

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

UNAN-LEÓN



**TESIS PARA OPTAR AL
TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA**

Factores de Riesgo del Embarazo no planificado en adolescentes que asisten al Hospital César Amador Molina de Matagalpa, en el período de Julio - Agosto del año 2009.

**AUTORES: Br Rómulo Leytón Delgado
Br Karla Marbellí González Mercado.**

**TUTOR: Dr. Nelson Delgado Gutiérrez
Especialista en Ginecología y Obstetricia.**

**ASESOR: Dr. Gregorio Mátus Lacayo.
Máster en Salud Pública.**

OPINION DEL TUTOR

Adquiere la connotación de embarazo no planificado a toda gestación que se presenta fuera de los planes conscientes en cualquier miembro de la pareja, por diversas situaciones como: falta de prevención anticonceptiva, uso inadecuado o falla de los métodos anticonceptivos, así como resultado de abuso sexual.

El tema del embarazo en adolescentes ha sido motivo de discusión y análisis debido a varios factores, sobre todo por el aumento en el número de madres adolescentes, y porque, frecuentemente, los embarazos en esta edad son no planificados, no deseados y tienen la probabilidad de causar daño a la salud de la joven madre y del recién nacido o de ambos, en caso de que este llegue a término, pues muchos de estos terminan en abortos provocados en condiciones inadecuadas e inseguras.

La vida de las(os) adolescentes que se enfrentan a un embarazo no planeado cambia drásticamente, pues se ven obligadas a dejar sus estudios, frecuentemente son víctimas del rechazo familiar y del maltrato, además de que su condición económica y la de sus familias se ve severamente afectada.

El embarazo en adolescentes no solo repercute en la vida de esto(as), sino también en la de sus hijos e hijas, la familia y de la sociedad en general. Esta problemática se manifiesta en varios ámbitos, por ejemplo: interrumpe el proceso de formación y educación de los adolescentes, sobre todo de las madres; hay una temprana inserción en el mercado laboral; aumenta las condiciones de pobreza y los hogares desintegrados.

Factores que han sido ampliamente demostrados por los autores del presente estudio, como una pequeña contribución ante esta creciente problemática.

Por esta razón, es fundamental realizar acciones coordinadas ***para informar y sensibilizar a la sociedad acerca de la importancia de la prevención de embarazos en adolescentes.***

Dr. Nelson Delgado Gutiérrez
Ginecólogo y Obstetra

INDICE.

CONTENIDO	PÁGINAS
PORTADA	1
OPINION DEL TUTOR	2
INDICE	3
INTRODUCCION	4
ANTECEDENTES	6
JUSTIFICACION	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
OBJETIVOS	11
HIPOTESIS	12
MARCO TEORICO	13
DISEÑO METODOLOGICO	28
RESULTADOS	34
DISCUSION DE RESULTADOS	51
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFIA	59
ANEXOS (FICHA)	62

INTRODUCCIÓN

En los países desarrollados y en las sociedades industrializadas, se reconoce a los adolescentes como grupo de población bien definido. Sin embargo, en las naciones en desarrollo, es relativamente reciente su reconocimiento como etapa de la vida con características propias.

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés. En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren cambios, entre los cuales podemos mencionar; cambios fisiológicos, somáticos, mentales, emocionales y sociales que conducen al individuo hacia la madurez del adulto.

El embarazo en cualquier edad constituye un hecho bio-psicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud pública, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.

La mortalidad relacionada con el embarazo (materna, fetal tardía, neonatal e infantil) presenta tasas más altas en las mujeres menores de 19 años.

En las adolescentes el mayor riesgo comparativo observado no parece ser debido tanto a las especiales condiciones fisiológicas, si no más bien, a las variables socioculturales que conllevan a un embarazo no planeado y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione.

Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja u otras condicionantes socioculturales, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición.

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física ni mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

Los embarazos en las Adolescentes son más frecuentes alrededor de la menarquía, por esta razón los embarazos que se inician en los primeros 5 años de pos menarquía adquieren especial prioridad por los riesgos maternos y perinatales que conllevan.

Para finalizar, podemos afirmar que son numerosos los argumentos para decir que el embarazo en la adolescencia se comporta como de riesgo elevado, por lo que se hace necesario el desarrollo de políticas serias de salud, sobre todo en educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etáreo, lo que garantizará una mejor calidad de vida y una repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.

ANTECEDENTES.

El presente estudio es un esfuerzo propio realizado en el Hospital César Amador Molina de Matagalpa ya que no existen estudios previos en esta región ni en este grupo en particular, como son las adolescentes, que son muy estudiadas en el mundo ya que según la OMS es el periodo en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica.

En un estudio de Riesgo reproductivo y natalidad en adolescentes embarazadas en Chile, está bien establecido que el embarazo en las adolescentes y el parto en sí es un factor de alto riesgo de muerte materna. Según este mismo estudio alrededor de 14 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años dieron a luz cada año en el periodo del año 1995 al 2000 sumando un poco más del 10 % del total de nacimientos a nivel mundial, mientras que en los países en desarrollo se dieron 12.8 millones de partos(1).

En un estudio realizado sobre Madres solteras adolescentes en Colombia se encontró una marcada asociación entre pobre educación y aumento de embarazos no planificados (2).

Nicaragua es un país de adolescentes; la mitad de la población tiene menos de 17 años, según estimaciones del INEC (Instituto de Estadísticas y Censos) señalan una tasa de fecundidad en adolescente de 152 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años (3).

Según encuesta realizada en el año 2005 donde ubican a Nicaragua como el país de América Latina con la tasa de fecundidad más alta en las adolescentes, en esta misma encuesta se evidenció la intrínseca relación entre el nivel de educación y la fecundidad, demostrando que las adolescentes sin educación presentan una tasa de fecundidad más alta hasta 6 veces mayor que las que tienen un nivel superior de educación y casi 5 veces mayor cuando no llegaron a 4to grado de primaria. En Nicaragua a pesar que la tendencia ha sido hacia disminución de las tasas de fecundidad general, existen datos del 2005 los cuales indican que los y las

adolescentes constituyen el 25% de la población del país, Según ENDESA del 2005, la tasa global de fecundidad para el departamento de Matagalpa se estima en 3.5 hijas/os por mujer, mientras que la tasa global de fecundidad en España es de 1.24 hijas/os por mujer (3).

De acuerdo con el estudio realizado en Cochabamba Bolivia se determinó la frágil de la situación de las adolescentes y su entorno familiar como línea de base en su salud sexual y reproductiva de las adolescentes (4).

En otro estudio a cerca del mundo afectivo de las adolescentes realizado en una Universidad de Manizales Colombia, encontraron que la familia de las adolescentes estaba disgregada y eso abono a la aparición de embarazos no planificados en dicho grupo (5).

En otro estudio patrocinado por la OPS se describieron los factores determinantes de embarazo no deseados en Bogotá Colombia (6).

Otro estudio demostró la asociación de pobreza y embarazo en adolescentes, con los factores mas frecuentes como pobre escolaridad, hacinamiento, familia disfuncional, etc. (7).

El incremento del embarazo y el parto en edades tempranas constituye un problema universal, pues de acuerdo con el Centro de información de fecundidad de Washington, tres millones de adolescentes paren en el mundo anualmente. (9)

JUSTIFICACIÓN

Con el presente trabajo se pretende conocer los factores asociados a embarazos de adolescentes no planificados, ya que en la actualidad se trabaja en el tema de la adolescencia enfocados en el manejo de las consecuencias y no se hace énfasis en la prevención del embarazo y aunque se conocen algunos factores a nivel institucional, tales no son conocidos por las protagonistas, y en los cuales es considerable la idea de actuar sobre todo a nivel del núcleo familiar, debido a que este grupo alcanza hasta el 28% de la población total y es un grupo en expansión.

Históricamente ha sido un sector marginado, es un grupo muy susceptible a los cambios físicos, sociales, psicológicos, ambientales y familiares principalmente al momento de enfrentar el embarazo ya que esta demostrado en la practica que la mayor cantidad de muertes maternas en Nicaragua son mujeres en los extremos de la edad fértil, adolescentes y embarazadas añosas, según las estadísticas del MINSA la mayoría de las muertes maternas son evitables y debemos centrar esfuerzos en la prevención del embarazo no planificado en las adolescentes, lo que sucede a pesar de la amplia difusión y oferta de los métodos anticonceptivos en todas y cada una de las unidades de salud de la red del Ministerio de Salud.

