

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN – León



TESIS

para optar al título de

“Doctor en Medicina y Cirugía”

**Características sociodemográficas y clínicas de las
adolescentes embarazadas que acuden a los Centros de
Salud Mina El Limón y Perla María Norori, en el mes de
Abril del 2009.**

Autores:

Bra. Gladys Xiomara Barrera Quintana.
Br. Christian José Berríos Mairena.

Tutor:

Dr. Marcio Montoya.
Especialista en Gineco-obstetricia

Asesor:

Dr. Francisco Tercero, Ph.D
Prof. Titular Dpto. Salud Pública.

León, noviembre de 2009

INDICE

CONTENIDO	páginas
Resumen	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Introducción	1
Antecedentes	3
Planteamiento del Problema	5
Justificación	6
Objetivos	7
Marco Teórico	8
Diseño Metodológico	16
Resultados	20
Discusión	23
Conclusiones	26
Recomendaciones	27
Bibliografía	28
ANEXOS	31

RESUMEN

Es un estudio descriptivo sobre las características sociodemográficas y clínicas de las embarazadas adolescentes que acudieron a los centros de salud Mina El Limón y Perla María Norori en Abril, año 2009.

Se realizó con 100 pacientes, 50 del centro de salud Mina El Limón y 50 del centro de salud Perla María Norori, entre las edades de 14 y 19 años, durante el período antes mencionado. En cada control prenatal se practicaban las entrevistas en forma privada a las adolescentes. La investigación tuvo como objetivo principal, comparar las características sociodemográficas y clínicas de las embarazadas adolescentes de las zonas antes mencionadas.

Encontrándose que la edad en que predominó la ocurrencia de embarazos fue de 14 a 16 años en el centro de salud Mina El Limón y de 17 a 19 años en el centro de salud Perla María Norori, siendo para más del 80% su primer embarazo en ambos centros de salud. Profesando alguna religión en el centro de salud Perla María Norori y sin ninguna religión en el centro de salud Mina El Limón, con escolaridad primaria en ambos centros, iniciaron su vida sexual entre 13 y 15 años en más del 60%, conviven en unión libre o casadas con sus parejas. Son de escasos recursos económicos principalmente en el centro de salud Perla María Norori, ya que en el 70% de los hogares ingresa mensualmente entre 1,000. y 2,000 córdobas. Proviene de familias desintegradas donde no existe comunicación entre padres.

Fueron captadas antes de las 20 semanas de gestación en el centro de salud Perla María Norori, y después de las 20 semanas en el centro de salud Mina El Limón. No reciben charlas educativas en la sala de espera, pero sí reciben consejería en sus controles prenatales.

DEDICATORIA

A Dios,

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre,

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada por su amor.

A mi padre,

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis familiares,

A mis hermanos por ser el ejemplo los cuales aprendí aciertos y de momentos difíciles y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

A mis maestros,

Dr. Francisco Tercero y Dr. Marcio Montoya por su gran apoyo, tiempo compartido y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis.

Gladys Xiomara Barrera Quintana.

DEDICATORIA

A Dios,

Por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarte cada día más, por brindarme salud, por su inmenso amor y misericordia.

A mi madre,

Por haberme educado y corregir mis errores. Gracias a tus consejos, por el amor que siempre me has brindado, por cultivar e inculcar ese sabio don de la responsabilidad.

A mi padre,

A quien le debo todo en la vida, le agradezco el cariño, la comprensión, la paciencia y el apoyo que me brindó para culminar mi carrera profesional.

A mis hermanos,

Porque siempre he contado con ellos para todo, gracias a la confianza, apoyo y amistad que siempre nos hemos tenido.

A mi novia,

Por brindarme su apoyo, por ser motivación y fuente de inspiración para superarme, gracias por tu amor y confianza.

A mis maestros,

Dr. Francisco Tercero y Dr. Marcio Montoya, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional, por haber guiado el desarrollo de este trabajo y llegar a la culminación del mismo.

Christian José Berríos Mairena.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por brindarnos la dicha de la salud y bienestar físico y espiritual.

A nuestros padres, como agradecimiento a su esfuerzo, amor y apoyo incondicional, durante nuestra formación tanto personal como profesional.

A nuestros docentes, por brindarnos su guía y sabiduría en el desarrollo de este trabajo.

A todas las pacientes que participaron voluntariamente en este estudio.

