

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA – LEÓN.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA



**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE DR. EN MEDICINA Y CIRUGÍA
GENERAL**

**“Factores de Riesgo del Embarazo en Adolescentes del municipio La
Concordia, Jinotega, durante Septiembre 2009 – Enero 2010”.**

AUTORES:

Sterling Mariana Arróliga Selva

Oliver Ramón Pichardo Urroz

TUTOR:

Dr. Juan Centeno

Master en Salud Pública

León, 15 de abril de 2010.



ÍNDICE

- DEDICATORIA
- AGRADECIMIENTO
- RESUMEN

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES.....

JUSTIFICACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

HIPÓTESIS.....

OBJETIVOS

MARCO TEÓRICO

MATERIALES Y MÉTODOS

RESULTADOS.....

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....

CONCLUSIONES.....

RECOMENDACIONES.....

REFERENCIAS

ANEXOS.....

- FICHA
- TABLAS Y GRÁFICOS



DEDICATORIA

A
Nuestros padres,
Henry Arróliga y Sterling Selva,
Dennis Pichardo y Carmen Urroz

Por el apoyo
Y el tiempo dedicado.



AGRADECIMIENTO

Al Dr. Juan Centeno, quien ha sido nuestro mentor y tutor, durante toda la vida universitaria, y no podía faltar en este trabajo, que es la culminación de nuestra carrera, ya que con su revisión exhaustiva y detallada del material que iba produciéndose, sus observaciones oportunas, sus preguntas conducentes a la reflexión y la corrección de pruebas, lograron conferir un mejor mérito técnico-científico en su contenido como en su presentación.

Los autores de esta Tesis, queremos agradecer de forma profunda la colaboración y apoyo en diferentes etapas de este estudio, a la Dra. Sterling Vanessa Arróliga Selva, quien con sus aportes logró enriquecer el estudio.

A ellos, Muchas Gracias.



RESUMEN

FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES

El embarazo en adolescentes es un gran problema de trascendencia en salud pública.

El presente estudio fue realizado en La Concordia, Jinotega; durante el período de septiembre 2009 y enero 2010, cuyo objetivo general fue analizar los factores de riesgo del embarazo en adolescentes.

Se realizó un estudio analítico de tipo casos y controles; el tamaño de la muestra consistió en 100 adolescentes embarazadas (casos) y 100 adolescentes no embarazadas (controles).

Los datos se recolectaron a través de entrevista estructurada con cuestionario cerrado con alternativa de respuesta.

Los datos se procesaron y analizaron con programa EPI – Info 2008; se estimó el riesgo a través de Odds Ratio (OR), lo que nos indicó el intervalo de confianza y se analizó el valor de “p”.

Las conclusiones resultantes fueron:

1. Los factores dependientes de la familia considerados de riesgo para la aparición de embarazo en la adolescencia son: las migraciones recientes y las no convivencias familiares.
2. Las características personales de las adolescentes, que les representan riesgos para embarazarse, son: ser amas de casa, no tener información sobre planificación familiar y el no uso de algún método de anticoncepción.
3. Las adolescentes de procedencia del área rural demostraron tener ocho veces más riesgo de quedar embarazadas, en comparación con las adolescentes del área urbana.
4. Existe un porcentaje de cobertura del Programa de Atención al adolescente del 43%.



INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa de la vida que separa la niñez de la adultez, es un proceso universal que varía entre personas y culturas, donde ocurren diferentes cambios biológicos, psicológicos y sociales. Resulta tan intensa y diversa, que por esa razón, no se disfruta a plenitud la mayoría de las veces. La edad establecida por la Organización Mundial de la Salud oscila entre los 10 y 19 años, considerando tres fases: la adolescencia temprana (10 a 13 años), la adolescencia media (14 a 16 años) y la adolescencia tardía (17 a 19 años).

A nivel mundial, el inicio de la vida sexual activa se presenta a edades cada vez más tempranas, el 20% de los partos son de madres adolescentes, la tasa de muertes relacionadas con el embarazo y el parto es de 2-5 veces más alto entre mujeres menores de 18 años, comparadas con las de 20-29 años. ⁽¹⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2005 describe que África, América Latina y el Caribe tienen el mayor índice de embarazo adolescente, y del istmo centroamericano, lo tiene Nicaragua, con un 24% de todos los nacimientos, un poco por encima del promedio de países a nivel mundial. El Fondo de Población de las Naciones Unidas en Nicaragua (UNFPA); reporta que en la última década, Jinotega ocupa el segundo lugar en morbilidad materna y fetal; donde el embarazo adolescente y la procedencia rural son características recurrentes.

Por lo general son embarazos no planificados, con desenlaces desfavorables para la madre y el niño. En la madre aumenta la morbilidad durante el embarazo y parto, así como, aumenta la probabilidad de deserción escolar, desempleo, fracaso en la relación de pareja y perpetuación del ciclo de pobreza; en el bebé aumenta la probabilidad de “bajo peso al nacer” y la morbilidad perinatal en general. ⁽²⁾



Acciones del Centro de Salud

El Centro de Salud Flor de María Chavarría, es una unidad prestadora de servicios de salud, dependiente del SILAIS Jinotega. Es un establecimiento de salud de atención primaria, localizado en La Concordia, municipio de Jinotega, ubicado en un área urbana central, cuenta con 3 (tres) unidades puestos a su cargo, y cubriendo una población de 7830 habitantes según último censo.

El municipio de La Concordia, se encuentra ubicado entre las coordenadas 13° 11' latitud norte y 86° 10' longitud oeste. Limita al Norte: Municipio de San Sebastián de Yalí, al Sur: Municipio de Estelí (Dpto. de Estelí), al Este: Municipio de San Rafael del Norte y al Oeste: Municipio de Estelí (Dpto. de Estelí). Densidad Poblacional 64 habitantes por km². La población del municipio se dedica a la actividad agrícola y ganadera. Se clasifica en Población urbana 23.15%, Población rural 76.85%, Hombres 52%, Mujeres 48% y menores de 15 años 44%. En el municipio cuentan con escuela primaria e Instituto de educación secundaria; algunas de las comunidades cuentan con sus propias escuelas, por lo que este grupo de edad tiene acceso a educación.

Cabe mencionar que en el municipio, a pesar de que el Ministerio de Salud, a nivel nacional se encuentra inmerso en un nuevo Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFAC), a nivel municipal se está llevando, inmerso dentro del programa de AIMNA, el Programa de Adolescente, el cual tiene un recurso responsable y del cual se entrega reporte mensual a nivel de SILAIS departamental.



