desglosan la adolescencia según el sexo para incluir cambios específicos del desarrollo y para la realización de comparaciones entre regiones con fines estadísticos. En las adolescentes por lo general, se denomina:

1. **pre adolescencia:** al periodo entre los 9 y los 12 años.
2. **Adolescencia temprana:** abarca desde los 12 a los 14 años.
3. **Adolescencia intermedia:** desde los 15 a los 16 años.
4. **Adolescencia tardía desde** los 16 a los 18.
5. **Juventud:** periodo comprendido desde e los 18 a los 21 años.
6. **Edad adulta joven:** desde los 21 a los 24 años.(14)

En Nicaragua , la ley 287 , del código de la niñez y adolescencia en su articulo numero 2, considera adolescente a los que se encuentren entre las edades comprendidas de 13-18 años y considera como niño y niña a los que no hubiesen cumplido los 13 años de edad .(15)

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica 0 = edad de la menarquía), Ha sido llamado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. (16)

Se denomina aborto a la interrupción espontánea o provocada del Embarazo antes de la vigésima semana de gestación con un peso del producto inferior a 500 gramos.

Determinantes de la salud:

El enfoque epidemiológico de riesgo, es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos de población específicos.

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o un daño a la salud.

El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimar la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

Características de riesgos socio-demográficas y económicas de las adolescentes:

Edad de la adolescente:

Mientras menor sea la adolescente mayor es el riesgo de un aborto a esta edad.

Procedencia:

Es más frecuente el aborto en aquellas adolescentes que residen en áreas rurales.

Escolaridad:

Se observa con mayor frecuencia el aborto en adolescentes analfabetas y con escolaridad baja, lo que les priva de educación sexual en sus centros de estudio.

Pobreza:

Adolescentes pobres y en extrema pobreza son grupos vulnerables y que se encuentran en riesgo de aborto..

Ocupación:

A esta edad la mayoría de las adolescentes estudia y muy pocas recurren a trabajar para mejorar en algo la mala situación económica en sus hogares.

Antecedentes Gineco-obstétricos de las adolescentes:

Edad de la menarquía:

Si la edad es precoz la adolescente tiende a iniciar su vida sexual a corta edad lo que la predispone al aborto.

Inicio de la vida sexual:

Un inicio de vida sexual a corta edad la predispone a embarazos no deseados que frecuentemente terminan en abortos.

Compañeros sexuales:

El sólo hecho de tener más de un compañero sexual en la adolescencia, predispone a la adolescente, no sólo a embarazos y abortos, sino a enfermedades de transmisión sexual.

Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes:

Este punto es de elevada importancia en la alta incidencia de abortos en la adolescencia debido a la falta de conocimiento sobre el uso de métodos de planificación familiar, sumado a la falta de provisión de los centros de salud.

Hijos vivos:

El tener hijos en la adolescencia genera el sentir de una maternidad satisfecha y el no desear un nuevo hijo.

Factores de la toma de decisiones de la adolescente:

Proyecto de vida, es interesante conocer los diferentes proyectos de vida ya que de esta forma se identifican algunas razones de las adolescentes de abortar o de parir.

Convivencia de pareja:

Generalmente si vive con la pareja la muchacha se sentirá apoyada en la decisión que tomó.

Opinión de la pareja:

El apoyo o rechazo de la pareja al descubrir el embarazo influencia grandemente las decisiones de las adolescentes.

Influencia de personas en la toma de decisiones:

Familiares, amigos, y otras personas pueden influenciar de cierta forma en la toma de decisiones, de continuar el embarazo en la adolescente o de abortarlo.

Religión:

Aunque la mayoría de adolescentes practican alguna religión esto no influencia la decisión al momento de un embarazo no deseado. (16)

Consejería sobre sexualidad, métodos de planificación familiar:

Las consejerías sobre temas de sexualidad a las adolescentes, disminuirían los altos índices de aborto.

Atención pre-natal:

Una adecuada atención en el embarazo es necesaria para lograr que este llegue a buen término.

Consejería sobre las consecuencias del aborto:

Este tipo de consejería educaría a las adolescentes y las concientizaría de lo grave que es un aborto en condiciones indebidas. (16)

Determinantes socioeconómicos de la fecundidad en el Adolescente:

A continuación, se presenta lo que los estudios disponibles dicen sobre estos
Tres factores determinantes próximos de la fecundidad en el adolescente. (18)

Factores globales

Los países de América Latina y el Caribe (ALC), entre ellos Colombia, Nicaragua no escapan de esta realidad, estudios realizados indican que una de las razones, por las cuales la educación sexual que sea impartido en las escuelas a los estudiantes colombianos desde 1994, ha tenido un impacto muy limitado en los estudiantes se deriva de la visión restringida de la sexualidad y el ser humano. En esta medida es necesario plantearse que el reto para la educación sexual del adolescente es lograr trascender las charlas sobre anticoncepción, infecciones de transmisión sexual y aborto, que se dictan en las aulas de clase, para incidir en la socialización sexual de la población.