Por lo tanto realizaremos esta investigación, teniendo como punto de partida y considerando que el Departamento Matagalpa tiene una de las tasas de fecundidad más altas del país, de Mortalidad Materna, perinatal e infantil, por tanto debemos multiplicar nuestros esfuerzos en dirección de prevenir el embarazo no planificado en las adolescentes, contribuyendo de esta manera a disminuir las muertes maternas y abortos por embarazos no deseados, disminuir la alta tasa de fecundidad que tiene gran impacto en el aumento de la pobreza del país, además de las repercusiones personales a la joven embarazada entre ellas tenemos: madre soltera, dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas,

abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en adolescencia. Todo esto redundará en proliferación de los anillos de pobreza en las comunidades de nuestro departamento que a pesar de ser nominalmente un SILAIS priorizado aún padecemos del letargo de las políticas de salud. A partir de este esfuerzo necesitamos en nuestro Hospital César Amador Molina una Clínica de Adolescentes donde puedan acceder a una atención integral con equipo multidisciplinario compuesto por Médicos Generales, Ginecólogos, Psicólogos y el infaltable cuerpo de enfermería quienes brindarán a este grupo la atención necesaria y precisa con respecto a las dudas que todo adolescente se plantea en esta etapa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los Factores de Riesgo en general de las adolescentes como causa de Embarazos no Planificados?

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar los Factores de Riesgo en general de las adolescentes como causa de Embarazos no planificados de Julio a Agosto del año 2009 en el Hospital César Amador Molina de Matagalpa.

ESPECÍFICOS:

1. Describir las características socio-demográficas de la población de mujeres embarazadas durante el estudio.
2. Identificar las condiciones socioeconómicas de las mujeres embarazadas en el periodo de estudio.
3. Determinar los principales factores de riesgo: individual, familiar, social y cultural de las mujeres captadas en el periodo de estudio.

HIPOTESIS

Los factores de riesgo como:

La Menarca precoz, el inicio de relaciones sexuales a temprana edad sin anticonceptivos, la promiscuidad, el bajo nivel de educación y la familia disfuncional son factores determinantes para la aparición del embarazo no planificado en la adolescencia.

MARCO TEÓRICO

La OMS: define adolescencia como el "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica". (8)

Fija sus límites entre los 10 y 19 años.

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud, pero desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos un caso especial.

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20% al 25% de su población. En el año 2000 la población adolescente llego a 1,100 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de embarazos en mujeres menores de 20 años.

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1. – Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el *periodo peri puberal*, con grandes cambios corporales y funcionales como la Menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. – Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. – Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes".(11)

El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales desde hace ya unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto. En lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares. (12)

A) FACTORES PREDISPONENTES DE EMBARAZO:

1. – Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. – Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. – Familia Disfuncional: uní parentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. – Mayor tolerancia del medio a la Maternidad Adolescente y/ o Sola.
5. – Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
6. – Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. – Pensamiento Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. – Fantasías De Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. – Falta o distorsión de la Información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.

10. – Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.

11. - Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.

12. - Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

13. – Menor temor a enfermedades de transmisión sexual.

B. – FACTORES DETERMINANTES DEL EMBARAZO:

1. – *Relaciones Sin Anticoncepción.*

2. – *Abuso Sexual.*

3. – *Violación*

CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES:

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

A. – Sociedad represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines de procrearse.

Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

B. – Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

c. – Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

D. – Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

1. – Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.

2. – Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores pre disponente y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse. (13)

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES

A. – LA ADOLESCENCIA DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

La maternidad es un rol de la edad adulta. Cuando ocurre en el periodo en que la mujer no puede desempeñar adecuadamente ese rol, el proceso se perturba en diferente grado.

Las madres adolescentes pertenecen a sectores sociales más desprotegidos y en la circunstancia en que ellas crecen su adolescencia tiene características particulares.

Es habitual que asuman responsabilidades impropias de esta etapa de su vida, reemplazando a sus madres y privadas de actividades propias de su edad, confundiendo su rol dentro del grupo, comportándose como "*hija-madre*", cuando deberían asumir su propia identidad superando la confusión en que crecieron.

También, en su historia, se encuentran figuras masculinas cambiantes, que no ejercen un rol ordenador ni de afectividad paterna, privándolas de la confianza y seguridad en el sexo opuesto, incluso con el mismo padre biológico. Así, por temor a perder lo que cree tener o en la búsqueda de afecto, se someten a relaciones con parejas que las maltratan.

En otros casos, especialmente en menores de 14 años, el embarazo es la consecuencia del "*abuso sexual*", en la mayoría de los casos por su padre biológico.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses; con escolaridad pobre; sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio); con modelos familiares de iniciación sexual precoz; por estimulación de los medios, inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contrayendo enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías, el amor que compense sus carencias.

B. –ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la *adolescencia temprana*, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exageran los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven

muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la *adolescencia media*, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del *exhibicionismo*. Es muy común que "*dramaticen*" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "*poteroso instrumento*" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de auto cuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la *adolescencia tardía*, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven. La crianza del hijo por lo general no tiene muchos inconvenientes.

En resumen, la actitud de una adolescente embarazada frente a la maternidad y a la crianza de su hijo, estará muy influenciada por la etapa de su vida por la que transita y, si es realmente una adolescente aún, necesitará mucha ayuda del equipo de salud, abordando el tema desde un ángulo interdisciplinario durante todo el proceso, incluso el seguimiento y crianza de su hijo durante sus primeros años de vida.

Se enfrenta a carencias por su baja capacitación a esa edad y escolaridad muchas veces insuficiente para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados. Ello lo obliga a ser "*adoptado*" como un miembro más (hijo) de su familia política.

PREVENCIÓN DEL EMBARAZO:

A) PRIMARIA. A realizarse antes de la actividad sexual.

B) SECUNDARIA. Dirigida a adolescentes en actividad sexual que no desean embarazos.

C) Terciaria. Dirigida a adolescentes embarazadas, para buen control de la gestación en lo médico, en lo fisiológico y en lo psicológico.

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA ADOLESCENTE

A. – EL ENFOQUE DE RIESGO

Estrategia que tiene en cuenta: *factores protectores y factores de riesgo* psicosociales para implementar una intervención adecuada y oportuna para evitar un daño.

a. Factores protectores:

Son recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de un daño. Para un adolescente, una familia competente (aunque uni parental), un diálogo fluido con adulto referente, un rendimiento escolar satisfactorio y un grupo de padres con conductas adecuadas, son factores protectores. (18)

b. Factores de riesgo:

Son características o cualidades de una persona o comunidad unidas a una mayor probabilidad de sufrir daño en salud.

EL ENFOQUE DE RIESGO SE CARACTERIZA POR SER:

1. Anticipatorio:

Permitiendo aplicar medidas preventivas.

2. Integral:

Abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del individuo. El enfoque de riesgo en la adolescente es muy importante ya que los comportamientos ante la morbimortalidad predominante en la adolescencia comparten la toma de riesgo y hay que investigarlos sistemáticamente, por lo que requiere de un equipo interdisciplinario

EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:

El embarazo de la adolescente puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola –rural y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, adolescente. (15)

Es consecuencia de falta de acceso a información en planificación familiar, salud sexual y reproductiva, los factores socioculturales que juegan un papel importante debido al tabú de las relaciones prematrimoniales de los adolescentes, por consiguiente están temerosos de encontrarse familiares, vecinos o amigos en los servicios de salud. (16)

FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE:

Es multicausal, a continuación se presentan los factores que favorecen el embarazo precoz o se asocian con el:

- Factores Individuales:

Principales factores individuales asociados que condicionan la vida de los adolescentes:

Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en adolescencia. (17)

- **Biológicos**

Menarquía: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, es actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse en edades tempranas. (18).

El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

- **Psicosociales**

El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares.

- **Psicológicas**

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a

otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciada por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. (19)

Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

1. Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
2. Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
3. Para castigar a los padres por su incompreensión.
4. Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
5. Agradar al novio.

- Factores Sociales

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. (20)

Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis.

Entre los factores Socioculturales:

El embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda.

Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está reducida por embarazos a repetición, la maternidad en si y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a las unidades de salud.

El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón preñador, en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria. (21)

Freud, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones.

La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. (22)

Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de

familias disfuncionales, falta de recursos de los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Causas sociales:

1. Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.
2. Permanecer más tiempo solas(os).
3. Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
4. Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
5. Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
6. Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).
7. Falta de acceso a los servicios de planificación familiar. (23)

- **Factores Familiares**

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente.

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. (24)

Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio en la

soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

Se han descrito como factores de riesgo asociados a la familia, la inestabilidad emocional, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran:

a) Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz. (26)

b) Los problemas Psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima. Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo. (27)

- Factores Institucionales:

Limitado horario de atención, servicio de consejería y psicología limitado, escaso personal capacitado, falta de apoyo económico y de recursos por parte de la región, poca promoción de los servicios brindados, falta de educación sexual y de planificación en la sala de espera.