ANTECEDENTES

Los indicadores socio-demográficos reportados por el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA) en el 2005, muestran que en Nicaragua la tasa de fecundidad adolescente es de 125-130 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años y que el porcentaje de adolescente de 15 a 19 años, que ya son madres es de 20,7%.⁽³⁾ Las proyecciones realizadas por el Instituto de Estadísticas y Censos (INEC), señalan una tasa de fecundidad adolescente de 152 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años; ambas cifras ubican a Nicaragua como el país de América Latina con más alta tasa de fecundidad adolescente.⁽⁴⁾

Un estudio descriptivo sobre los factores de riesgos en la incidencia de embarazo adolescente en la Colonia Flor del Campo, Honduras en el año 2005, realizado con una muestra de 81 adolescente de 13 a 19 años, destaca que la procedencia rural, la baja escolaridad y la poca educación sexual fueron factores predisponentes.⁽⁵⁾

En 1998, en Guantánamo- Cuba, se estudia a 37 adolescentes entre los 12 y 19 años, en un estudio de casos y controles, encontrando una asociación entre su desconocimiento en métodos de planificación y la mayor ocurrencia de embarazos.⁽⁶⁾

Un estudio descriptivo, realizado en Majagua-Cuba, con una muestra de 80 personas, en el 2005; indica que con la intervención de estrategias educativas en las unidades de salud, se aumentada el nivel de conocimiento por parte de las adolescente de los riesgos que conlleva un embarazo a esta edad.⁽⁶⁾

En el Hospital Gineco-Obstétrico Dr. Enrique Sotomayor de Ecuador, se realizó un estudio analítico sobre los factores etiológicos del embarazo adolescente ingresados a la unidad, de Noviembre del 2006 a Enero del 2007, encontrando que la procedencia rural, desconocimiento de los métodos anticonceptivos, falta de educación sexual por parte de los padres son factores predisponentes.⁽⁷⁾



En Washington, se analizó un estudio de campo realizado en Guatemala, en 1995, con una muestra de 535 adolescente embarazadas, encontrando que el 62% había sufrido abuso sexual o intento de abuso sexual antes de su primer embarazo. ⁽⁸⁾

Un estudio descriptivo de corte transversal sobre los principales factores que inciden en la mortalidad perinatal en el servicio de neonatología del Hospital Bertha Calderón en el 2008, con una muestra de 230 pacientes, identifica que el “embarazo adolescente” estuvo presente en un 27%. ⁽⁹⁾

Un estudio de casos y controles, realizado en el 2003, en el Centro de Salud de Villa Libertad, Managua, con una muestra de 438 pacientes, encontró que existe una asociación entre el poco conocimiento sobre sexualidad y salud reproductiva con la mayor incidencia de embarazo en la adolescencia. ⁽¹⁰⁾

En el 2005, en un barrio de Ocotal-Nueva Segovia, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal sobre el conocimiento de los riesgos del embarazo durante la adolescencia en 24 adolescentes, encontrando que el grado de conocimiento era bajo, y que la principal fuente de información provenía de la “radio” (50%); donde la información obtenida por las unidades de salud, ocupaba un último lugar con un 4%. ⁽¹¹⁾

El estudio realizado en embarazos de adolescentes en el Municipio de Waspán, Río Coco, Nicaragua, desde junio a julio del 2000, en el cual la edad promedio del embarazo fue de 17 años, con primaria incompleta y donde el embarazo fue un factor determinante para abandonar los estudios. Es interesante destacar que la religión no fue un factor importante para propiciar o detener el embarazo; el motivo principal para iniciar la vida sexual activa fue conseguir marido, seguido de diversión y curiosidad, la mayoría desconocía como se producía el embarazo; el uso de métodos de planificación



familiar fue muy bajo, solamente el 5.7% usaron alguno de ellos. La edad en que las madres de estas adolescentes salieron embarazadas fue desconocida en un 78%, el resto refirió que fue entre los 17 y 19 años. ⁽¹²⁾

Un estudio descriptivo de corte transversal: Factores familiares que condicionan el embarazo en adolescentes de áreas rurales del municipio de Tipitapa, Municipio de Managua, Nicaragua, con una muestra de 110 adolescentes, concluye lo siguiente: la edad que predominó fue de 18-19 años, baja escolaridad, unión libre, ama de casa, religión católica, hogares pobres y en extrema pobreza, deserción escolar temprana, conocimientos inadecuados sobre sexualidad y anticonceptivos, predominio de mitos y tabúes que reflejan la transmisión de valores culturales de una generación a otra, las adolescentes mantenían una comunicación fraterna con sus padres antes de embarazarse y actualmente igual comunicación mantienen con su pareja. ⁽¹³⁾

Un estudio descriptivo de corte transversal: Algunos factores que inciden en el embarazo en adolescentes, en la comunidad Pita el Carmen, Abisinia, del Municipio del Cuá, Jinotega, en el I semestre del año 2003, con una muestra de 50, concluye que la edad predominante fue de 15-19 años, estado civil acompañadas, religión católicas y con escolaridad de primero a cuarto grado. Las familias numerosas y/o hacinamiento predisponen al embarazo en edades tempranas, el bajo nivel de escolaridad limita la comprensión de temas como: sexualidad, salud sexual reproductiva y planificación familiar impartidas por el personal de salud. La comunicación entre padres es buena-regular, las adolescentes se relacionan más con la mamá y amigas. La principal razón por la que se embarazan, es que su compañero no las deja planificar, las adolescentes manejan información errónea sobre sexualidad y salud reproductiva, la planificación familiar es más conocida por las adolescentes que la educación sexual, las embarazadas tienen una situación económica regular-mala, propensas a salir nuevamente embarazadas. ⁽¹⁴⁾



Otro estudio realizado en el Municipio de Palacagüina, Madriz, Nicaragua 2003-2004: estudio mixto sobre determinantes del embarazo en adolescentes, se encontraron los siguientes resultados: la baja escolaridad, ausencia de prácticas religiosas, falta de un proyecto de vida y el no uso de métodos de planificación son determinantes del embarazo en adolescentes. ⁽¹⁵⁾

La mala comunicación con la madre y en general las barreras culturales entre los padres y las adolescentes no contribuyen a la prevención del embarazo, por lo contrario, incrementa el riesgo de un embarazo precoz. ⁽¹⁾

Otro estudio realizado en Estelí, Nicaragua, en el año 2003, sobre el programa de atención integral a la adolescencia, refleja que los adolescentes integrados en los clubes no cuentan con un plan de trabajo elaborado por ellos y la participación de padres de familia, maestros y líderes comunitarios ha sido pobre. ⁽¹⁶⁾



JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes es un gran problema de trascendencia en salud pública, es por eso que el presente estudio pretende ahondar en dicha problemática, para identificar la asociación entre distintos factores “dependiente de la familia, dependiente de la persona y factores dependientes de la procedencia del individuo”; y su relación con la ocurrencia de embarazos durante la adolescencia. Con la finalidad, que la información obtenida pueda servir de herramienta para que se propongan planes de intervención preventivos, lo que tendría un impacto a nivel social y económico en el país, así como, en la salud de las adolescentes.

Además, es importante realizarlo en uno de los municipios del primer departamento del país con más muertes maternas en la actualidad, La Concordia-Jinotega.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo del embarazo en adolescentes, que dependen de la familia, de la persona y de la procedencia del individuo que habitan en La Concordia, Jinotega Septiembre 2009 – Enero 2010?



HIPÓTESIS

Existen factores que dependen de la familia y de la persona, así como la procedencia del individuo, que están predisponiendo a la ocurrencia de embarazos durante la adolescencia.



OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar los factores de riesgo del embarazo en adolescentes que habitan en La Concordia, Jinotega durante el periodo del 1 de Septiembre del 2009 al 31 de Enero del 2010.

Objetivos específicos:

1. Determinar la asociación causal entre los factores dependientes de la familia con la ocurrencia de embarazos durante la adolescencia.
2. Establecer la asociación causal entre los factores dependientes de la persona con la ocurrencia de embarazos durante la adolescencia.
3. Comprobar la asociación causal entre la procedencia del individuo y la ocurrencia de embarazos durante la adolescencia.
4. Medir el porcentaje de adolescentes estudiadas que han recibido algún tipo de atención del Programa para adolescente en las unidades de salud del municipio de La Concordia-Jinotega.



MARCO TEÓRICO

Adolescencia.

La adolescencia (del latín "adolescere": crecer, desarrollarse), es una transición entre el infante o niño de edad escolar y el adulto. Esta transición de cuerpo y mente, proviene no solamente de sí mismo, sino que se conjuga con su entorno, el cual es trascendental para que los grandes cambios fisiológicos que se producen en el individuo, lo hagan llegar a la edad adulta.

La adolescencia es un fenómeno biológico, cultural y social, por lo tanto, sus límites no se asocian solamente a características físicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85% de ellos viven en países pobres o de ingresos medios y alrededor de 1.7 millones de ellos mueren al año.⁽¹⁾

El desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso, relacionados con aspectos psicológicos y sociales. ONUSIDA las divide en estas etapas:

- *Adolescencia Temprana:* (10- 13 años) caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.).⁽¹⁷⁾
- *Adolescencia Media:* (14-16 años) completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de



invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces. ⁽¹⁷⁾

- *Adolescencia Tardía:* (De 17 a 19 años) Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal, logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual. Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño. ⁽¹⁷⁾

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. 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. ⁽¹⁸⁾

Aspectos Clínicos

A menudo no se sospecha el embarazo de la adolescente hasta que es obvio, lo que se traduce en un aumento de la morbilidad y posiblemente de la muerte de la joven embarazada, es necesario destacar la importancia de un diagnóstico precoz y analizar las razones por lo cual es común el error diagnóstico.

Las pacientes en quienes se pasa por alto la existencia de un embarazo pueden ser divididas en dos grupos. En el primero se encuentran las que se niegan aceptar la



posibilidad de un embarazo, esto es común en la adolescencia temprana y se puede ejemplificar como la muchacha que consulta de emergencia por primera vez por “dolor abdominal”, cuando en realidad está en trabajo de parto.

El otro grupo conformado por adolescentes que se encuentran solas y confundidas y a la defensiva, no revelan sus problemas; estas pacientes esperan que se descubra el “segundo diagnóstico”.

La causa primordial del diagnóstico equivocado, es la historia incompleta del examen físico equivocado, por lo tanto la anamnesis sexual debe ser parte de la historia clínica de toda joven adolescente y siempre debe incluir un registro del ciclo menstrual. ⁽¹⁹⁾

En las unidades de salud del MINSA existe un programa de atención integral para las adolescentes que brindan servicios orientados a mejorar la salud de las mismas, entre ellas consejería de temas como:

- ◆ Planificación familiar
- ◆ Prevención de ITS
- ◆ Prevención de adicciones
- ◆ Autoestima
- ◆ Sobreviviente de abuso sexual
- ◆ Violencia intra familiar
- ◆ Relaciones padre-madre-hijo

Además un club de adolescentes en donde se realizan actividades como:

- ◆ Actividades recreativas
- ◆ Actividades deportivas
- ◆ Actividades culturales
- ◆ *Actividades organizativas*
- ◆ Intercambio de experiencia. ⁽¹⁾



A. – FACTORES PREDISPONENTES

1. – *Menarca Temprana*: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. – *Inicio Precoz de Relaciones Sexuales*: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. – *Familia Disfuncional*: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres e 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.
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. – *Pensamientos Mágicos*: 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.

B. FACTORES DETERMINANTES

1. – Relaciones Sin Anticoncepción

2. – Abuso Sexual

3. – Violación^(17, 20)

Otra forma de estudiar los factores que inciden en el embarazo adolescente es:

Factores de riesgo del embarazo de la adolescente:

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

Factores Individuales:

Principales factores individuales asociados que condicionan la vida de las 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.

Factores Biológicos

Menarquia: la edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX, alrededor de 12 a 13 años, 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 a edades tempranas. 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.

Factores Psicosociales

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

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 influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

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 de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

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 ésta 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 revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la 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. ⁽¹⁷⁾

Freid Said, 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. ⁽²⁾

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. ⁽¹⁾

Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, familias disfuncionales, falta de recursos a 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.

Factores 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.

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.

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 a 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 ha 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.

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.

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. ⁽¹⁷⁾



MATERIAL Y MÉTODO

a) Tipo de Estudio:

Analítico de casos y controles.

b) Lugar y período:

Municipio de La Concordia del Departamento de Jinotega, del periodo de 1ro de Septiembre del 2009 al 31 de Enero del 2010.

c) Población de Estudio:

Adolescentes embarazadas y adolescentes no embarazadas entre las edades de 10 a 19 años, que viven en La Concordia, municipio de Jinotega.

d) Tamaño de la Muestra:

El municipio de La Concordia tiene una población de 7832 habitantes, la población de mujeres adolescentes de 10 a 19 años es de 1506 habitantes. La frecuencia de embarazos en adolescentes es de 0.25 de la población en general. Tomando en cuenta:

- a. Odds ratio previsto: 4
- b. Nivel de significancia: 95%
- c. Poder estadístico: 80%
- d. Precisión relativa: 76%.^(21,22)

Deseamos una relación de 1 a 1 entre casos y controles, por ende, la muestra estaría constituida por 85 embarazadas adolescentes y 85 adolescentes no embarazadas, para $n= 170$, sin embargo la muestra se realizará en base a 100 embarazadas adolescentes y 100 adolescentes no embarazadas; lo cual fortalecerá los hallazgos encontrados. El 76% de la precisión relativa nos indica concretamente la amplitud que debe tener el intervalo de confianza en la estimación del valor poblacional.⁽²³⁾



f) Criterios de Inclusión:

1. Embarazadas de 10 a 19 años que se les realice control prenatal en las unidades de salud del municipio en el período de estudio, y que vivan en La Concordia, Jinotega.
2. Adolescente primigesta.
3. Adolescentes de 10 a 19 años que no estén embarazadas, que vivan en La Concordia, que acudan a consulta médica a las unidades de salud, y por ende, que tengan las mismas características socio-demográficas, haciendo más homogéneo a los grupos a comparar.
4. Adolescente que voluntariamente deseen participar del estudio.

g). Criterios de Exclusión:

1. Adolescentes que no viven en el municipio.
2. Adolescentes que no deseen participar del estudio.
3. Adolescentes con más de una gestación.

h) Unidad de Observación:

Centros y/o Puestos de Salud de La Concordia.

i) Plan de recolección de datos:

Se realizaron entrevistas personales a las adolescentes embarazadas, en las clínicas de atención integral de las unidades asistenciales por el personal de salud tratante; en forma gradual, con secretividad, manteniendo siempre empatía y cordialidad. De la misma manera a las adolescentes no embarazadas que acudieron a consulta general en la unidades.