Factores del contexto socio-cultural

Las Características culturales, que se evidencian en el conjunto de símbolos, lenguajes, prácticas compartida, creencias, normas, valores a través de las cuales una sociedad crea el contexto del que los individuos infieren orientaciones para vivir exitosamente no pueden ignorarse como uno de los factores socioeconómicos determinantes de la fecundidad del adolescente.

Según estudios, evidencian la importancia del contexto cultural, los valores, las percepciones sobre la familia y los hijos.

Existe evidencia en la literatura consultada sobre el efecto que tienen los medios de comunicación especialmente la televisión, sobre las actitudes de los jóvenes hacia los roles sexuales y hacia las relaciones sexuales en la adolescencia, las creencias acerca de los métodos de planificación familiar y sus expectativas de la actividad sexual. La televisión, al igual que otros medios de comunicación, juega un papel importante como agente socializador y los modelos de comportamiento que muestra inciden fuertemente en el desarrollo de las cogniciones románticas y sexuales de los y las adolescente.

Estos medios satisfacen las necesidades de información de los jóvenes en etapa de su desarrollo, en la que los padres o educadores lastimosamente dejan de ser la fuente principal ; Frente a los medios de información los jóvenes son altamente vulnerables , debido a que se encuentran en una época que están construyendo sus roles de género , actitudes y comportamientos sexuales.

Sin embargo, los padres pueden y deberían de contribuir en este proceso de formación de sus hijos mediante la supervisión y la comunicación sobre los temas que ven, clarificando de esta manera las creencias alrededor de las relaciones sexuales, sus consecuencias y su significado, para eso se hace fundamental establecer una buena comunicación constante con sus hijos, promover la participación y confianza.

Los estudios disponibles –incluidos estudios cuantitativos y cualitativos, sugieren que se ha subestimado el papel de los factores culturales y contextuales, valores, normas sociales y dinámica familiar en la fecundidad del adolescente. (18).

Factores, tales como el deterioro progresivo de la institución legal del matrimonio, la aceptación social del inicio más temprano de las relaciones sexuales previa a la conformación de la unión legal, la percepción de que la actividad sexual adolescente es común, y la tolerancia social de las uniones de los adolescentes sin conformación del matrimonio, promueve la pérdida de valores y la mayor exposición a relaciones sexuales, sin tener una educación de prevención de riesgos, por consiguiente , mayor embarazos y abortos en adolescentes .

Factores individuales y del hogar

En general, se puede afirmar que un bajo nivel educativo de la madre , un bajo clima educativo en el hogar , el desarrollo de la adolescente en un hogar mono parenteral , la experiencia previa de fecundidad adolescente en la familia, agresión física , verbal el nivel de violencia del hogar , el tipo de unión establecida por la madre , un bajo nivel de comunicación establecida por la madre y una mayor flexibilización de los padres en el control y supervisión de los jóvenes incrementan de manera significativa la probabilidad de inicio de las relaciones sexuales, al igual que embarazo y aborto en adolescentes.(18).

Según el departamento de planeación y estrategias para la reducción de la fecundidad y pobreza en el adolescente en Colombia, informa que la comunicación establecida con el /las adolescentes debe ser clara y directa , sin embargo el problema es que las madres provee mensaje parciales , es decir asume una conducta protectora, por lo cual imparten modelos sexuales fundamentados en concepciones tradicionales del rol de la mujer , frente a los y las adolescentes, el diálogo familiar normalmente esta dirigido más hacia prohibiciones , restricción de acciones y advertencias negativas del embarazo , pero muy poca información se provee a las jóvenes sobre su cuerpo , menstruación , o sobre el proceso mismo de la reproducción .

Situación de Políticas en adolescentes adoptadas por Costa Rica con enfoque de resultados.

Una de las experiencias de Costa Rica sobre la disminución de la fecundidad del adolescente, son las acciones tomadas en las políticas de este país para disminuir el embarazo en las adolescentes, es que vinculan a las familias de los jóvenes. Esta vinculación de la familia esta dada porque el entorno familiar tiene un impacto significativo en el comportamiento de los adolescentes, si no que también los padres al estar desinformados y no estar capacitados para abordar la sexualidad de sus hijos, pueden reaccionar de forma negativa ante el desarrollo de programas de educación sexual, pues temen que sus hijos se animen a iniciar actividad sexual ante la información que se les ofrece del tema.