DISEÑO METODOLÓGICO:

Tipo de Estudio: Analítico de Caso y Control no pareado.

Área de Estudio: Departamento de Obstetricia, Hospital General “César Amador Molina”, Matagalpa.

Población de Estudio: Todas las adolescentes de 10 a 19 años gestantes ingresadas al servicio de obstetricia en el periodo de estudio en Hospital César Amador Molina de Matagalpa.

Definición de caso: Toda mujer adolescente menor de 19 años con un embarazo no planificado Ingresada al Servicio de Obstetricia del Hospital César Amador Molina en el período de estudio.

Definición de control: Toda mujer joven mayor o igual a 20 años no embarazada ingresada al hospital César Amador Molina en el período de estudio.

Fuente de información: Primaria será a través de una entrevista a las mujeres en estudio.

Instrumento: Se elaboro un cuestionario estandarizado conteniendo preguntas cerradas y abiertas.

Procedimiento de Recolección de la información: La información será recolectada de las entrevistas realizadas a las adolescentes embarazadas y a las mujeres no embarazadas actividad que será realizada por los investigadores en el área de Gineco-obstetricia del Hospital César Amador Molina, posteriormente se introducirá a una base de datos elaborada para tal fin, mediante el software EPI INFO.

Plan de Análisis: Para el análisis de los datos se utilizaran medidas de asociación a través del OR, y las pruebas de significancia estadística, intervalo de confianza del

95%, medidas de frecuencia en porcentajes, los datos serán presentados en cuadros estadísticos y gráficos.

Variables de Estudio:

Para el objetivo específico N.1: Características socio-demográficas:

- Edad.
- Estado Civil.
- Escolaridad.
- Religión
- Procedencia.
- Ocupación.

Para el objetivo específico N.2: Condiciones Socioeconómicas:

- Trabaja la adolescente.
- Número de personas que trabajan en el hogar.
- Ingreso familiar.
- Utilización de energía eléctrica en el hogar.
- Acceso de medios de comunicación.

Para el objetivo específico N.3: Factores de Riesgo:

1. INDIVIDUALES:

- Menarca
- IVSA
- Abandono Escolar
- Embarazo deseado o No
- Violación
- Número de hijos

2. FAMILIARES:

- Violencia Intrafamiliar
- Integración Familiar
- Personas con quien convive la adolescente
- Tiempo dedicado a conversar con sus padres

3. SOCIALES:

- Acceso a métodos de anticoncepción
- Pertenencia a grupos u asociaciones sociales
- Uso del tiempo libre

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	ESCALA /VALORES
Edad de las mujeres en estudio	Cantidad de años desde la fecha de nacimiento de la mujer hasta el día actual	10 a 12 Años 13 a 15 Años 16 a 19 Años 20 o mas
Estado civil de las mujeres estudiadas	Situación conyugal de la mujer en estudio	Soltera Acompañada Casada
Escolaridad	Grado de instrucción académica de las mujeres en estudio.	Ninguna Primaria Incompleta Secundaria Universitaria
Procedencia	Lugar de origen de las mujeres	Rural Urbana
Religión	Forma de vida o creencia basada en una relación esencial de una persona con el universo con uno o varios dioses.	1- Católica. 2- Evangélica. 3-Ninguna 4- Otros.
Menarca	Inicio del Ciclo Menstrual	10 a 12 años 13-15años 16-19años
Inicio de vida sexual activa	Edad que la joven inicio vida sexual	10 a 12 13 a 15 16 a 19
Adquisición de métodos de planificación familiar	Oportunidad de obtener los Métodos Anticonceptivos en la red de salud del MINSA.	Si No

Uso de métodos de planificación familiar	Métodos a través de los cuales se evitan el producto de la concepción	Si No
Método de planificación mas usado	Cual de los métodos anticonceptivos es el mas usado por las pacientes	Mesygina Depoprovera Preservativos Gestágenos Orales Ninguno
Embarazo planificado o deseado.	Cuando la mujer gestante hace y toma todas medidas pertinentes para embarazarse.	Si No
Numero de hijos	Cantidad de personas que ha dado a luz.	1 2 3 y más
Ocupación	Actividad laboral a la que se dedica la persona para generar ingresos económicos a la familia.	Ama de casa Obrera Estudiante Profesional
Número de personas que trabajan en el hogar	Cantidad de personas que son económicamente útiles y que devengan algún salario	1 2 3 y más
Ingreso Familiar	Cantidad de dinero que suman en total los que trabajan	<C\$ 1000 C\$1000-3000 >C\$3000
Acceso a energía eléctrica	Si tienen o no energía eléctrica en su domicilio	Si No
Acceso a Medios de comunicación	Medios a través de los cuales pueden obtener información	Si No
Pertenencia a grupos sociales	Movimientos o gremios de asociación libre	Si No

Manejo del tiempo libre	Actividades de los individuos que realizan en su tiempo libre	Deportes Escuchar Música Leer Otros.
Consumo de alcohol y/o drogas	Uso de bebidas alcohólicas y/o drogas	Si No
Edad de inicio al consumo de alcohol y/o drogas	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el inicio de consumo de bebidas alcohólicas y/o drogas	10-12 Años 13-15 Años 16-19 Años 20 y mas
Antecedentes de violación Sexual	Haber tenido relaciones sexuales en contra de su voluntad.	Si No
Numero de Compañeros Sexuales	Cantidad de personas con la que ha sostenido sexo	1 2 3 y más
Familia Disfuncional	Esto es cuando el núcleo familiar esta disgregado	Si No
Integración familiar	Capacidad de una familia de resolver los problemas en conjunto	Si No
Personas que conviven con la adolescente	Núcleo familiar completo	Mama Papa Ambos Pareja Otros
Tipo de relación con los padres de familia	Forma de interactuar de los hijos para con sus progenitores.	Fraterna Conflictiva
Conversaciones sobre sexualidad	Pláticas entre hijos y padres de familia sobre La sexualidad	Si No
Violencia intrafamiliar	Situación de riesgo físico mental y psicológico en el núcleo familiar	Si No

RESULTADOS DEL ESTUDIO

Para el presente estudio se entrevistaron a 150 adolescentes embarazadas, las cuales constituyeron los casos a estudio y 150 mujeres no embarazadas de 20 años y mayores las cuales constituyeron los controles, que acudieron para atención del parto y consulta médica respectivamente al Hospital César Amador Molina en el periodo de Julio - Agosto del año 2009, encontrando los siguientes resultados:

En relación a la edad de los Casos se encontró que 127(85%) tienen entre 16 y 19 años y 23(15%) entre 13 y 15 años, en el grupo de Control encontramos 94(63 %) tienen entre 23 y 29 años, 38(25%) entre 30 y 37 años y 18(12%) entre 20 y 22 años.

El estado civil de los Casos 103(69%) viven en unión libre, 34 (23%) son solteras y 13(8%) se encontraban casadas al momento de ser entrevistadas y en el grupo Control hallamos 102 (68%) estaban en unión libre, y 16 (11%) solteras y 32(21%) estaban casadas al momento de la entrevista.

El grado de escolaridad de los Casos encontramos 15(10%) con primaria completa, y 46 (31%) con primaria incompleta, con estudios de secundaria 66(44%), analfabeta 20(13%) y solo 3(2%) con estudios Universitarios. De los Controles encontramos analfabetas 5(3%), con primaria incompleta 5(3%), primaria completa 14(10%), con estudios de secundaria 99(66%) y con estudios Universitarios 27(18%).

Respecto a la religión de los Casos del estudio, se encontró que 97(65%) son católicas, 13(9%) son Evangélicas, 25(16%) pertenecían a otra religión y 15(10%) No profesan ninguna religión. En el grupo Control en cuanto a la religión encontramos que 97(65%) son Católicas, 20(13%) son Evangélicas, 22(15%) pertenecían a otra religión y 11(7%) No profesan ninguna religión.