Para la selección de controles se tuvo en cuenta dos reglas básicas que permitieron disminuir el sesgo:

- Seleccionar los controles al mismo tiempo que los casos.
- Se analizó cuidadosamente los registros donde se obtuvieron los controles.



k) Fuentes de información:

Primaria: Las adolescentes embarazadas y no embarazadas.

l) Técnicas e Instrumentos:

Entrevista estructurada con cuestionario cerrado con alternativa de respuesta.

m) Procesamiento de Datos:

El procesamiento de la información se realizó, una vez recolectados los datos, siguiendo el orden de las preguntas estructuradas, igual en el cuestionario.

n) Plan de análisis de datos

Los datos se procesaron y analizaron con programa EPI – Info 2008; se estimó el riesgo a través de Odds Ratio (OR), lo que nos indicó el intervalo de confianza, se analizó el valor de “p”, la cual se obtuvo con la prueba de Chi cuadrado, y los resultados se presentan en forma de Gráficos, Tablas y Tabulación. Los posibles factores de confusión se controlaron a través de OR ajustados, se realizó análisis estratificado, comparando sus respectivos OR.

o) Trabajo de Campo:

- Autorización del Director de SILAIS La Concordia para realizar la investigación, la cual se realizó por escrito y se concedió para realizar dicha investigación.
- Se realizaron las entrevistas en forma individual a cada una de las adolescentes no embarazadas cuando acudieron a consulta general o en sus comunidades. A las adolescentes embarazadas, se les realizó su entrevista, cuando acudieron a su control prenatal (en la clínica o domiciliar). Las realizó el asistencial – investigador - en forma privada, previo consentimiento y aclarando cualquier término de difícil comprensión. Cada día desde el 1er día de Septiembre 2009 hasta el 31 de Enero del 2010.



- Transmitir la información al SILAIS La Concordia una vez terminado el estudio, para conocer los principales factores causales del embarazo para que junto al comité multidisciplinario plantear las medidas de intervención una vez, que conozcamos las causas.

q) Consideraciones Éticas:

- No se comentarán los resultados de la investigación antes de haber defendido la tesis.
- Consentimiento de la adolescente entrevistada.



RESULTADOS

Se estudiaron un total de 200 adolescentes procedentes del municipio de La Concordia, departamento de Jinotega, durante el período de septiembre 2009 a enero 2010, siendo 100 de ellas, embarazadas, que corresponden al grupo de los casos, y 100 no embarazadas, que corresponden a los controles.

El grupo etéreo predominante en la población de estudio, fue el de 16 a 19 años en ambos grupos (casos y controles); en los casos en un 92%, y en los controles un 85%, el porcentaje restante corresponde al grupo de 10 a 15 años. La Edad que más predominó fue la de 19 años, en un 26% para los casos, y en un 33% de los controles.

Con respecto, al estado civil de los casos, se encontró un 20% están solteras, un 30% están casadas, y un 50% viven acompañadas (unión libre); con respecto a las pacientes, de los controles, se encontró que un 80% están solteras, un 10% están casadas, y un 10% viven acompañadas. Viudas y divorciadas, no se encontraron, ni en los casos ni en los controles.

La mayoría de las pacientes estudiadas, refieren un nivel educativo de primaria completa para los casos, y secundaria completa para los controles, para un 30% para ambos grupos. Para los casos encontramos entonces, un 10% de analfabetismo, un 10% para la primaria incompleta, la secundaria completa es 26%, secundaria incompleta es 16%, y la universitaria 8%. Para los controles encontramos un 5% de analfabetismo, un 15% de primaria incompleta, un 16% para la primaria completa, un 14% para secundaria incompleta, y universitaria un 20%.

El promedio de ocupación encontrada en los casos, corresponde a un 80% ama de casa, y un 20% estudiantes; en los controles un 22% son ama de casa, y un 78% son estudiantes.



Un 78% de los casos profesa algún tipo de religión, subdividiéndose a su vez, en un 49% a los católicos, un 32% son evangélicos, y un 19% profesan otra religión. En el grupo de controles el 85%, refiere tener alguna religión, encontrando entonces, en este grupo, que el 47% son católicos, un 33% son evangélicas, y un 20% practican otra religión.

Un 41% de los casos estudiados, refiere tener algún conocimiento sobre planificación familiar, en contraste con el 63% de los controles; que se traspone al 16% de los casos que refieren uso de algún método de planificación familiar, y el 78% de los controles.

Se encontró, que en el grupo estudiado, tanto los casos como los controles, un bajo porcentaje ha migrado recientemente de su lugar de origen, siendo un 18% para los casos, y apenas un 2%, para los controles. Producto de esta migración, se encontró que el 89% de los casos viven sin estar bajo una tutoría directa, así mismo un 50% de los controles.

Dentro de las conductas familiares relacionadas a género, se encontró presente en ambos grupos, el factor del machismo (bajo la percepción de las adolescentes estudiadas), en un 88% en el grupo de casos, y un 78% en el grupo de controles.

Solamente un 36% de las encuestadas del grupo de casos, refirió convivencia familiar, en contraste con las del grupo de controles, que refirieron un 88%. Dentro de los casos que tienen convivencia familiar, el 44% viven con ambos padres, el 33% sólo con la madre, el 6% sólo con el padre, y un 17% vive con otros familiares; y dentro de los controles que tienen convivencia familiar, el 45% viven con ambos padres, el 32% sólo con la madre, el 14% sólo con el padre, y 9% con otros familiares.

De las pacientes estudiadas, la violencia intrafamiliar, en cualquiera de sus formas, se encontró presente en un 76% para las del grupo de casos, y las del grupo controles en



un 63%. De los casos que sufren de violencia intrafamiliar, el 91% corresponde a violencia verbal, el 6% de tipo física, y el 3% de tipo sexual; de los controles que sufren violencia intrafamiliar, el 78% corresponde a violencia verbal, el 21% de tipo física, y el 1% de tipo sexual. En ambos grupos, el tipo psicológico es el 0%.

En lo referente a comunicación y apoyo intrafamiliar, el 72% de los casos estudiados, refirió no experimentarlo, y un 66% de los controles aseveró la misma situación.

En lo que se refiere a reglas de conducta intrafamiliar, la mayoría de los casos y controles, la describió como permisiva/restrictiva, en un 78% y 68% respectivamente, y de tipo estable en un 22% y 32% respectivamente también.

La procedencia de los casos, fue rural en un 78%, y 60% para los controles, el resto de adolescentes de procedencia urbano.