INTRODUCCION

El embarazo de las adolescentes (EA) puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, nutriente y vital, o la manifestación visible de trastornos en el desarrollo de la adolescente.¹

Actualmente la menarca ha declinado desde los 17 años en el siglo XIX, a años menores, lo que conduce que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, esto asociado a que las adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de iniciar la actividad sexual precozmente, la necesidad de probar su fecundidad son considerados factores de riesgo que predisponen al embarazo en la adolescencia.¹

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes, se describe como factor de riesgo, la baja escolaridad de las adolescentes como de los padres de familia, con lo que convive en sus hogares. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños mas alrededor de su falda, es aquella para quienes 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, esto están claro y evidente en nuestra sociedad y comunidad.¹

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, ya que una de las características de la adolescencia es que se creen auto inmunes (a mi no me va a pasar), y a veces tienen la información deformada sobre educación sexual y anticoncepción, esto unido a la abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales, tecnología, moda, curiosidad, circulo de amistades, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de

entretenimiento, son factores que condicionan la vida de los adolescentes y predisponen al embarazo precoz.¹

Las tasas del embarazo en la adolescencia varían a través del mundo. La tasa promedio en el mundo es de 65 nacimientos por 1,000 adolescentes entre 15-19 años, las variaciones incluye 41/1,000 en los Estados Unidos, 27/1,000 en Gran Bretaña, 119/1,000 en Nicaragua y hasta 229/1,000 en algunas partes de África subsahariana.^{2,3}

A nivel mundial se ha aumentado el inicio de la vida sexual activa a edades 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. En Nicaragua el embarazo en adolescentes se ha constituido en un problema que va creciendo aceleradamente y resulta alarmante desde la perspectiva social, económica y cultural.¹

Por otra parte, en las sociedades urbanas las consecuencias sociales del embarazo, como la feminización de la pobreza, suelen ser graves. La edad materna es un factor de riesgo obstétrico y posnatal menor que el factor clase social, o sea, en el ámbito en el que crece la adolescente tiene mayor impacto sobre su embarazo que su edad cronológica.¹

ANTECEDENTES

Investigaciones sobre el embarazo en la adolescencia

La alta incidencia de embarazos en adolescentes está interrelacionada con múltiples factores entre los que se encuentran: impulso sexual, identidad sexual, falta de acceso a la educación, desconocimiento de los y las adolescentes sobre la sexualidad, métodos de planificación, conflictos familiares, abuso sexual infantil, grupos de amigos sexualmente activos, trabajo infantil, poca comunicación con la familia¹.

En Nicaragua, la tasa de fecundidad específica en las adolescentes ha sido considerada la más alta de la Región. Esta tasa es mayor en mujeres adolescentes del área rural ya que además del desconocimiento que tienen sobre reproducción humana y el poco acceso a métodos de planificación familiar, generalmente se unen y quedan embarazadas entre los 14 y 17 años, a través de la “unión de hecho”, formando familias estructuralmente inestables lo que a su vez va íntimamente relacionado con la deserción escolar y perpetuación del ciclo de la pobreza.⁴

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, cifra superior a la registrada por la última encuesta demográfica realizada en 2001 la que indica una tasa de 139 por cada 1000. Sin embargo, ambas cifras ubican a Nicaragua como el país de América Latina con más alta tasa de fecundidad adolescente.⁵

En Chile Jopia et al. determinaron que los hijos de madres con 17 años de edad o menos el porcentaje de desnutrición era de 17%, 3 veces mayor que para los hijos de madres mayores. Estos niños pesaron más de 3 kg al nacer, y no tuvieron trastornos que le pudieran ocasionar desnutrición en su primer año de vida. La desnutrición podría deberse a factores socioculturales y económicos que afectan a los padres.¹

En Nicaragua, Zelaya et al. (1997) estudio el embarazo en adolescentes y encontró que el acceso real a los métodos anticonceptivos parecía estar menos limitado a la ignorancia que por actitudes negativas entre los proveedores de este servicio. También la falta de voluntad política, influencia religiosa, romanticismo y falta de empoderamiento, especialmente de adolescentes parecían influenciar el embarazo en adolescentes.⁶⁻⁷

Estudio realizado en el Municipio de Palacaguina, Estelí, 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. 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.⁸

A nivel nacional se han realizado diversas tesis abordando el embarazo de adolescentes con los factores predisponentes,^{9,10} planificación familiar,¹¹ riesgos maternos y perinatales,¹²⁻¹⁴ y enfermedades de transmisión sexual.¹⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas de las embarazadas adolescentes que acudieron a los Centros de Salud Mina El Limón y Perla María Norori, en el mes de abril del 2009?