Por tanto una de las formas de capacitarlos, es informándolos sobre la efectividad de los programas de educación sexual, en el desarrollo saludable de la sexualidad en los adolescentes. Promoviendo también la participación de los docentes, en talleres de capacitación sobre género, sexualidad y violencia.

En términos metodológicos dentro de las herramientas utilizadas la información cumple con doble papel informativo y formativo, la información debe de llenar el vacío de conocimiento, pero al mismo tiempo debe generar actitudes en los adolescentes. (18)

Situación de Políticas en adolescentes adoptadas por Nicaragua con enfoque de resultados.

Las estrategias y políticas adoptadas por Nicaragua para la prevención del embarazo en adolescente, dentro de sus ejes de acción sobresalen: Educación, desarrollo de habilidades, abstinencia.

1. Educación para adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, paternidad y maternidad responsable, valores, autoestima y habilidades para la vida.
2. Fortalecimiento y prevención del embarazo precoz y atención integral en los servicios de salud.
3. Fortalecer la relación entre los adolescentes y su familia y la comunidad.
4. Implementación de programas de desarrollo juvenil y de adiestramiento escolar. Club de adolescentes (18)

Sin embargo, una de las debilidades radica en la sostenibilidad de las intervenciones y la falta de seguimiento de las estrategias por parte de los diferentes gobiernos de turno.

Otras de las tendencias identificadas es que medimos mediante a resultados cualitativos descriptivos de las intervenciones y no cuantitativos, con énfasis en la mejoría en la educación, cambios de conducta.

Estudio realizado en León Nicaragua en febrero del 2001, que incluye a los adolescentes, padres de familia y educadores en relación al conocimiento sobre planificación familiar y las perspectivas del embarazo en las adolescentes concluye que prevalece desconocimiento y una serie de mitos entre padres y maestros acerca de métodos anticonceptivos y educación sexual. La información que poseen padres y maestros sobre planificación familiar es escasa e incorrecta. (19)

Educación en salud sexual y reproductiva en Nicaragua: Referente al comportamiento sobre salud sexual y reproductiva de Nicaragua según la Encuesta de Demografía y salud ENDESA 2006/2007, establece que la educación sexual mal orientada, acarrea problemas como la iniciación temprana de las relaciones sexuales sin responsabilidad y la maternidad en adolescentes.

Sin la información adecuada es difícil prevenir y controlar los embarazos no deseados o postergar el inicio de las relaciones sexuales. Sin embargo una educación sexual bien planeada debe de orientar a los jóvenes sobre los procesos de desarrollo y de madurez con un alto criterio respecto a la sexualidad y a la salud sexual y reproductiva.

Según la ENDESA 2006/2007, el 67% de las mujeres de 15-24 años de edad ha recibido información sobre educación sexual, de los cuales el 49% de la información sexual la recibió en la escuela.

Es relevante observar a nivel de país que un tercio de las mujeres de 15-24 años no ha recibido información formal referente al tema de educación sexual, siendo más alto en el área rural con 49% que el área urbana 21%.(20)

VII-DISEÑO METODOLOGICO:

Tipo de Estudio: Estudio analítico, de casos y controles.

Área de Estudio: Servicio de alto riesgo obstétrico (ARO I), del 2do piso del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, ubicado en la ciudad de León Nicaragua.

Al servicio de ARO I ingresan todas las pacientes embarazadas de 0 -20 semanas de gestación, con una patología obstétrica o médica que complica el embarazo.

Población de Estudio: Adolescentes de 10-19 años que acuden al servicio de ARO I con el diagnóstico de aborto en el período comprendido Agosto 2007- Agosto 2008, y las adolescentes con puerperio inmediato que finalizaron su embarazo satisfactoriamente.

Tamaño de la muestra y muestreo: Representatividad, un total de 330 encuestas en donde se tomó mediante un método estadístico, tomando en cuenta que la frecuencia de disfunción familiar en adolescentes es de 33%, según lo establecen otros estudios (11); con un índice de confianza de 95%, Poder de 80%, que corresponde a 110 casos y 220 controles, con relación 1 caso /2 controles. Durante el periodo de estudio hubo un total de abortos en el servicio de 510, de los cuales un 22% (118 casos), le corresponden a aborto en adolescentes.

Definición de caso: Paciente adolescente en edades comprendidas de 10-19 años que acuden al servicio de ARO I con el diagnóstico de aborto, que aceptó participar en el estudio.

Definición de control: Paciente adolescente en edades comprendidas de 10-19 años que acuden al servicio de UMI (Unidad materno infantil) por puerperio fisiológico inmediato (primeras 24 horas posparto). Los controles fueron seleccionados diariamente, por cada caso de aborto en adolescente que se presentaba en el servicio de ARO I, se seleccionaban 2 controles del servicio de unidad materno infantil (UMI).