El 62% de los casos refiere haber recibido consejería sobre sexualidad y métodos de planificación familiar por un trabajador de salud, contra un 36% de los controles ^(Gráfico 1); el 48% de los casos, y el 42% de los controles, ha recibido algún servicio del programa de atención integral al adolescente por parte del MINSA. ^(Gráfico 2)



DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con respecto a grupo de edades, se encontró un OR de 2.03, con un valor de $P > 0.05$, y el intervalo de confianza del OR, contiene la unidad, con lo cual, el valor de OR, no se ve respaldado, por lo que no se encontró significancia estadística; el posible agente confusor sería de que si estas adolescentes tienen o no pareja sexual, se encontró un OR ajustado, de 7.5. Cerca del 17 % de los embarazos en las adolescentes puede ser atribuido a tener mayor edad.

En lo relacionado al estado civil de las adolescentes en estudio, se obtuvo un OR crudo de 16, con un intervalo de confianza que no contiene la unidad, y el tamaño es corto, con un valor de $P < 0.01$; lo cual expresa una fuerte asociación entre la exposición y la enfermedad, con lo que se obtuvo significancia estadística. Al utilizar el no uso de planificación familiar como variable confusora, se encontró un OR ajustado de 19.6, lo que fortalece aún más el valor de OR crudo encontrado. El 60% de embarazadas adolescentes se puede atribuir a que tengan pareja.

En lo que se refiere al nivel educativo de las pacientes estudiadas. El OR encontrado para esta variable es de 1.78, el intervalo de confianza es corto, pero contiene a la unidad, y el valor de $P > 0.05$, con lo que el valor de OR se ve debilitado, por lo tanto no tuvo significancia estadística. Se considera como factor confusor de esta variable, a la procedencia de las pacientes, se obtiene un OR ajustado de 1.19. Se atribuye que un 10 % de las embarazadas adolescentes en este estudio es por un nivel escolar bajo y un 90% es por otra causa.

En la ocupación de las pacientes estudiadas, se encontró un OR crudo de 14.18, con un intervalo de confianza corto, que no contiene a la unidad, además el valor de $P < 0.01$, lo cual fortalece de gran manera, el valor del OR crudo encontrado, se comprueba significancia estadística. El valor del OR ajustado, poniendo como factor posible confusor a la procedencia^(4,7), es de 7.09, fortaleciéndose aún más el valor del OR crudo, con lo que se fortalece la significancia estadística. El 58% de los embarazos en las adolescentes estudiadas se debe a que son amas de casa.



En cuanto a la religión que practican las adolescentes estudiadas, se obtiene un OR crudo de 1.6, cuyo intervalo de confianza es corto, pero está conteniendo la unidad, y el valor de $P > 0.05$, lo que le resta poder al valor de OR obtenido. El valor del OR ajustado obtenido es de 4.33; utilizando como variable confusora la convivencia familiar, cuyo intervalo de confianza, no contiene a la unidad. Casi el 12 % de los embarazos en las adolescentes estudiadas, se atribuye a no practicar ninguna religión.

Con respecto a los conocimientos sobre planificación familiar, se encontró un OR crudo de 2.45, cuyo intervalo de confianza es corto y no contiene a la unidad, con un valor de $P < 0.01$, lo que viene a darle fuerza al valor del OR crudo obtenido, demostrándose significancia estadística. La educación como posible factor confusor nos dá un OR ajustado de 2.13, lo cual fortalece el nivel de significancia estadística; se atribuye que un 22 % de los embarazos en estas adolescentes es por no tener conocimientos sobre planificación familiar.

Con respecto al uso de métodos de Planificación Familiar se encontró un OR crudo de 18.61, con un intervalo de confianza corto, que no contiene a la unidad y cuyo valor de $P < 0.01$. Podemos ver un OR fortalecido en el que hubo significancia estadística. Tomando al machismo como posible variable confusora ⁽¹⁷⁾, el valor de OR ajustado es de 7, fortaleciéndose aún más el nivel de significancia estadística. Se atribuye que un 62% de los embarazos en estas adolescentes es por no usar algún método de planificación familiar.

Sobre la migración de las adolescentes en estudio, se encuentra un OR de 10.76, con un intervalo de confianza no tan corto, pero que no contiene a la unidad y cuyo valor de $P < 0.01$, lo cual fortalece el valor del OR crudo encontrado. De las adolescentes que migraron recientemente se investiga si éstas viven sin tutoría o no, como posible factor confusor, encontrando un valor de OR ajustado de 22, aunque su intervalo de confianza es muy amplio, pero no contiene la unidad. Se atribuye que el 44 % de los embarazos en estas adolescentes es a causa de la migración del seno familiar.

Con respecto a la presencia o no de machismo (según la percepción de las adolescentes), el valor del OR es de 2.07, con un intervalo de confianza corto, pero que contiene a la



unidad, y con un valor de $P > 0,05$, con lo cual el valor de OR crudo obtenido, pierde fuerza, no hubo significancia estadística. Al tomar la educación como posible variable confusora, el OR ajustado obtenido es de 2.55. Casi el 18% de los embarazos en estas adolescentes se atribuye a la presencia de machismo en el hogar según la percepción de las mismas.

La incidencia de la convivencia familiar, nos dá un OR crudo de 13.04, con un intervalo de confianza corto que no contiene a la unidad con un valor de $P < 0.01$, con lo cual el OR crudo se ve fortalecido, por la tanto, se logra significancia estadística para esta variable. Se toma en cuenta la migración reciente como probable variable confusora, con la cual se obtiene un OR ajustado de 22. El 55 % de los embarazos en estas adolescentes se atribuye a que no tienen convivencia familiar.

Sobre la existencia o no de violencia intrafamiliar en los hogares de las adolescentes en estudio se encontró un OR crudo de 1.86 con intervalo de confianza que contiene a la unidad y un valor de $P > 0.05$, con lo que no se logra significancia estadística. Al contemplar al machismo como probable variable confusora se obtiene un OR ajustado de 2.21. Solamente el 15 % de los embarazos en estas adolescentes producto de que exista violencia en la familia.

Sobre la comunicación y apoyo intrafamiliar, se obtiene un OR crudo de 1.32, con intervalo de confianza corto, pero que contiene a la unidad, con lo cual se debilita el valor del OR obtenido. El valor de P es > 0.05 , no habiendo significancia estadística. Tomando la convivencia familiar como probable variable confusora, se obtiene un OR de 6.48. Se atribuye que falta de comunicación y apoyo intrafamiliar es la causa del embarazo en estas adolescentes hasta en un 7%.

Las reglas de conducta familiar, nos dan un OR crudo de 1.67, con un intervalo de confianza aunque corto, conteniendo a la unidad, lo cual debilita el valor obtenido del OR, con un valor de $P > 0.05$, no habiendo encontrado significancia estadística. Tomando como posible variable confusora la no existencia de comunicación y apoyo intrafamiliar, se obtiene un OR ajustado de 1.59. Se atribuye que casi el 13 % de los embarazos en estas adolescentes es a causa de conductas familiares extremas.