En relación a la procedencia de los Casos, 86 (57%) viven en el sector rural y 64(43%) viven en el área urbana, de los Controles 116(77%) viven en el área urbana y solo 34 (23%) son del área rural. (Tabla 1)

Un aspecto relevante a tener en cuenta en el presente estudio fue conocer si las mujeres estudiadas tenían alguna ocupación al momento de ser entrevistadas, encontrándose en los Casos 140(94%) son amas de casa, 5(3%) obreras, 5(3%) estudiantes, del grupo de Control encontramos que 50(33%) son amas de casa, 72(48%) son obreras, 11(7%) estudiantes y 17(12%) son profesionales. (Tabla 1)

TABLA 1

Distribución de las condiciones socio demográficas de las mujeres estudiadas en el Hospital César Amador Molina de Matagalpa julio-agosto 2009

VARIABLE	CASOS		CONTROLES	
	NUMERO	%	NUMERO	%
EDAD				
10-12				
13-15	23	15		
16-19	127	85		
20-22			18	12
23-29			94	63
30 Y MÁS			38	25
ESTADO CIVIL				
UNION LIBRE	103	69	102	68
SOLTERA	34	23	16	11
CASADA	13	8	32	21
ESCOLARIDAD				
ANALFABETA	20	13	5	3
PRIMARIA INCOMPLETA	46	31	5	3
PRIMARIA COMPLETA	15	10	14	10
SECUNDARIA	66	44	99	66
UNIVERSIDAD	3	2	27	18
RELIGION				
CATOLICA	97	65	97	65
EVANGELICA	13	9	20	13
OTRA	25	16	22	15
NINGUNA	15	10	11	7
PROCEDENCIA				
URBANA	64	43	116	77
RURAL	86	57	34	23
OCUPACION				
AMA DE CASA	140	94	50	33
OBRERA	5	3	72	48
ESTUDIANTE	5	3	11	7
PROFESIONAL	0	0	17	12
TOTAL	150	100	150	100

CONDICIONES SOCIOECONOMICAS DE LAS ADOLESCENTES.

Aquí encontramos que de los Casos solamente 23(15%) Si trabajaban y 127(85%) No trabajaban. En los Controles 97(65%) Si trabajaban y 53(35%) No trabajaban. Sobre el número de personas que trabajan en la casa de los Casos se encontró que 101(67.4%) trabaja la pareja, solo la madre 13 (9%), solo el papa 1(0.6%), ambos padres 16(11%), ninguno 6 (4%), y 13(6%) vivían de las remesas. Y en los Controles encontramos que las parejas trabajaban 86(57%), 35(23%) vivían de remesas, ambos padres trabajaban 17(11%), habían 11 (7%) que no trabajaban y solamente hubo 1 (0.6%) que solo el papa trabajaba.

Lo que ingresa mensualmente en los hogares de los Casos, se encontró 51(34%) perciben entre 1,000 y 3,000 córdobas mensuales, en 5(3%) perciben menos de 1,000 córdobas y en 94(63%), los ingresos familiares son mayores a 3,000.00 córdobas. En los Controles encontramos que ninguno percibe menos de C\$ 1000 córdobas, 16(10.7%) perciben entre C\$ 1000 Y C\$3000, y 134(89.3%) perciben más de los C\$3000.

En los hogares de los Casos respondieron sobre si existe energía eléctrica, 116(77%) Si y 34(23%) No tenían luz eléctrica, lo que influye directamente en la utilización de medios de comunicación. En los Controles encontramos 141(94%) Si tenían luz, y 9(6%) No tenían energía eléctrica.

Con respecto al acceso a medios de comunicación de los Casos encontramos lo siguiente; 143(96%), Si tienen acceso a algún medio de comunicación y solo 7(4%), No tienen acceso a medios, siendo estos la Televisión el medio mas usado, 81(54%), la Radio 64(43%), el Internet 3(2%) y revistas 2(1%), mientras en el grupo de Control encontramos los 150(100%) tienen acceso a medios de comunicación 108(72%), tienen televisión, 20(13%) tienen acceso a la Radio, a las Revistas 5(3%) y al Internet 17(12%). (Tabla 2)

TABLA 2
Distribución de las variables socio económicas de las mujeres estudiadas en el Hospital César Amador Molina de Matagalpa julio-agosto 2009

VARIABLES	CASO		CONTROL	
	NUMERO	%	NUMERO	%
TRABAJA				
SI	23	15	97	65
NO	127	85	53	35
CUANTOS TRABAJAN				
PAREJA	101	67.4	86	57.3
MAMA	13	9	0	0
PAPA	1	0.6	1	0.7
NINGUNO	6	4	11	7.3
AMBOS PADRES	16	11	17	11.3
REMESAS	13	8	35	23.3
CUAL ES EL INGRESO MENSUAL				
<C\$1000	5	3	0	0
C\$1000-C\$3000	51	34	16	10.7
>C\$3000	94	63	134	89.3
ENERGIA ELECTRICA				
SI	116	77	141	94
NO	34	23	9	6
ACCESO A MEDIOS DE COMUNICACIÓN				
SI	143	96	150	100
NO	7	4	0	0
CUALES MEDIOS				
TELEVISION	81	54	108	72
RADIO	64	43	20	13
REVISTAS	2	1	5	3
INTERNET	3	2	17	12
TOTAL	150	100	150	100

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES.

De acuerdo con la edad de la menarca encontramos en el estudio que de los Casos 107(71%) tuvieron su primer ciclo menstrual a la edad menor de 14 años y 43(29%) presentaron su primer ciclo después de los 14 años, y en el grupo de Control se encontraron 124(83%) presentaron su primer ciclo menstrual en edades menores de 14 años y 26(17%) lo tuvieron por primera vez después de los 14 años y con estos resultados se encontró riesgo por un OR de 1.92 con un intervalo de confianza de 95% de 1.07-3.45 el cual es de significancia estadística, .

En cuanto al inicio de vida sexual activa en nuestro estudio encontramos que de los Casos 96(64%) su IVSA fue antes de los 16 años y 54(36%) la tuvieron después de los 16 años, en el grupo Control obtuvimos que apenas 10(7%) tuvo su primer relación sexual antes de los 16 años y el 140(93%) la tuvieron después de los 16 años. Encontrándose riesgo por OR de 24.89 y un IC95% de 11.55 – 55.05 el cual fué estadísticamente significativo.

El abandono o deserción escolar se comporto así en el grupo de lo Casos, 144(96%), abandonaron, 6(4%) que continuo sus estudios y en el grupo Control tuvimos un abandono escolar de 116(78%) y 34 (22%) que no abandonaron, encontrándose un OR de 7.03 con un IC 95% de 2.68-19.54 cuyos valores son estadísticamente significativos.

Un dato importante a resaltar en los Casos el hecho de cómo se produjo el embarazo, 98(66%), No Deseaban estar embarazadas y 52(34%), Si deseaban su embarazo y en el grupo de Control hallamos que 86(58%) si deseaban su embarazo y 64 (42%) no lo deseaba esto es de significancia estadística debido a que obtuvimos un OR de 2.53 y un intervalo de confianza de 95% de 1.55-4.15.

En relación a la variable si ha tenido antecedentes de violación en el estudio encontramos que de los Casos 3 (2%) admitieron haber sido violadas pero al momento de estudio ya estaban las 3 recibiendo ayuda Psicológica y 147(98%), No fueron violentadas. En los Controles se encontró 1(0.7%), Violentada Sexualmente y 149(99.3%), no fueron violentadas sexualmente, con esto se encuentra riesgo por un OR de 3.04, pero No es estadísticamente significativo por el IC del 95% de 0.28-76.73.

En relación al consumo de alcohol por parte de los Casos objeto de estudio encontramos que 139(93%), No ingerían alcohol u otras sustancias adictivas, solo 11(7%), Si admitieron haber consumido alguna vez, pero no estaban embarazadas y en grupo Control hallamos que 5(3%) admitieron haber hecho uso de estas sustancias y 145(97%) lo negaron se encontró riesgo por un OR de 2.29, pero No fue estadísticamente significativo por el IC del 95% de 0.71-8.0.

Con respecto al numero de hijos que habían tenido previamente las adolescentes embarazadas al momento del estudio, encontramos que 143(95%) tenían 2 o menos hijos y 7(5%), habían tenido 3 o más hijos previos y en el grupo de Control hallamos lo siguiente que 67(45%), habían tenido dos o menos hijos mientras que 83(55%) tuvieron de 3 a 7 hijos encontrándose con un OR de 25.31 y un IC del 95% de 10.58-63.43 que fue estadísticamente significativo. (Tabla 3)

TABLA 3

Factores de riesgos individuales del embarazo en mujeres estudiadas en el Hospital César Amador Molina de Matagalpa julio-agosto 2009

FACTORES DE RIESGO	CASOS	CONTROL	OR	IC 95%
MENARCA				
<14 Años	107	124	1.92	1.07-3.45
>=14 Años	43	26		
IVSA				
<16 Años	96	10	24.89	11.55-55.05
>16 Años	54	140		
ABANDONO ESCOLAR				
SI	144	116	7.03	2.70-19.37
NO	6	34		
EMBARAZO DESEADO				
NO	98	64	2.53	1.55-4.15
SI	52	86		
VIOLACION				
SI	3	1	3.04	0.28-76.73
NO	147	149		
USO DE DROGAS				
SI	11	5	2.29	0.71-7.80
NO	139	145		
NUMERO DE HIJOS				
0-2	143	67	25.31	10.58-63.43
3-7	7	83		
TOTAL	150	150		

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES.