El investigador selecciono este grupo control, con el propósito de aplicar el test de APGAR familiar y tratar de clasificar el grado de disfunción familiar en las Adolescentes que abortan y las adolescentes que terminan satisfactoriamente su embarazo, tratando de comprobar la hipótesis planteada.

Criterios de Exclusión:

Mujeres Mayores de 19 años con un aborto.

Adolescentes con un aborto complicado.

Analfabetas.

Negación a la participación en el estudio.

Aspectos éticos: En todos los momentos y etapas del estudio el investigador respetó la confidencialidad, realizó un abordaje previo con las pacientes, destacando en qué consistía el estudio y respetando el derecho a la participación e integridad de la paciente. La aplicación del instrumento del APGAR familiar fue voluntaria, es anónima, no lleva nombre, ni dirección, un requisito es que debe ser llenada por el propio paciente, previa autorización verbal.

Instrumento de recolección de la información:

Fuente Primaria, encuesta, APGAR Familiar, la cual fue aplicada por el investigador y llenada por el propio paciente. Los cinco parámetros evaluados en el instrumento, APGAR familiar:

1. Adaptabilidad,
2. Participación.
3. Afecto.
4. Crecimiento.
5. Recursos.

Procesamiento de Datos:

A los resultados se le aplicó estadística descriptiva y de regresión logística con cruce de variables identificadas como de riesgo. Utilizando el test de APGAR familiar, se determinó el grado de disfunción familiar en las adolescentes. Mediante la razón de productos cruzados u odds ratio, se estableció el riesgo de padecer un aborto en adolescentes para cada una de las variables identificadas. La información obtenida fue procesada mediante el software SPSS 12.0. El investigador realizó una prueba piloto para validación del instrumento de recolección de la información.

Beneficios de los resultados

1. El estudio permitió abordar el problema del aborto del adolescente, de forma diferente, desde un aspecto social, con énfasis en la familia.
2. Información que nos oriente a la Promoción y fortalecimiento de la comunicación de los padres con sus hijos, con un enfoque preventivo.

Fortalezas del estudio:

1. El instrumento APGAR Familiar utilizado en el estudio es una herramienta validada y probada, es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil en la identificación de familias de riesgo.
2. Se realizó análisis de regresión logística de las variables de riesgo identificadas para controlar factores de confusión el cual permitió mayor validez al estudio.
3. Muestra significativa de aborto de adolescentes en el año. (110 casos).
4. La obtención de la información fue a través de encuesta utilizándose una fuente de información primaria y no se utilizó información de expedientes o fuentes secundaria.
5. La principal fortaleza de nuestro estudio es que aporta un nuevo elemento a considerar como es la disfunción familiar moderada a severa, como factor de riesgo de aborto en adolescentes, que en estudios previos, dicho factor familiar, no se había tomado en cuenta.

VIII- RESULTADOS

Total de encuestas realizadas casos /control (110 casos /220controles).

Las variables sociodemográficas analizadas con significancia estadística de riesgo sobresalen La disfunción familiar, la procedencia Urbana, y el antecedentes familiar de licor (valor de $p= 0.000$, para cada una de las variables).

La disfunción familiar clasificada como moderada y severa estuvo presente en el 19% de las adolescentes con un aborto, definidas como caso y sólo se presento en el 0.3% de los controles, observándose una diferencia del 18%, se logró identificar claramente que las adolescentes con aborto tenían mayor afectación de la funcionalidad familiar que los controles.

El estado civil soltero de la adolescente resultó ser una variable de riesgo con significancia estadística con un valor de $p=0.004$.

No se encontró significancia estadística de riesgo en el estudio de las variables: Inicio de vida sexual activa, valor de ($p=0.1$), Baja escolaridad, valor de ($p=0.1$), Antecedentes familiares de aborto, valor de ($p=0.46$), haber recibido información sobre prevención de un embarazo valor de ($p= 0.1$), sin religión, valor de ($p=0.8$).

La procedencia urbana resultó tener seis veces mayor riesgo de padecer un aborto en adolescente en relación a la procedencia rural. El inicio de vida sexual activa antes de los 18 años duplica el riesgo de padecer un aborto en adolescentes. (Odds ratio ajustado 1.5).

El parámetro básico de la función familiar más afectado en el estudio sobresale en primer lugar la participación, Caso (79.1%) vs Control (10.4%), para una diferencia entre caso y control de de 68.7%. El segundo parámetro de la función familiar más afectado, sobresale Ganancia o crecimiento, Caso (54.5%) vs Control (1%) para una diferencia de 53.5%.El tercer parámetro de la función familiar más afectado en el estudio sobresale el componente de Recursos, Caso (35.5%) vs Control (1.4%), para una diferencia de 33.6%.El cuarto parámetro de la función familiar más afectado en el estudio sobresale el Afecto, Caso (31.8%) vs Control (1.8), para una diferencia de 30%.