Con respecto al domicilio de las adolescentes estudiadas, se obtiene un valor de OR crudo de 2.36, con un intervalo de confianza corto, que no contiene a la unidad, y que el valor de $P < 0.01$, lo que le da fuerza al valor de OR crudo encontrado, con lo que tuvo significancia estadística. Tomando el estado civil, como posible agente confusor, se obtiene un valor de OR ajustado de 7.8. Se atribuye que el 21 % de los embarazos en estas adolescentes es a causa de vivir en áreas rurales.

El 36% de los casos han recibido información sobre sexualidad y planificación familiar por algún trabajador de la salud, en contraste con los controles que han recibido esta información en un 62 %. Siendo el embarazo en la adolescencia un fenómeno natural en este municipio, cuya causa es la falta de acceso a la información; por consiguiente, están temerosos de encontrarse a familiares, vecinos o amigos en las unidades de salud ⁽¹⁸⁾; esto explicaría la gran diferencia entre los casos y los controles.

El 48% de los casos refieren haber recibido algún servicio del programa integral para adolescentes, en comparación de los controles con un 42%, estos porcentajes tan bajos se deben a que las charlas educativas que se deberían brindar en todas las unidades de salud no se están cumpliendo a cabalidad, y a que las adolescentes probablemente no reconocen el programa de atención integral al adolescente como tal, ya que no existe un espacio físico exclusivo para tal fin. La diferencia entre el porcentaje de información brindada y servicios del programas de adolescentes en el grupo de casos probablemente se deba a que las embarazadas adolescentes ven los controles prenatales como un servicio del programa, más sin embargo en los mismos no se le está brindando la información de sexualidad y planificación familiar debida. Dicha diferencia en el grupo de controles, tal vez se deba a que la información brindada no fue en unidades de salud y sí, en las comunidades; como puede pasar durante una visita integral o una brigada médica, o quizás fue brindada por un brigadista de salud que no deja de ser un trabajador de la salud.

Por lo anteriormente expuesto se logra aceptar de manera científica la hipótesis de estudio previamente planteada, cómo lo es que existen factores que dependen de la familia y de la persona, así como factores que dependen de la procedencia del individuo, que están predisponiendo a la ocurrencia de embarazos durante la adolescencia.



CONCLUSIONES

1. Los factores dependientes de la familia considerados de riesgo para la aparición de embarazo en la adolescencia son: las migraciones recientes y las no convivencias familiares; lo que aumenta en once y trece veces las posibilidades de que una adolescente quede embarazada.
2. Las características personales de las adolescentes, que les representan riesgos para embarazarse, son: ser amas de casa, no tener información sobre planificación familiar y el no uso de algún método de anticoncepción.
3. Las adolescentes de procedencia del área rural demostraron tener ocho veces más riesgo de quedar embarazadas, en comparación con las adolescentes del área urbana.
4. Existe un porcentaje de cobertura del Programa de Atención al adolescente del 43%.
5. Se logró comprobar la hipótesis del estudio, donde se plantea que existen factores de la familia, de la persona, así como la procedencia del individuo. Los factores con significancia estadística encontrados son: migraciones recientes, la no convivencia familiar, el ser ama de casa, el no tener conocimiento ni usar algún método de planificación familiar, y ser del área rural.



RECOMENDACIONES

1. Presentar los resultados del presente estudio a las diferentes autoridades del municipio, para lograr sensibilidad ante la problemática existente.
2. Promover estrategias destinadas a aumentar ingreso y retención escolar, que favorezca la disminución de la deserción escolar.
3. Fomentar la detección oportuna de factores de riesgo para el embarazo en adolescentes, que podría ser propiciado con asistencia psicológica a grupos juveniles ya organizados.
4. Favorecer el análisis de la problemática para una inclusión y/o modificación del componente de educación sexual dentro del plan educativo de secundaria.
5. Exponer los resultados encontrados a padres de familia que propicie la sensibilización sobre temas como: valores familiares, violencia intrafamiliar, manejo del hijo adolescente y educación sexual.



REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. / Salud de adolescentes. OPS/OMS Washington. 1995. P 9 – 24.
2. Organización Panamericana de la Salud. / Manual de Salud para la atención del adolescente. Serie Paltex, 2005. P 199.
3. Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas. Estado de la población mundial. / Salud sexual y reproductiva en Nicaragua. Informe nacional. 2002. P 19 – 20.
4. Instituto Nacional de Estadística y Censo/MINSA. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente. [Informe]. 2006. P 7.
5. Reyes N. Factores predisponentes de embarazo adolescente en la colonia Flor del campo, [Revista], Honduras. 2005. P 10 – 13.
6. Soto M O, Bonal AF, Silva J, Velázquez GA. Embarazo en la adolescencia y conocimiento sobre la sexualidad, [Tesis]. Guantánamo, Cuba. 1998. P 50.
7. Celi R, Hidalgo L, Chidraui P, Gonzaga M. Factores etiológicos y epidemiológicos en adolescentes embarazadas en el Hospital Enrique Sotomayor de Ecuador. [Tesis]. 2007. P 28 – 36.
8. Boyer D. Papel del abuso sexual en el embarazo adolescente, [Revista]. USA. Washington. 1995. P 20 – 30.
9. Díaz F. Principales factores predisponentes en la mortalidad perinatal en el servicio de neonatología del Hospital Bertha Calderón, [Tesis]. Managua-Nicaragua. 2005. P 33 – 44.
10. Amaya J, Centeno X, Gaitán J. Conocimientos y actitudes sobre sexualidad y salud reproductiva en el embarazo adolescente, en el Centro de Salud Villa Libertad, [Monografía]. Managua. 2003. P 15 – 20, 27 – 35.
11. Cruz M, Romero M. Conocimientos sobre factores de riesgo del embarazo adolescente en un barrio de Ocotal, [Tesis]. Nueva Segovia. 2005. P 28 – 41.
12. Alatorre J, Taquín L. Prevalencia de embarazos de adolescentes en el municipio de Waspán, Río Coco, Nicaragua de junio a julio del 2000. [Tesis]. 2000. P 6.



13. Ministerio de Salud de Nicaragua, Dirección primaria, nivel de atención integral a la adolescencia. Estrategias y lineamientos básicos para la prevención del embarazo en adolescencia. Managua, Nicaragua, Julio 2001.
14. Rodríguez LY. Factores que inciden en el embarazo en adolescentes, en la comunidad Pita el Carmen, Abisinia, del Municipio del Cúa, Jinotega, en el I semestre del año 2003, [Informe]. 2003. P 6 – 7.
15. González E.. Determinantes del embarazo en adolescentes en el municipio de Palacaguina, 2003-2005. [Tesis para obtener el título de Master en Salud Pública], Managua, Nicaragua, 2004. P 5 – 6.
16. López L, Embarazo en adolescentes, Problemas Sociales, Estelí. Director centro para jóvenes pro familia. [Informe]. 2003. P 3 – 4.
17. Miranda P R. Factores biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes del Centro Materno Infantil “Juan Pablo II” de Villa El Salvador, [Revista]. 2005. P 8 – 11.
18. Juárez-Márquez S, Murillo-Gómez Y, Ávila-Jiménez L. Factores familiares asociados al embarazo en un grupo de adolescentes mexicanas, [Revista]. 2008. P 15 – 21.
19. Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaría de salud de México. En Buen Plan. Curso de atención a la Salud Reproductiva para adolescentes. México DF. 1994. P 34 – 41.
20. M. Ayala, L. García. Factores socio-económicos y culturales relacionados al embarazo adolescente de una zona rural de Tabasco, México. 2001. P 12 – 22.
21. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. 2nd edition. New York: John Wiley & Sons; 1981.
22. Lwanga SK, Lemeshow S. Determinación del tamaño de las muestras en los estudios sanitarios. Manual práctico. Ginebra: O.M.S.; 1991.
23. E. L. de Alvarado E. R. Pineda. Metodología de la Investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud. OPS. Serie Paltex. Editorial Limusa, México, 1986. P 273 – 282.