JUSTIFICACION

Con los resultados de este estudio se pretende identificar las características sociodemográficas y clínicas de las embarazadas adolescentes para orientar acciones para la prevención del embarazo en adolescentes. Estas se beneficiarían al no interrumpir sus estudios o trabajo, al no exponerse a los riesgos reproductivos que son mayores en esta edad, y a continuar recibiendo el apoyo familiar. Además, se reducirían las familias disfuncionales y el abandono de los hijos por parte de una paternidad no planificada o irresponsable. Por otro lado, los padres de la adolescente evitarían la carga económica generada por un nuevo miembro de la familia, en donde las condiciones de pobreza continúan siendo iguales o aun peor. Con respecto al impacto a la sociedad, se reduciría el trabajo infantil, la delincuencia e incluso la prostitución.

Este estudio se enmarca en el nuevo modelo de atención integral de salud,¹⁶ que tiene como eje la salud de la familia y la comunidad, en el marco de un enfoque de promoción y prevención de los principales problemas de salud del país.

OBJETIVOS

Objetivo General

Comparar las características sociodemográficas y clínicas de las embarazadas adolescentes que acuden a los centros de salud Mina El Limón y Perla María Norori, en el mes de Abril del 2009.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas y económicas de las adolescentes embarazadas en ambas áreas de estudio.
2. Describir las características clínicas de las adolescentes en estudio.
3. Evaluar el tipo de atención prenatal recibida en los centros de salud bajo estudio.

MARCO TEORICO

Adolescencia ¹⁷⁻¹⁸

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, que es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de esperma en los varones, la maduración de los órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias, todo esto produce el alcance de la maduración sexual.

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, estas etapas son:

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.)..

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.

Adolescencia Tardía: (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.

Factores de riesgo del embarazo de la adolescente: ^{1, 2,19-25}

El embarazo en la adolescencia es multicausal. Puede ser respuesta sintomática a situaciones sociales, o a determinadas condiciones de vida. Los siguientes factores podrían favorecer el embarazo precoz:

• 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, menarquia 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.

- 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, esto asociado a que las adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de iniciar la actividad sexual precozmente, la necesidad de probar su fecundidad son considerados factores de riesgo que predisponen al embarazo en la adolescencia 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 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 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 incomprensión.
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 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 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 influye 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.

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.

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.

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

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

• 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. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran:

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.

Factores sociales que inciden en ambos géneros

- Condiciones económicas desfavorables.
- Migración reciente.
- Trabajo no calificado.
- Vivir en área rural.
- Ingreso precoz a la fuerza de trabajo.

- Mitos y tabúes acerca de la sexualidad.
- Marginación social.
- Mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad, en la familia, en la sociedad y en los medios masivos de comunicación.
- Machismo como valor cultural.

Control prenatal

El tipo de atención que se debe de brindar a la adolescente no difiere en general de la atención prenatal que debe recibir las embarazadas adultas, ya que el embarazo de la adolescente no es de por sí de alto riesgo, salvo a edades límites (12 a 14 años), o cuando a la variable edad se le suman otros factores de riesgos. En estos casos, el embarazo de la adolescente será atendido como un embarazo de alto riesgo. Es importante comenzar los controles prenatales en el primer trimestre del embarazo, con visitas periódicas hasta su terminación, siempre y cuando no exista ninguna indicación que justifique el aumento de la frecuencia de los controles.

Consecuencias del embarazo de la adolescente

- Desde el punto de vista clínico los problemas que afectan a la madre con mayor frecuencia son: aborto espontáneo, preeclampsia, eclampsia, anemia, distocia del trabajo de parto, parto prematuro, hemorragia genital, sepsis, infecciones urinarias y muerte por complicación del embarazo y aborto ilegal inducido.
- En el niño los problemas son: bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y aumento de la morbilidad y la mortalidad (daño neurológico, retardo mental).
- En el padre: abandono de los estudios profesionales, realización de trabajos de menor nivel y mayor incidencia de divorcio

Prevención del embarazo en la adolescencia

El embarazo en adolescentes casi nunca es deseado ni planeado, y se da en una constelación socioeconómica a la que se hizo referencia en los factores de riesgo. Esto unido a otros componentes biológicos (peso y estatura), hacen que la edad aparezca como agravante. La postergación del embarazo es una

variable que se debe controlar para poder influir en la salud del futuro hijo. Si bien con un excelente cuidado prenatal el niño de la madre adolescente puede ser sano, la salud futura del recién nacido puede peligrar por la maternidad a edad temprana. Aunque se ha avanzado mucho en el conocimiento de los factores sobre los que se podrían actuar para prevenir el embarazo de la adolescente, aún no se ha llegado a una explicación holística que permita una acción integral.