Disfunción familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes,
Servicio de Alto riesgo Obstétrico, ARO I, HEODRA, Agosto 2007-2008.

El quinto parámetro afectado de la función familiar en el estudio, es la Adaptación, el cual le correspondió para Caso (36.4%) vs Control (7%), para una diferencia de 29.4%, con mayor afectación, en las adolescentes con un aborto definidas como caso.

IX- DISCUSIÓN Y ANALISIS:

1-Principales Hallazgos: El inicio de la relaciones sexuales en las adolescentes del estudio se da a una edad promedio de 15 años, esto concuerda con estudios consultados tanto a nivel nacional como internacional, Según lo refiere el Ministerio de salud, MINSA Nicaragua en el documento lineamientos básicos para la prevención del embarazo en la adolescencia; También este mismo promedio de edad, de 15 años de inicio de relaciones sexuales en adolescentes es referido por estudios consultados como es el análisis preliminar de la situación de salud de Venezuela, y estudio realizado en México por Bessna R. y cols.

Estudios consultados refieren que el inicio de las relaciones sexuales tempranas es actualmente favorecido, debido a factores biológicos de menarca temprana, mayor independencia económica a menor edad, influencia externa de programas televisivos, sin un mensaje de prevención o protección responsables. (10, 12,15).

En nuestro estudio la disfunción familiar clasificada como moderada y severa fue 18 veces mayor en las adolescentes con un aborto ,definidas como caso en relación a los controles , esta diferencia marcada de disfunción familiar entre casos y controles podría interpretarse en que la disfunción familiar es más marcada en la adolescente que aborta que en la adolescente que llega a parir y termina su embarazo satisfactoriamente , Sin embargo , una de las posibles explicaciones a la diferencias marcadas observadas en los casos , es que las adolescentes que abortan se encuentran en un estado emocional de luto y pérdida, lo que podría modificar sus respuestas al aplicar la herramienta del test de APGAR familiar. La información consultada como es el documento de estrategias y lineamientos básicos para la prevención del embarazo en la Adolescencia, del Ministerio de Salud Nicaragua, establece que un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura con el propósito de huir de un hogar patológico, y por consiguiente mayor riesgo de aborto.(12)

La procedencia urbana resultó ser una variable con significancia estadística, en donde las adolescentes con procedencia urbana tienen seis veces más riesgo de aborto que las adolescentes del área rural, en nuestro estudio el 56% de los casos resultaron de procedencia urbana. Una posible explicación de este resultado obtenido, es que las adolescentes del área urbana tienen mayores libertades, independencias, y están más expuestas a estímulos visuales y televisivos, fiestas con el consiguiente mayor riesgo de relación sexual no planificada y de aborto. Otro probable factor que debe tomarse en cuenta en las adolescentes del área urbana, es el mayor acceso a fármacos como es el misoprostol para interrumpir el embarazo; lo obtienen sin prescripción y de venta libre, debe sumarse a este resultado obtenido el mayor acceso a los servicios de salud de atención del aborto .

El estado civil soltera, resultó ser una variable de riesgo en el estudio, (valor de $p=0.004$), presentándose en un 40% de los casos y en un 57% de los controles, estos datos son consistentes con la información revisada del Ministerio de Salud MINSa Nicaragua; el documento de estrategias y lineamientos de prevención del embarazo en adolescentes establece ,que las adolescentes generalmente se unen y quedan embarazadas entre los 14 y 17 años, a través de la “unión de hecho”, formando familias estructuralmente inestables lo que a su vez va íntimamente relacionado con la deserción escolar y perpetuación del ciclo de la pobreza. (12).

La baja escolaridad definida como primaria incompleta se presentó tanto en los casos como en los controles, 38% de los casos y 29% de los controles con una diferencia porcentual de 9% mayor en los casos, aunque no fue una variable con significancia estadística en el estudio (Valor de $p= 0.1$), se observa un alto porcentaje de baja escolaridad, esto concuerda con estudios revisados (12,14), que refieren mayor frecuencia de aborto en adolescentes con baja escolaridad.