ANEXOS



OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	INDICADOR	VALOR
Edad	Número de años que una persona tiene desde su nacimiento	Número de años	No riesgo: de 10 a 15 años Riesgo: de 16 a 19 años.
Estado civil	Condición jurídica de una persona	Entrevista	Riesgo: casada o acompañada. No riesgo: soltera.
Nivel educativo	Grado de escolaridad de la adolescente y de sus padres, que les permite saber leer y escribir.	Entrevista	Riesgo: Nivel Bajo (Analfabeta, Primaria completa o incompleta) No Riesgo: Nivel Alto (Secundaria completa o incompleta, y universitario).
Ocupación	Las ocupaciones son distintas actividades que el hombre y/o mujer realizan a diario, en las cuales éste se involucra, tienen propósito y sentido.	Entrevista	Riesgo: ama de casa No Riesgo: estudiante
Religión.	Creencias de tipo espiritual y moral que regula la conducta humana	Entrevista	Riesgo: sin religión. No riesgo: con religión
Domicilio	Lugar donde vive o reside una persona	Entrevista	Riesgo: rural. No riesgo: Urbana.



Migración del seno familiar:	Cambio de la residencia habitual en el caso de las personas	Entrevista.	Riesgo: Migración reciente. No riesgo: No migración.
Machismo (en el hogar, en el colegio, en la sociedad)	Conjunto de actitudes y prácticas sexistas vejatorias u ofensivas llevadas a cabo contra las mujeres, conjunto de actitudes y comportamientos que rebajan injustamente la dignidad de la mujer en comparación con el varón.	Entrevista.	Riesgo: que esté presente No riesgo: que no esté presente
Conocimientos sobre Planificación Familiar	Todo concepto para prevenir embarazo que la adolescente sabe y practica	Entrevista	Riesgo: No ha sido capacitada No riesgo: Si ha sido capacitada
Uso de Planificación familiar	Está usando algún método de PF	Entrevista	Riesgo: No usa métodos de PF. No riesgo: Si usa métodos de PF.
Convivencia familiar	Personas con las que vive en la casa	Entrevista	Riesgo: No vive con sus padres o familiares directos. No riesgo: Vive con sus padres o con familiares directos.
Violencia intrafamiliar	Toda agresión física, psicológica, verbal o sexual realizada por cualquier miembro de la familia en contra	Entrevista	Riesgo: Experimenta la violencia intrafamiliar en



	de la adolescente		cualquiera de sus formas. No riesgo: No experimenta violencia intrafamiliar.
Comunicación y apoyo intrafamiliar	Toda expresión y demostración de sentimientos, ideas, conocimientos, dudas entre padres y adolescentes	Entrevista	Riesgo: No hay comunicación ni educación ni apoyo por parte de los miembros de la familia. No riesgo: Hay comunicación, apoyo y educación por parte de los miembros de su familia.
Reglas de conducta intrafamiliar	Normas de conducta y disciplina establecidas por los padres para mantener el orden en el hogar	Entrevista	Riesgo: Permisiva o restrictiva. No riesgo: No permisivas ni restrictivas.



TABLA 1. PRUEBAS ESTADÍSTICAS A VARIABLES DEPENDIENTES DE LA PERSONA

FACTORES	CASOS	CONTROLES	TOTAL	OR CRUDO (IC)	P	OR AJUSTADO (IC)	P	% RIESGO ATRIBUIBLE
Edad								
Riesgo	92	85	177	2.03	0.1217	7.5	0.0000159	17.19
No riesgo	8	15	23	(0.76-5.54)		(2.53-22.78)	< 0.01	
Estado civil								
Riesgo	80	20	100	16	0	19.6	0	60
No riesgo	20	80	100	(7.6-34.18)		(8.9-43.44)	< 0.01	
Nivel educativo								
Riesgo	50	36	86	1.78	0.046	1.19	0.6232	10.06
No riesgo	50	64	104	(0.97-3.26)		(0.56-2.52)	> 0.05	
Ocupación								
Riesgo	80	22	102	14.18	0	7.09	0	58.02
No riesgo	20	78	98	(6.82-29.86)		(3.27-15.53)	< 0.01	
Religión								
Riesgo	22	15	37	1.6	0.2035	4.33	0.0002	11.61



No riesgo	78	85	163				< 0.01	
Conocimientos sobre planificación familiar								
Riesgo	59	37	96	2.45	0.0018	2.13	0.01035	22.04
No riesgo	41	63	104	(1.33-4.51)		(1.15-3.99)	<0.01	
Uso de métodos de planificación familiar								
Riesgo	84	22	106	18.61	0	7	0.0000017	62.23
No riesgo	16	78	94	(8.63-48.78)		(2.79-17.88)	< 0.01	



TABLA 2. PRUEBAS ESTADÍSTICAS A VARIABLES DEPENDIENTES DE LA FAMILIA

FACTORES	CASOS	CONTROLES	TOTAL	OR CRUDO (IC)	P	OR AJUSTADO (IC)	P	% RIESGO ATRIBUIBLE
Migración del seno familiar								
Riesgo	18	2	20	10.76	0.0001	22	0.00002	44.44
No riesgo	82	98	180	(2.3-69.21)		(4.54-145.07)	<0.01	
Machismo								
Riesgo	88	78	166	2.07	0.0604	2.55	0.02462	17.72
No riesgo	12	22	34	(0.91-4.78)		(1.04-6.31)	<0.01	
Convivencia familiar								
Riesgo	64	12	76	13.04	0	22	0.000002	55.18
No riesgo	36	88	124	(5.97-28.99)		(4.54-145.07)	< 0.01	
Violencia intrafamiliar								
Riesgo	76	63	139	1.86	0.046	2.21	0.04333	15.34
No riesgo	24	37	61	(0.96-3.60)		(0.95-5.19)	> 0.05	



Comunicación y apoyo intrafamiliar								
Riesgo	72	66	138	1.32	0.3601	6.48	0.0000014	7.01
No riesgo	28	34	62	(0.70-2.53)		(2.74-15.56)	< 0.01	
Reglas de conducta intrafamiliar								
Riesgo	78	68	146	1.67	0.1121	1.59	0.1552	12.68
No riesgo	22	32	54	(0.85-3.30)		(0.8-3.16)	> 0.05	