Al analizar los factores de riesgo familiares en la variable del tipo de relación con sus padres se encontró de los Casos 76(51%) tienen una relación fraterna y 74(49%) refirió que su relación es conflictiva, sin embargo en el grupo de Control encontramos 112(75%) tienen una relación fraterna y 38(25%) quienes aseguraron tener una relación conflictiva con sus progenitores encontrando un OR de 2.87 y un IC del 95 % de 1.71-4.82 siendo estadísticamente significativo.

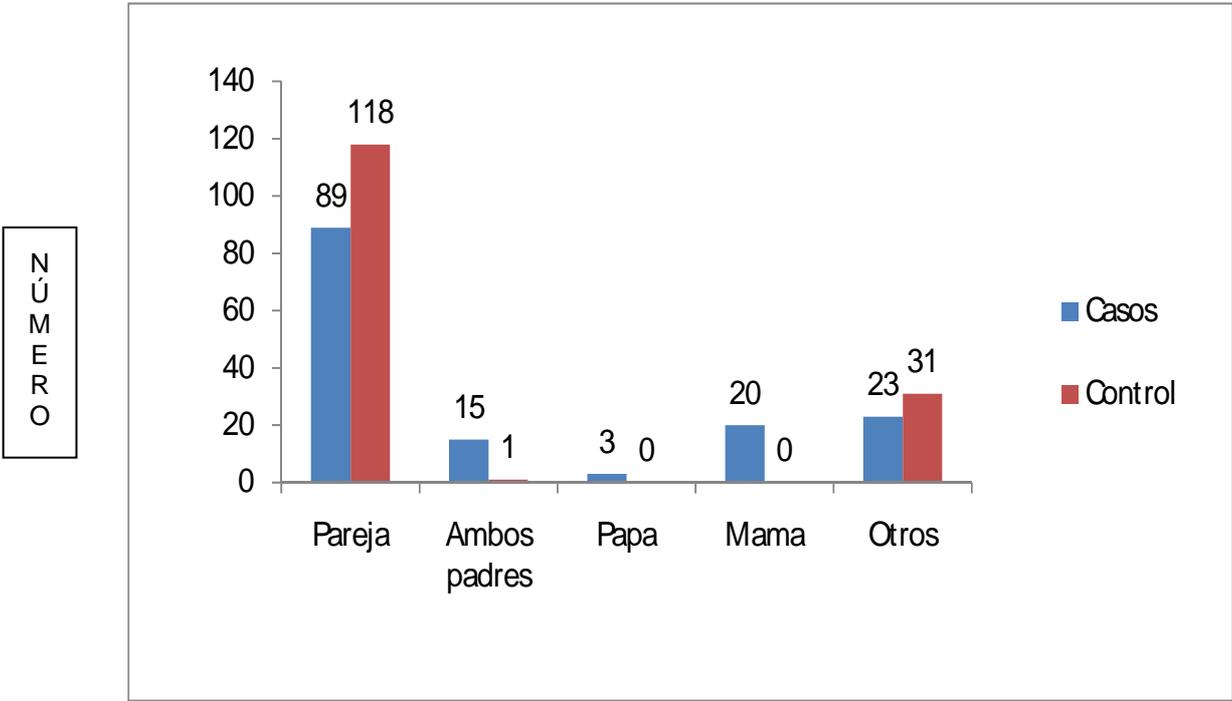
Fue de mucha importancia conocer si las adolescentes tienen pláticas de sexualidad con sus padres, en los Casos encontramos 144(96%) No hablan con sus padres de sexualidad, solamente 6(4%) Si lo hacían y en el grupo Control hallamos 96(64%) No hablan de sexualidad con sus padres contra 54(36%) que Si lo hacían, encontrándose un OR de 13.50 y un intervalo de confianza de 95% de 5.31-36.38, lo que demuestra una asociación altamente significativa.

En relación a la violencia intrafamiliar, en nuestro estudio encontramos que de los Casos 102(68%), Si han sido víctimas de violencia intrafamiliar alguna vez y 48(32%) negaron la existencia de este hecho. En el grupo de Control la situación fue así 60(40%) Si presentaron violencia intrafamiliar y 90(60%) aseguraron No sufrir de violencia intrafamiliar, encontrándose un OR de 3.19 y un intervalo de confianza de 95% de 1.92 – 5.30, lo que es estadísticamente significativo.

En relación a la integración familiar de los Casos 122(81%) respondió que No hay integración familiar en sus hogares y 28(19%) que Sí, al realizar la misma pregunta en el grupo Control encontramos 76(51%) sin integración familiar contra 74(49%) que si aseguró tener integración familiar, obteniéndose un OR de 4.24 con un intervalo de confianza de 2.44 – 7.40 siendo estos datos estadísticamente significativos (Tabla 4).

Las personas con quienes conviven de los Casos, se encontró que 89 (59%) de los casos conviven con su pareja, 23(15%) conviven con otras personas, 20(14%) conviven solo con la mama, 15(10%) conviven con ambos padres y 3(2%) conviven solo con el papa. En los Controles encontramos, 118(79%) viven con la pareja y 31(20.4%) conviven con otras personas. 1(0.6%) vivía con ambos padres, Ninguno vivía solo con su mama, tampoco solo con el papa. Estos datos se agruparon para poder realizar el OR y el IC del 95% y se ordenaron como Casos quienes viven con ambos padres 15(10%) 135(90%) que conviven con otros, así como Controles que encontramos 2(1%) que viven con ambos padres y 148(99%), con Otros y encontramos un OR de 8.22 y un IC de 95% de 1.75-53.06 lo cual es estadísticamente significativo. (Grafico 1)

GRAFICO 1
Factores de Riesgo Familiares
Según personas con quienes convive la mujer



Es la familia de la adolescente una familia disfuncional, la respuesta a esta pregunta de los Casos 115(77%) afirmaron ser una familia disfuncional y 35(23%) tenían una familia no disfuncional.

En el grupo Control encontramos que 66(44%) aseguro tener una familia disfuncional mientras que los otros 84 (56%) no tenían antecedentes de familia disfuncional. Estos resultados son estadísticamente significativos por tener un OR igual a 4.18 y un IC del 95% desde 2.47-7.10.

Fue de mucha importancia conocer si dedican tiempo para conversar padres e hijas en el hogar, encontrándose en los Casos 123 (82%), No conversan con sus progenitores, solo 27(18%) Si conversan, contrario al grupo de Control 71(47%) Si conversan y 79(53%) No lo hacían. Estos datos son estadísticamente significativos debido a un valor de OR igual a 4.09 y un IC del 95% desde 2.35-7.18. (Tabla 4).

TABLA 4

Factores de riesgo familiares en las mujeres estudiadas en el Hospital César Amador Molina de Matagalpa julio-agosto 2009.