Las adolescentes del estudio tanto en los casos como en los controles tenían una religión; La variable religión, se presentó en el 77% de los casos y en un 90% de los controles, sin embargo no presentó significancia estadística (para un valor de $p=0.7$). El tener una religión no resultó ser un factor protector, esto concuerda con la revisión de un estudio realizado en el centro de adolescentes del hospital Bertha Calderón en el año 2005. (14)

El antecedente familiar de licor resultó en el estudio ser una variable significativa de riesgo, (valor de $p=0.00$), se presentó en un 52%, tanto en los casos como en los controles, este dato es interesante, denotando que en más de la mitad de las adolescentes del estudio, estuvieron expuestas al antecedente familiar de licor, los estudios revisados se corresponden con nuestra información obtenida, en donde se establece que los factores identificados como de riesgo de embarazo y aborto en adolescentes sobresalen el alcoholismo en la familia. (4, 12,16)

Ocupó el primer lugar de afectación de los cinco componentes de la funcionalidad familiar, la **Participación**, denotando que las adolescentes con un aborto no son tomados en cuenta, o no participan en las decisiones importantes que son tomadas en el hogar; El componente participación estuvo afectado en el 79% de los casos y solamente en el 10% de los controles, para una diferencia porcentual de 68% de mayor afectación en los casos. Este resultado es de suma importancia, las referencias consultadas consideran el funcionamiento Familiar, como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de la categoría de participación y adaptabilidad. (1,11). El segundo lugar más afectado de la funcionalidad familiar, lo ocupó el componente de **Ganancia o crecimiento**, con mayor afectación las adolescentes con un aborto definidas como caso, con una diferencia porcentual de afectación del 53%, este resultado denotó, que las adolescentes del estudio con un aborto se sienten insatisfechas, con el tiempo que comparten con su familia, el tiempo para estar juntos los fines de semana, los espacios en la casa.

Este resultado es similar a otros estudios sobre funcionalidad familiar en adolescentes embarazadas realizado por la facultad de medicina UNAM (México2004), los componentes más afectados fueron el de Crecimiento y afecto. (11)

El cuarto lugar de afectación de la función familiar en el estudio, le corresponde al **Afecto**, de mayor predominio de afectación en los casos, para una diferencia porcentual de 30% .correspondiendo respectivamente Caso (31.8%) vs Control (1.8), Lográndose observar que los controles percibían mayor afecto por parte de sus padres. Las adolescentes del estudio con un aborto se sentían insatisfechas con su familia, sentían que su familia no la quiere, no le expresan cariño y amor. Similar a un estudio sobre funcionalidad familiar en donde el **Afecto**, ocupó el primer lugar, en nuestro estudio ocupó el cuarto lugar de afectación. (11)

X- CONCLUSION:

La disfunción familiar moderada a severa, resultó ser un factor de riesgo de aborto en adolescentes. Las adolescentes con un aborto tenían disfunción familiar moderada a severa 18 veces mayor que los controles, comprobándose nuestra hipótesis. También se identificó que el riesgo de aborto en adolescentes se agrava, si está asociado a procedencia urbana y el antecedente familiar de licor.

XI- RECOMENDACIONES:

A nivel del Hogar:

1. Padres de familia deben de promover la participación de sus hijos en los problemas del hogar a través de la distribución de las responsabilidades, compartiendo solidariamente los problemas y la toma de decisiones del hogar esto se podría lograr con mejoría en la comunicación.
2. Padres de familia deben promover la madurez emocional y física de sus hijos, autorrealización de cada uno de sus miembros del hogar a través del apoyo mutuo.
3. Compartir mayor tiempo con sus hijos, calidad de tiempo permitirá resolver los problemas del grupo familiar.
4. Indagar que problemas tiene su hijo , con quien anda la mayor parte del día, quienes son sus amigos , que fuente de información sexual están recibiendo , en la escuela , amigos , internet, televisión.

A nivel de primer nivel de atención en salud:

El test de APGAR familiar, podría ser una herramienta útil y fácil de utilizar en adolescentes que acuden a los servicios de salud del primer nivel de atención, para identificar adolescentes con disfunción familiar y clasificar a los adolescentes con mayor riesgo, con su posterior referencia hacia la atención psicológica.

1. Sugerimos evaluar las herramientas metodológicas utilizadas para la información en salud sexual, la información obtenida en los diferentes niveles como son padres de familia, maestros y adolescentes, debe cumplir con doble papel informativo y formativo.

XII- REFERENCIAS

- 1- Ortiz María T. y col. La salud familiar, caracterización en un área de salud.
Rev. Cubana Med Gen Integr 1999; 15(3):303-9.

- 2- United Nations Population fund. 2001, the state of world population 2001;
footprints and milestones: population and enviromental change. New York, NY,
United Nations Population Fund.

3. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud .Lineamientos de políticas
Institucionales de salud del MINSAL, Managua Nicaragua 2007- 2011.

4. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Medicina de la
Adolescencia. Serie PALTEX para ejecutores de Programas de Salud No. 20.
Washington D.C. 1992.

5. Arias C Liliana, M.D.1, Herrera Julián A., M.D.2 El APGAR familiar en el
cuidado primario de salud.

6. IPAS. Un diagnostico Nacional de la atención Postaborto, Nicaragua 2003.

7. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud. Lineamientos de políticas
Institucionales de salud del MINSAL. Managua Nicaragua 2007- 2011.