TABLA 3. PRUEBAS ESTADÍSTICAS A VARIABLES DEPENDIENTES DE LA PROCEDENCIA

FACTORES	CASOS	CONTROLES	TOTAL	OR CRUDO (IC)	P	OR AJUSTADO (IC)	P	% RIESGO ATRIBUIBLE
Domicilio								
Riesgo	78	60	138	2.36	0.006	7.8	0	21.04
No riesgo	22	40	62	(1.22-4.61)		(3.55-17.33)	< 0.01	



Gráfico 1: Porcentaje de adolescentes que han recibido información sobre sexualidad y PF

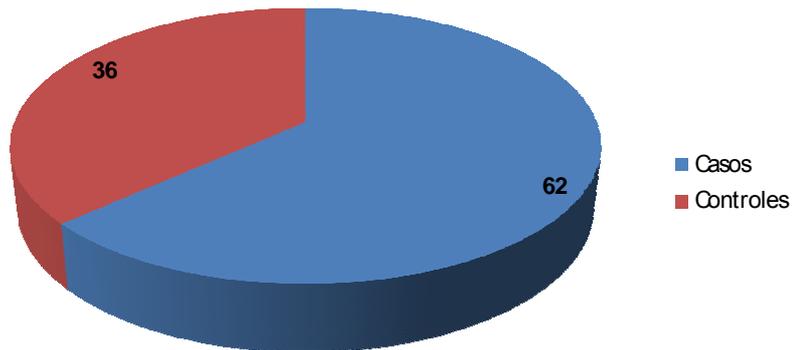
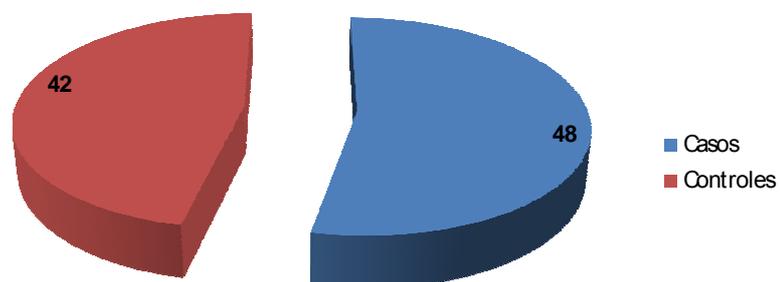


Gráfico 2: Porcentaje de adolescentes que han recibido algún servicio del programa de Atención al adolescente





"ADOLESCENCIA Y EMBARAZO"

Entrevista Personal

Caso ____

Control ____

No. Ficha ____

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted? _____.
2. ¿A qué edad menstrua por vez primera? _____.
3. ¿Cuál es su estado civil actual? a) Unión Libre _____ b) Casada _____
c) Soltera _____ d) Divorciada _____ e) Viuda _____.
4. ¿Cuál es su grado de escolaridad? a) Analfabeta _____ b) Primaria Incompleta _____ c) Primaria Completa _____ d) Secundaria Incompleta _____ f) Secundaria Completa _____ g) Universidad _____.
5. ¿A qué se dedica usted? a) Ama de casa _____ b) Estudiante _____
6. ¿Qué Religión profesa? a) Católica _____ b) Evangélica _____
c) Otra _____ d) Ninguna _____.
7. ¿ Su religión le impide usar métodos de planificación familiar? a) Si _____
b) No _____.
8. ¿Cuál es su procedencia? a) Urbana _____ b) Rural _____.
9. ¿Ha migrado recientemente? a) Sí _____ b) No _____.
10. ¿Como consecuencia de la migración reciente; usted vive sola o sin tutoría? a) Sí _____ b) No _____.
11. ¿Cree o le han dicho alguna vez que los hombres tienen más habilidades y derechos que las mujeres, por lo que debemos obedecerlos y atenderlos siempre? a) Sí _____ b) No _____.
12. ¿Conoce usted el significado del "Planificación Familiar"?:
a) Si _____ b) No _____.
13. ¿Ha usado usted algún método de planificación familiar?:
a) Si _____ b) No _____.



14. ¿Cuál?_____.
15. ¿Dónde adquiriere los métodos de planificación familiar? a)Hogar____
b)Escuela/Colegio _____ c)Amigos____ d)Medios de
comunicación_____ e)Centro de salud_____ f)Otro_____.
16. ¿Con quién convive en su casa actualmente? a)Padre____ b)Madre____
c)Ambos Padres_____ d)Pareja_____ e)Sola____ f)Otros
Familiares_____.
17. ¿Sus padres están juntos? a)Si_____ b)No_____
18. ¿Cómo es la relación familiar con sus padres? a)Estable/Moderada_____
b)Permisiva ____ c)Restrictiva_____.
19. ¿Considera usted, que en la relación con sus padres existe comunicación
y apoyo emocional? a)Si_____ b)No_____
20. ¿Platican de sexualidad y métodos anticonceptivos con sus padres?
a)Si____ b)No_____.
21. ¿Recibe usted apoyo emocional y económico de su pareja (padre de su
hijo?. a)Si____ b)No_____.
22. ¿Recibe información sobre sexualidad y métodos de planificación familiar
en su escuela? a)Si____ b)No_____.
23. ¿Recibe información de sexualidad y métodos de planificación por un
trabajador de salud? a)Si____ b)No_____.
24. ¿Ha recibido maltrato en su casa? a)Si____ b)No_____.
25. ¿Qué tipo de maltrato ha recibido? a)Verbal____ b)Físico____
c)Psicológico_____.
26. ¿Cuál es la frecuencia con que recibe el maltrato? a)Diario____ b)Rara
VeZ____ c)Seguido____ d)Nunca_____.
27. ¿Ha recibido maltrato fuera de su casa? a)Si____ b)No_____.
28. ¿Quién le ocasionó el maltrato?: _____.
29. ¿Ha recibido algún servicio del programa de Atención Integral al
Adolescente por parte del MINSA? a)Si____ b)No_____.



Carta de consentimiento informado

Fecha: _____

La incidencia de embarazos en adolescentes continúa en asenso, por lo que estoy interesada en investigar qué factores sociales, familiares están asociados a dicho aumento de este problema, ya que sólo con el hecho de ser adolescente constituye un riesgo para el bebé y la madre joven.

Debido a que nunca se ha hecho en esta colonia, se realizará una investigación que contribuirá al planteamiento de un plan preventivo de estos embarazos.

RIESGOS:

No hay ninguno, ya que la información se obtendrá por una entrevista personal directa a la adolescente embarazada y a la no embarazada y será confidencial.

¿Tiene usted alguna pregunta acerca de la información que se le acaba de explicar?

DECLARACION

He leído o se me ha leído el contenido de este documento, me han brindado amplias explicaciones en cuanto a mi participación en esta investigación y me han dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta, las cuales han sido contestadas a mi entera satisfacción. Se me garantizó que toda la información es privada y me reservo el derecho a abandonarla en cualquier momento, y mi decisión de abandonarla o permanecer en él, no afectará los otros servicios de atención que recibo en esta unidad.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

FIRMA O HUELLA DIGITAL

N. DE EXPEDIENTE _____