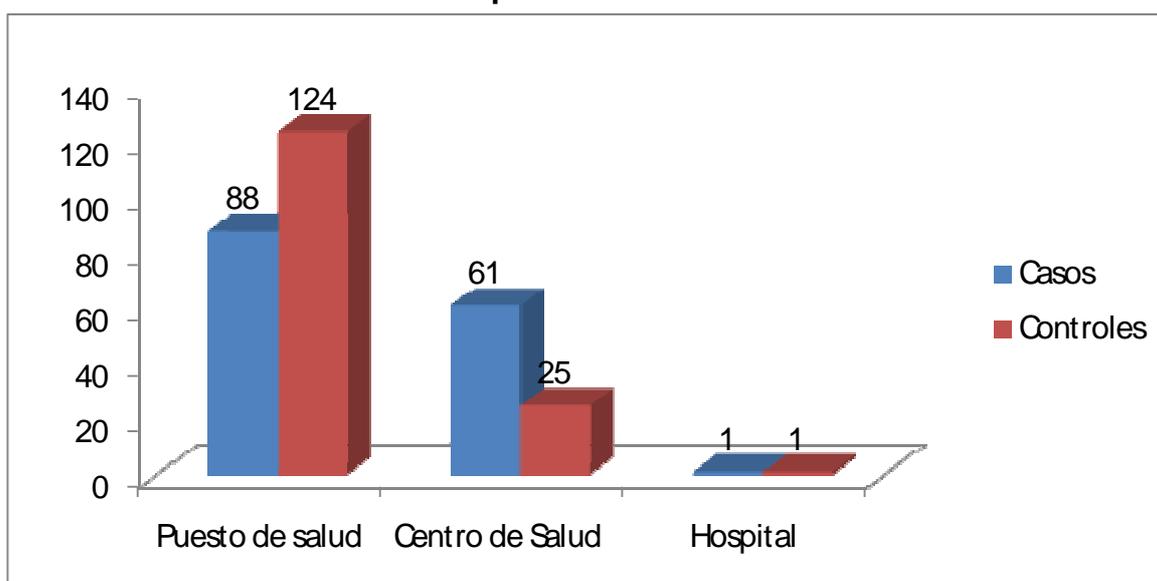
FACTORES DE RIESGO	CASOS	CONTROL	OR	IC 95%
TIPO RELACION PADRES				
CONFLICTIVA	74	38	2.87	1.71-4.82
FRATERNA	76	112		
PLATICAS DE SEXUALIDAD CON PADRES				
NO	144	96	13.50	5.31-36.38
SI	6	54		
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR				
SI	102	60	3.19	1.92-5.30
NO	48	90		
INTEGRACION FAMILIAR				
NO	122	76	4.24	2.44 -7.40
SI	28	74		
PERSONAS QUE CONVIVEN				
OTROS	15	2	8.22	1.75-53.06
PADRES	135	148		
FAMILIA DISFUNCIONAL				
SI	115	66	4.18	2.47-7.10
NO	35	84		
CONVERSA CON LOS PADRES				
NO	123	79	4.09	2.35 -7.18
SI	27	71		
TOTAL	150	150		

FACTORES DE RIESGO SOCIALES.

En relación al nivel de conocimiento de los métodos de planificación en los Casos 146 (97%), Si conocen algún método y 4(3%), dijeron No conocer Ningún método de planificación y en el grupo Control todas 150(100%), aseguraron conocer los métodos de planificación. Con respecto al acceso de métodos de planificación familiar de los Casos 148(98.6%), Si tenían acceso a métodos de planificación familiar, y 2(1.4%), No tenían acceso. En el grupo de control con respecto al acceso de Métodos de planificación se encontró 149(99.4%) Si tenían acceso a los métodos y 1(0.6%), No tenia acceso. Encontrando riesgo debido a un valor de OR de 2.01 y pero un IC del 95% de 0.14-56.69 que No es estadísticamente significativo. Encontramos en el estudio que de los Casos 63(42%) obtienen sus métodos de planificación familiar en los Centros de Salud, 1(0.7%), obtiene sus métodos en el Hospital, 86(57.3%) los obtienen en el Puesto de salud, en el grupo Control se encontraron 113(75.3%) recibían los métodos en el Centro de Salud 1(0.7%), los recibía en el Hospital, 36(24%) los recibían en el Puesto de Salud.(Grafico 2).

GRAFICO 2

Factores de riesgo sociales según donde obtienen los métodos de planificación



NÚMERO

En relación con cual es el método anticonceptivo más usado el estudio demostró que en los Casos quienes predominan son los Gestágenos Orales 78(52%), seguido por el uso del inyectable Mesygina con 30(20%), posteriormente sigue un grupo muy importante el de las jóvenes que NO usan Ningún método anticonceptivo representando por 28(19%), con el uso del Condón 9(6%) y por ultimo con Depoprovera 5(3%).

En los Controles encontramos que el anticonceptivo mas usado son los Gestágenos Orales 70(47%), seguido por el uso del Inyectable Mesygina 22(15%), le sucede el inyectable Depoprovera 19(13%), a continuación sigue el uso del DIU 15(10%), luego sigue el uso del condón 13(9%), y por ultimo el grupo que NO usa Ningún anticonceptivo 11(6%).

En relación a la pertenencia a alguna asociación o grupo Social, se encontró en los Casos 134(89%), No pertenecen a ninguna asociación y 16(11%), Si pertenecen a alguna asociación o grupo social y en del grupo de Control 96(64%), Si pertenecen a algún grupo u asociación y 54(36%) No pertenecen. Esto nos brinda resultados estadísticamente significativos debido al valor del OR De 4.71 con un IC del 95 % desde 2.45-9.16. (Tabla 5)

TABLA 5

Factores de riesgo sociales de las mujeres estudiadas en el Hospital César Amador Molina de Matagalpa julio-agosto 2009

FACTORES DE RIESGO	CASOS	CONTROL	OR	IC 95%
TIENE ACCESO A MEDIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR				
NO	2	1	2.01	0.14-56.69
SI	148	149		
CONOCE USTED METODOS DE PLANIFICACION				
SI	146	97	150	100%
NO	4	3		
CUAL METODO USA MAS				
MESIGYNA	30	20	22	15
DEPOPROVERA	5	3	19	13
GESTAGENOS ORALES	78	52	70	47
DIU	0	0	15	10
CONDON	9	6	13	9
NINGUNO	28	19	11	6
USA METODO ANTICONCEPTIVO				
NO	32	11	OR	IC 95%
SI	118	139	3.43	1.58-7.58
PERTENECE USTED A ALGUN GRUPO U ASOCIACION				
NO	134	96	OR	IC 95%
SI	16	54	4.71	2.45-9.16
TOTAL	150	150		

FACTORES DE RIESGO CULTURALES.

Con respecto a charlas de educación sexual a los Casos encontramos que 95(64%), Si han recibido charlas mientras esperan recibir atención médica o Control prenatal, solamente 55(36%) de ellas no las han recibido y en el grupo Control encontramos que 121(81%), Si han recibido las charlas de educación sexual, y 29(19%), No han recibido su respectiva charla. Encontramos riesgo por un OR de 2.42 con un IC del 95% de 1.39-4.22 el cual es de significancia estadística.

Si conversan sobre sexualidad en sus hogares se encontró que de los Casos 124(83%), No hablan de ese tema y 26(17%), Si han hablado, pero en el grupo de los Controles encontramos 64(43%) NO ha sostenido charlas mientras que 86(57%), Si lo ha hecho.

En relación a tener oportunidades de entretenerse en los Casos se encontró que 85(57%), Si tenían oportunidad de entretenimiento, mientras que 65(43%), No lo tenían. En los Controles vemos lo siguiente 97(65%), Si tienen oportunidad de entretenerse y 53(35%), No tenían oportunidades de entretenerse. Esto nos demuestra un riesgo por OR igual a 1.46 con un IC del 95 % desde 0.86-2.29 y No es estadísticamente significativo.

Siendo la forma de utilizar el tiempo libre la siguiente en los Casos 76(51%), escuchan música, no hacen nada 60(40%), y practican algún deporte 8(5%) y 6(4%), Leen y en los Controles 11(7%) hacen deporte, 19(13%) leen, 61(41%), escuchan música, y 59(39%) No hacen nada. (Tabla 6)

TABLA 6

Factores de riesgo culturales de las mujeres estudiadas en el Hospital César Amador Molina de Matagalpa julio-agosto 2009

FACTORES DE RIESGO	CASO	CONTROL	OR	IC 95%
HA RECIBIDO CHARLAS DE EDUCACION SEXUAL				
NO	55	29	2.42	1.39-4.22
SI	95	121		
SOSTIENE USTED CHARLAS DE EDUCACION SEXUAL				
NO	124	64	6.41	3.65-11.33
SI	26	86		
TIENE USTED OPORTUNIDADES DE ENTRETENERSE				
NO	65	53	1.46	0.86-2.29
SI	85	97		
A QUE DEDICA TIEMPO LIBRE				
DEPORTES	8	5	11	7
LEER	6	4	19	13
ESCUCHAR MUSICA	76	51	61	41
OTROS	60	40	59	39
TOTAL	150	100	150	100

DISCUSION DE RESULTADOS

El embarazo en adolescentes es en la actualidad un problema de salud pública y va en aumento.

Características Socio-demográficas:

El embarazo en la adolescencia independientemente de la edad, constituye un riesgo tanto para la madre como para el hijo. Según la OMS define la adolescencia desde los 10 hasta los 19 años, pero los embarazos por lo general ocurren desde los 13 años, se ha encontrado en un estudio realizado en Chile (1), que la edad de predominio fue de 18 y 19 años, lo mismo ocurrió en un estudio realizado en Bogotá Colombia (2), donde se investigaron los factores que inciden en el embarazo de adolescentes y esto corresponde a los resultados obtenidos en la presente investigación, donde la edad más frecuente afectada fue 16 a 19 años.