8. Herrera P. María. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud.
Santi Rev. Cubana Med gen Integr .1997.

Disfunción familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes, Servicio de Alto riesgo Obstétrico, ARO I, HEODRA, Agosto 2007-2008.

9. Monografías .com. Psicología. Evaluación de un programa de intervención en familias disfuncionales de Veguitas. Marzo y Noviembre del 2004.

10. Bessna Raquel y cols. "Necesidades de adolescentes en situación de aborto espontáneo" Ipas México, A.C.

11- Rangel, L Valerio y cols. Artículo: Funcionalidad Familiar en la adolescente Embarazada. Rev. Facultad de medicina UNAM, Vol. 47, Enero –Febrero 2004.

12- Ministerio de Salud Nicaragua. Estrategias y lineamientos básicos para la prevención del embarazo en la Adolescencia. Dirección del primer nivel de Atención. Managua Nicaragua Abril 2003.

13- Vargas O. El ABC de la situación socioeconómica en Nicaragua. Noviembre 2006.

14- Organización panamericana de la salud /Organización Mundial de la Salud OPS/OMS©. Descubriendo las voces de las adolescentes. Definición del empoderamiento desde la perspectiva de las adolescentes. Unidad de Salud del Niño y del Adolescente. Área Salud Familiar y Comunitaria. DRAFT-NOVIEMBRE 2006.

15-Fondo de las naciones unidas para la infancia .UNICEF. Código de la niñez y adolescencia. Ley No.287. Managua, Nicaragua 2007.

16 González Pavón José R. Determinantes del aborto en adolescentes, Centro de adolescentes Hospital Bertha Calderón. Enero – Junio 2005.

Tesis monográfica para optar al título de Máster en salud pública CIEES. Managua.

Disfunción familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes,
Servicio de Alto riesgo Obstétrico, ARO I, HEODRA, Agosto 2007-2008.

17- Organización Panamericana de la salud–Organización Mundial de la salud.
OPS-OMS. Análisis preliminar de la situación de salud de Venezuela.

18- Departamento Nacional de Planeación. Fecundidad adolescente y pobreza.
Diagnóstico y lineamientos de política, Bogotá, Colombia .2007.

19- Blandón Alfaro. Planificación Familiar y Algunas Perspectivas de
Embarazos en adolescentes. Hospital escuela Oscar Danilo Rosales.
León, Nicaragua. Febrero 2001.

20-Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud. ENDESA 2006/2007.
Informe final .Junio 2008.

ANEXOS

Disfunción familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes,
Servicio de Alto riesgo Obstétrico, ARO I, HEODRA, Agosto 2007-2008.

Tabla 5 Factores de riesgo asociados al aborto en adolescentes, ARO I, HEODRA, León, 2007-2009.

Factores de riesgo	Control	Caso	Total	Valor P	Odds Ratio Crudo (IC 95%)	Odds Ratio Ajustado (IC 95%)	Valor P
Edad:							
≥ 18	129	52	181	0.0505	1.5 (0.97-2.59)	1.5 (0.7-3.3)	0.2
< 18	91	58	149				
Escolaridad:							
Alta	157	68	225	0.07	1.5 (0.92-2.5)	0.4 0.1-1.2()	0.1
Baja	63	42	115				
Procedencia:							
Rural	105	48	153	0.4	1.1 (0.7-1.9)	6.0 (2.3-15.5)	0.000
Urbano	115	62	177				
Religión:							
Si	198	85	283	0.001	2.6 (1.3-5.2)	0.8 (0.2-3.2)	0.7
No	22	25	47				
Estado civil:							
Casada/acompañada	93	70	163	0.0002	0.4 (0.2-0.6)	0.2 (0.1-0.6)	0.004
1S Soltera	127	40	167				
IVSA:							
≥ 18	8	15	23	0.0007	0.2 (0.09-0.6)	0.3 (0.09-1.2)	0.1
< 18	212	95	307				
Anteced. Familiar aborto:							
No	23	32	55	0.0000	0.2 (0.1-0.5)	0.3 (0.1-0.98)	0.46
Si	197	78	275				
Anteced. Familiar de licor:							
No	105	48	153	0.4	1.1 (0.7-1.9)	0.1 (0.06-0.4)	0.000
Si	115	52	177				
Recibió educación sobre prev. emb:							
Si	195	86	281	0.01	2.1 (1.1-4.2)	0.4 (0.1-1.5)	0.1
No	25	24	49				
Disfunción familiar:							
No	219	47	266	0.000	293 (41-5937)	704 (68-7198)	0.000
Si	1	63	64				

* Escala considerada de riesgo.

Disfunción familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes,
Servicio de Alto riesgo Obstétrico, ARO I, HEODRA, Agosto 2007-2008.

Título: *Disfunción familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes atendidas en el servicio de ARO I, del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (León-Nicaragua) en el período comprendido Agosto 2007 –Agosto 2008.*

La siguiente encuesta es de carácter investigativo y confidencial por lo cual no es necesario que ponga su nombre, solamente le pedimos sinceridad en sus respuestas con el propósito de mejorar la atención y la problemática del aborto en adolescentes.

Marque con una x las respuestas que usted considere.

Numero de ficha: _____

I -Datos generales:

1- Edad: 1.1) 10 – 14 Años _____ 1.2) 15- 19 años _____

2- Procedencia:

2.1) Urbana _____ 2.2) Rural _____

3- Escolaridad:

3.1) Primaria _____ 3.2) Secundaria _____ 3.3) Universidad _____ 3.4) Ninguna _____

4- Religión:

4.1) Católica _____ 4.2) Evangélica _____ 4.3) Ninguna _____ 4.4) Otras _____

5- Estado Civil:

5.1) Soltera _____ 5.2) Casada _____ 5.3) Acompañada: _____

Datos Socioeconómicos:

6- ¿Cuántas Personas viven en su casa?

6.1) 3 Personas _____ 6.2) 4-5 Personas _____ 6.3) 6 o más personas _____

7- Las personas responsables de su alimentación, estudios y manutención son:

7.1) Padre y madre _____ 7.2) solamente mi madre _____ 7.3) abuelitos _____

7.4) Familiares _____ 7.8) otros _____

Datos socioculturales:

8- ¿A que edad tuvo su primera relación sexual?

8.1) 10-12 años _____ 8.2) 13-15 años _____ 8.3) 16-19 años _____

9- ¿Cuándo comenzó a tener relaciones sexuales a quien le contó su situación que estaba viviendo?

9.1) Padre y madre _____ 9.2) solo a mi madre _____ 9.3) amigos _____

9.4) Familiares _____ 9.5) A nadie _____

Disfunción familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes,
Servicio de Alto riesgo Obstétrico, ARO I, HEODRA, Agosto 2007-2008.

10- ¿Alguien de su familia que vive en su casa ha padecido un aborto?

10.1) Hermana _____ 10.2) Madre _____ 10.3) Familiar _____

11- Alguien De su familia que habita en su casa toma frecuentemente licor:

11.1) Mi padre _____ 11.2) Mi madre _____ 11.3) Mi hermano/a _____

11.4) Otros _____

12- Alguna vez ha ingerido o usado?

12.1) Alcohol _____ 12.2) cigarros _____ 12.3) Drogas _____ 12.4) nada de lo mencionado _____

13- Sabía usted que estaba embarazada: 13.1) SI _____ 13.2) NO _____

14 -De quién ha recibido información para prevenir un embarazo:

14.1) De mis amigas _____ 14.3) De mis padres _____ 14.5) Del personal salud _____

14.2) De un Familiar _____ 14.4) De mis maestros _____ 14.6) TV -Radio _____

14.7) De nadie _____

15) En los últimos 3 meses anteriores ha querido irse de su casa:

15.1) SI _____ NO _____

16) Cual fue la principal causa para irse de su casa:

16.1) Enojo _____ 16.2) Por mi novio _____ 16.3) pleitos de mis padres _____

16.4) Pleitos de mis hermanos _____ 16.5) Mis padres no me escuchan _____

16.6) Mis padres no me quieren _____ 16.7) Otros _____

17) Cual fue su principal reacción o temor al darse cuenta que estaba embarazada:

17.1) Miedo a la reacción de mis padres _____

17.2) Alegría por tener un hijo _____

17.3) Miedo a que me corrieran de la casa _____

17.4) Miedo a que me dejara mi novio _____

17.5) Miedo a perder la escuela _____

17.6) Pensé en abortarlo _____

Disfunción familiar como factor de riesgo asociado al aborto en adolescentes,
 Servicio de Alto riesgo Obstétrico, ARO I, HEODRA, Agosto 2007-2008.

APGAR FAMILIAR.

Valor	Nunca 0	Casi nunca 1	Algunas veces 2	Casi siempre 3	Siempre 4	Puntaje
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un Problema? (adaptación)						
Las decisiones importantes, ¿se toman en conjunto en la casa? (Participación)						
¿Siente que su familia lo quiere y le expresa cariño y amor ? (Afecto)						
¿Esta satisfecho con el tiempo que comparte con su familia , el tiempo para estar juntos los fines de semana, los espacios en la casa y el dinero? (Ganancia o crecimiento)						
Este satisfecho con el apoyo que recibe de su familia para emprender nuevas actividades, metas. (Recursos)						

MUCHAS GRACIAS