Actualmente la menarquía ha declinado desde los 17 años en el siglo XIX, alrededor de 12 a 13 años, lo que conduce que las adolescentes sean fértiles a una edad menor y en nuestro estudio encontramos esta relación muy similar con los datos obtenidos en otros estudios donde las adolescentes tienen una menarquía a temprana edad y por lo tanto un riesgo mayor de inicio temprano de vida sexual sin protección (4).

En Nicaragua según datos de la ENDESA, 2005 el 10.5% de las adolescentes entre 15 y 19 años tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años y el 46.5% antes de cumplir los 18 años, en nuestro estudio se confirmaron estos datos, ya que encontramos que la mayoría de las mujeres tuvieron su primera relación sexual siendo menores de 16 años y esto concuerda con otros estudios en la región (5) también se encontró que viven en unión libre, por lo menos al momento del embarazo ya que en ocasiones abandonan sus hogares y se van a vivir con la

familia de la pareja para mientras nace el hijo, y muchas después tienen que vivir solas y pasan a ser madres solteras.(5)

Condiciones Socio económicas:

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes, se describe en la teoría como factor de riesgo, la baja escolaridad de las adolescentes tanto como de los padres de familia, con quienes conviven en sus hogares, contrario a lo obtenido en este estudio, las adolescentes se encuentran actualmente estudiando; algunas iniciando secundaria y otras incluso están graduadas y aunque hay ocasiones que tienen que dejar sus estudios por el embarazo e incorporarse tempranamente al trabajo y aumentar así la deserción escolar, asociado encontramos la pobreza representado por el bajo ingreso mensual, tanto en la teoría como en hallazgos de otros estudios realizados se han encontrado como principales factores de riesgo, estos hallazgos son similares a lo encontrado en la presente investigación.(6)

La comunicación entre los padres y los hijos, así como las relaciones con los mismos es muy precaria demostrado esto en nuestro estudio por provenir de familias disfuncionales, donde tampoco existe integración familiar, y las mujeres viven en círculos de pobreza con escasas emocional y económica asociado intrínsecamente a la violencia intrafamiliar, esto es semejante a lo encontrado por otro autor (7).

El conocimiento de los métodos de planificación familiar y el uso de los mismos por las adolescentes, es limitado por que los conocen pero no los utilizan, las insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, son factores que condicionan la vida de los adolescentes y predisponen al embarazo en las mismas y se ve reflejado en los datos obtenidos en la presente investigación, donde las adolescentes no pertenecen a ninguna asociación, ver televisión en su tiempo libre o no hacen nada es parte importante de su vida diaria. (9)

El estereotipo de la mujer de condición baja es la mujer con un niño al pecho, embarazada, y algunas de las adolescentes que participaron en este estudio son madres de su segundo hijo a tan corta edad, y aun así en nuestro estudio se determinó que las adolescentes sí deseaban su embarazo a pesar de las condiciones actuales de las mismas y esto contradice los hallazgos en esta área de otros autores y estudios que proclaman lo contrario (10).

Situación Familiar:

La familia es un factor determinante y muy importante a considerar en el aumento acelerado del embarazo en adolescentes ya que vista desde la perspectiva psicosocial es uno de los ambientes donde permanece el adolescente. En esta investigación se logra establecer lo frágil de la familia nicaragüense ya que las adolescentes estudiadas la mayoría no conviven con sus padres, no existe comunicación entre ellos y sobre todo no establecen prácticas de sexualidad, ya que éste tema sigue siendo un tabú en nuestra sociedad a pesar de los avances en tecnología y modernización actual, estos datos son similares a lo encontrado en un estudio en Chile en donde se encontró mala comunicación con los progenitores y en general barreras culturales entre los padres y las adolescentes incrementan el riesgo de un embarazo precoz.(6)

CONCLUSIONES

1) Las características socio demográficas de las mujeres en el estudio que viven en el Departamento de Matagalpa fueron:

La edad mas frecuente fue el grupo de los 16 a 19 años, en cuanto al estado civil encontramos que la Unión Libre u Acompañada fue la situación predominante, respecto a la escolaridad observamos que las mujeres con estudios secundarios son el mayor grupo, la religión predominante fue la católica, la procedencia representativa mayoritaria fue del área Rural, la ocupación mas importante fueron las Amas de Casa.

2) En cuanto a las condiciones socioeconómicas presentes en el embarazo de las mujeres estudiadas son: bajo ingreso económico debido a que la mayoría de los casos en estudio No trabajan, en sus casas quienes mas trabajan son sus parejas, el ingreso mensual en las casas es de mas de C\$3000, encontramos que la mayoría de las mujeres estudiadas tienen energía eléctrica domiciliar y por consecuencia con un buen acceso a medios de comunicación y sobre todo televisión.

3) En relación a los factores de riesgo individual encontramos que la menarquía predominó en el grupo de < 14 años, el inicio de vida sexual activa fue mayor en el grupo de <16 años, el abandono escolar de los casos de estudio fue la regla y con muy pocas excepciones, también encontramos que la mayoría de los casos no deseaban su embarazo ni lo planificaron, también encontramos jóvenes valientes que enfrentaron situaciones difíciles como la Violación asociado al uso de drogas y alcohol, de los casos de estudio la mayoría tenia 2 hijos o menos.

4) En referencia a los factores de riesgo familiar encontramos que el tipo de relación de las mujeres menores de 19 años era fraterna, la mayoría No tenían pláticas de sexualidad con sus padres, así como la mayoría concluyó que vivían situaciones de violencia intrafamiliar y también que No gozaban de Integración Familiar, las mujeres

< 19 años vivían mas con sus parejas y se encontró que la mayoría provenían de una familia disfuncional y No dedican tiempo para conversar con sus padres.

5) Con respecto a los factores de riesgo sociales encontramos que la mayoría de las mujeres estudiadas Si tenían acceso a medios de planificación familiar, se determinó que la mayoría de ellas obtienen sus métodos de planificación familiar en los Puestos de Salud, también se encontró que la mayoría de las mujeres Si conocen los métodos de planificación familiar y se encontró que el método anticonceptivo mas utilizado fueron los Gestagenos Orales y se determinó que la mayoría de los casos No pertenecían a algún grupo u asociación.

6) En relación a los factores de riesgo culturales nuestro estudio encontró que la gran mayoría de los casos si han recibido charlas de educación sexual a pesar de esto la mayoría No es capaz de sostener conversaciones sobre sexualidad abiertamente, también logramos determinar que la mayoría de las entrevistadas afirmaron Tener oportunidades de entretenimiento y la forma mas frecuente de uso del tiempo libre fue escuchar música.

RECOMENDACIONES

A nivel Central:

- 1) Impulsar políticas de salud donde se considere al adolescente grupo prioritario y darle el verdadero valor que estos juegan en la sociedad como futuro del país.
- 2) Diseñar estrategias de comunicación, información y educación permanente dirigida a la población adolescente.
- 3) Asignar los recursos humanos, económicos y materiales necesarios para fortalecer el programa de atención integral al adolescente.

A nivel Departamental:

- 1) Realizar evaluaciones permanentes y monitoreo continuo en la aplicación del protocolo de atención al adolescente en todo lo relacionado con el tema de Salud Sexual y Reproductiva.
- 2) Gestionar proyectos con ONG de la zona, orientados a la creación de espacios de vida saludable y de educación para los adolescentes.
- 3) Motivar al personal de la región a realizar investigaciones con adolescentes para conocer a fondo sus necesidades, prioridades, realidades y poder ayudarles mejor y atenderlos de manera integral.

A nivel del Centro de Salud:

- 1) Diseñar e implementar un plan de intervención que involucre a todos los actores sociales que forman parte de este problema.
- 2) Establecer un servicio de consejería y de psicología permanente para los Adolescentes que acuden a la unidad de salud en busca de ayuda en salud Sexual y reproductiva.

3) Capacitar al personal interesado en trabajar con adolescentes para extender los horarios de atención, mejorar coberturas y cumplir con las metas establecidas por el Ministerio de Salud.

4) Diseñar un plan de educación permanente en la sala de espera de cada unidad de salud donde acudan los y las adolescentes por diferentes motivos y así completar la atención integral al adolescente.

A nivel de Centros Educativos:

1. Impulsar en los padres de familia, la organización de escuelas para padres donde se desarrollen temas de interés para todos, para tratar de mantener la unión familiar, comunicación padres e hijos y de esta forma mejorar la situación familiar de las adolescentes.

A nivel del Adolescente:

1. Promover la participación activa en las organizaciones y centros educativos de la comunidad.

2. Cumplir con las citas, charlas educativas y terapias a las que son invitadas por el personal de salud.

3. Diseñar estrategias para la creación de proyectos de vida, estimular la autoestima y fomentar valores y principios para fortalecer su vida personal.

A nivel de los padres de familia:

1. Acudir a las consultas, charlas, reuniones o terapias a las que sean invitados por el personal del centro de salud o de los centros educativos de la comunidad.

2. Dedicar por lo menos una hora al día o un tiempo de comida para platicar con sus hijos, compartir experiencias diarias, aclarar dudas o simplemente hacerlos sentir importantes en sus hogares.

3. Mantenerse pendientes e informados de lo que acontece alrededor de sus hijas en relación a los amigos, diversión, estudios, enfermedades, etc.

4. Establecer en sus hogares reglas de conducta o comportamiento para todos los miembros de la familia, velar para que estas se cumplan y así ser buenos ejemplos a seguir para sus hijos.

5. Concientizar a todas las personas que viven en sus hogares para que consideren a la familia como uno de los microambientes donde permanece el Adolescente y así lograr un buen funcionamiento para que favorezca la creación de un estilo de vida saludable, donde se promueva el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Riesgo reproductivo y natalidad en adolescentes embarazadas en Chile de 1990 al 1999, estudio de la Universidad Pontificia de Chile Revista de la OPS 2003 VOL 14 No 1.
- 2) Rico de Alonso A. Madres solteras adolescentes. Colombia. Plaza y Janes. Editores 34-40. 1996.
- 3) Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos (INEC), ENDESA 2005. Reporte de Nicaragua paginas 2 y 3.
- 4) González Salguero Fernando. Resultado de un estudio de línea de base en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Enero 2000. Cochabamba, Bolivia.
- 5) Lugo Agudelo, Nelvia Victoria. El mundo afectivo de la adolescente embarazada / The pregnant adolescent's affective world Invest. Educ. Enferm; 20(1):10-22, marzo. 2002 Universidad de Antioquía, Manizales Colombia.
- 6) Silva, Juan Carlos. Determinantes claves para embarazos no deseados en Ciudad en Bogota Key determinants for unintended pregnancies in Ciudad Bolivar in Bogota DC PAHO 2001 4p.
- 7) A la Torre Joaquín. El embarazo adolescente y la pobreza, 2000, Página 11.
- 8) Reporte de la OMS, adolescent pregnancy issues in adolescent Health and development, the WHO 2004 page 43-44. Indicadores de desarrollo mundial.
- 9) Velasco Monroy. La fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones, Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud. Cuaderno técnico No.22. 1,998.
- 10) MINSAP Programa Nacional de atención integral ala Salud del Adolescente, Cruz Sánchez Francisca et al Cuba 2000 p (1-24).
- 11) Temas de Medicina General Integral, Capitulo 2, Adolescencia y Embarazo 1995. pag 10-12.
- 12) Álvarez, L, O: El embarazo en la adolescencia 2da Ed. La Habana editorial científico técnica 1993.

- 13) Alfonso Fraga JC, reproducción en la adolescencia. Una caracterización socio demográfica sexología y sociedad. Publicación especializada del centro nacional de educación sexual pág. 2-3 septiembre 1995.
- 14) Reporte de la OMS 2007 PAG1, 8, 23,42. Indicadores de desarrollo mundial.
- 15) Dr. Silver Tomas J. /Dra. Mabel M. Munist. Manual de Medicina de la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. 525. Washington. Dic. 1,997.
- 16) Chirinos de Cova MA. Embarazo en la adolescencia Revista Cubana de Enfermería 1992, # 8 pág. 50-62.
- 17) Houston, E y Armstrong. S. Preventing fertility, worldwide with teens. Population Bulletin. Reference bureau. Vol.40.2.1985.
- 18) Manual de practicas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia 1ra edición .1999, Eduardo F Colas Pérez.2da impresión 2002, MINSAP, 2002 La Habana Cuba Monroy de Velasco. A. Morales.
- 19) Peláez Mendoza J, Adolescente Embarazada, Sexología y Sociedad. Publicación especializada del centro nacional de educación sexual 2-3 Septiembre 1995.
- 20) Magdalena Matilde, Harrison Mabel, La salud de la adolescente y del joven. OPS. Oficina regional O. M. S año 2000.
- 21) Organización Panamericana de la salud. Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes de América Latina y el Caribe. Revisión bibliográfica, 1998-2000, Página 69.

- 22) Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población para las Naciones Unidas. El embarazo en adolescencia. Lineamientos para el diseño de investigaciones y aspectos socioculturales, Washington, 1998.
- 23) Molina R, Sandoval J, Luengo X. Adolescencia y embarazo. En: Pérez Sánchez A, Donoso E, Obstetricia. 3.ª ed. Santiago, Chile: Editorial Mediterraneo; 1999. Pp. 245-325.
- 24) Boletín del CLAP de OPS, OMS Montevideo Factores Familiares Vol. I No.3 1995.
- 25) Berhman Richard, Nelson Tratado de Pediatría España, editorial inter Americana Mc.Graw-Hill 14va.ed, Vol. 1992, Pag.505.
- 26) Dott AB, Fort AT. Medical and social factors affecting early teenage pregnancy. Am J Obstet Gynecology 1976; 125(4):532,536.
- 27) Jones EF, Forrest JD, Goldman N, Henshaw L, Rosof JI, Westoff CF, et al. Teenage pregnancy in industrialized countries: a study sponsored by The Alan Guttmacher Institute. New Haven and London: Yale University Press; 1986.
- 28) Carney ER, Hendee W Adolescent pregnancy and its consequences. JAMA 1989; 262(1): 74-77.f

ANEXOS

CUESTIONARIO

Factores de Riesgo del embarazo no planificado en adolescentes que asisten al Hospital César Amador Molina de Matagalpa Julio- Agosto del año 2009.

FICHA N°

A. Características Socio-demográficas de las Adolescentes:

1. Edad _____ 2. Estado Civil? Unión Libre _____ Soltera _____ Casada _____
3. Escolaridad? Analfabeta _____ Primaria Incompleta _____ Primaria Completa _____
Secundaria Incompleta _____ Secundaria Completa _____ Universitaria _____
4. Cual religión profesa? Católica _____ Evangélica _____ Otra _____ Ninguna _____
5. Cual es su procedencia? Urbana _____ Rural _____
6. Ocupación Ama de Casa _____ Obrera _____ Estudiante _____ Profesional _____

B. CONDICIONES SOCIOECONOMICAS DE LAS ADOLESCENTES.

7. Trabaja actualmente la adolescente? Si _____ No _____
8. Cuantas personas trabajan actualmente en la casa?
Sólo papá _____ Sólo mamá _____ Ambos padres _____ Pareja _____ Ninguno _____
Remesas _____
9. Cual es el ingreso mensual familiar promedio actualmente?
<C\$ 1000 _____ Entre C\$1000 Y 3000 _____>DE C\$3000 _____
10. En su casa hay energía eléctrica? Si _____ No _____

11. Tiene usted acceso a medios de comunicación? Si ___ No ___

12. Cuales? TV___ Radio ___ Revistas _____ Internet _____

Factores de Riesgo Individuales

13. Menarca _____ 14. IVSA _____ 15. Abandono Escolar Si___ No ___

16. Embarazo Deseado Si ___ No ___ 17. Violación Si ___ No ___

18. Uso de drogas y/o alcohol Si ___ No___ 19. Número de Hijos _____

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES

20. Cual es el tipo de relación con sus progenitores Fraternal _____ No Fraternal ___

Violenta ___ Conflictiva _____

21. Platicas de sexualidad con tus padres Si _____ No _____

22. Violencia intrafamiliar Si ___ No _____

23. Existe integración familiar en su casa Si _____ No _____

24. Personas con quienes convive la adolescente Ambos Padres _____ Mamá _____

Papá _____ Pareja _____ Otros _____

25. Son una familia disfuncional Si _____ No _____

26. Dedicar tiempo para conversar con sus padres Si _____ No _____

FACTORES DE RIESGO SOCIALES

27. Tiene acceso a medios de planificación familiar Si _____ No _____

28. Donde obtiene los métodos de planificación _____

29. Conoce usted los métodos de planificación familiar Si _____ No _____

30. Cual usa más _____

31. Pertenece usted a algún grupo social u asociación Si _____ No _____

FACTORES DE RIESGO CULTURALES

32. Ha recibido usted charlas de Educación Sexual Si _____ No _____

33. Sostiene usted conversaciones sobre sexualidad abiertamente Si _____ No _____

34. Tiene usted oportunidades de entretenerse Si _____ No _____

35. A que dedica su tiempo libre Deportes _____ Leer _____ Escuchar Música _____

Otros _____