Actualmente se dispone de estrategias adecuadas para su prevención. Estos consisten en programas para adolescentes que faciliten la detección temprana, ofrezcan conexiones intersectoriales y atención especializada, y tengan en cuenta las características evolutivas de las adolescentes. Para que los programas de salud reproductiva sean más accesibles y aceptables por parte de los jóvenes, la contracepción y la atención prenatal deben practicarse dentro de dicho marco conceptual. Al mismo tiempo, son fundamentales la promoción, los cambios educativos y la creación de un espacio social para los adolescentes.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio: El tipo de estudio es descriptivo, de corte transversal.

Área de estudio:

La ciudad de León que se encuentra a 90 Km. al occidente de la ciudad capital, con una población aproximada a los 160,000 habitantes, contando con un Hospital Universitario (HEODRA) en donde se atienden todas las especialidades, al cual además acuden pacientes de otros municipios y departamentos. El estudio se realizará en los Centros de Salud Perla María Norori y Mina El Limón.

Población de estudio:

Correspondió a todas las pacientes adolescentes embarazadas que acudan a consulta y/o control prenatal en los Centros de Salud Perla María Norori y Mina El Limón, durante el período de estudio, y que acepten participar en el estudio.

Recolección de datos:

Una vez aprobado el protocolo se procedió a realizar las entrevistas a las embarazadas que aceptaron participar, previo consentimiento informado verbal. Los datos de interés para el estudio se registraron en el instrumento elaborado (ver anexo). Al finalizar la recolección de datos se procedió a la limpieza y valoración de la calidad de los datos.

Procesamiento y análisis:

Los datos fueron procesados y analizados en el software Epi Info. Las variables numéricas se analizaron a través de medidas de centro y dispersión. Las variables cualitativas se analizaron a través de razones y proporciones.

Aspectos éticos:

1. Solicitud a la dirección de los centros de salud para la autorización de la realización de este estudio.
2. Solicitud al comité científico (UNAN-LEON) para la aprobación de la realización de este estudio.
3. Se garantizó la confidencialidad de la información obtenida.
4. Se solicitó consentimiento informado verbal a la población de estudio.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista	10-13 14-16 17-19
Estado Civil	Estado de unión conyugal de la adolescente.	Soltera Casada/acompañada
Escolaridad de la adolescente	Número de años de formación académica de la adolescente.	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Escolaridad de la madre	Número de años de formación académica de la madre.	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Religión	Religión que profesa la adolescente	Católica Evangélica Otra Ninguna
Ocupación	Actividad laboral a la que se dedica la paciente.	Estudiante Ama de casa Otro
Procedencia	Lugar de residencia de la paciente	Urbano Rural
Ingreso familiar	Ingreso familiar mensual de la familia antes de embarazarse.	C\$ 1000 – 2000 C\$2001 – 5000 C\$ > 5000

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
Menarquía	Edad de la paciente al iniciar la primera menstruación	10 – 13 14 – 16 17 - 19
Inicio de vida sexual activa	Edad de la paciente al iniciar su primera relación sexual	10 – 13 14 – 16 17 - 19
Educación sobre planificación familiar	Fuente mencionada por la adolescente en donde obtuvo información sobre métodos de planificación familiar.	Padres Amigos Centro salud Escuela Otro Ninguna
Uso de anticonceptivos	Práctica de algún método de planificación familiar antes de su embarazo.	Si No
Embarazo planificado	Nivel de satisfacción del adolescente al encontrarse embarazada	Si No
Alcoholismo	Ingestión de bebidas alcohólicas antes de su embarazo.	Si No
Maltrato	Toda agresión física, verbal, psicológica o sexual realizada por cualquier miembro de la familia en contra de la adolescente	Verbal Físico Sexual Psicológico Varios
Educación sexual en la familia	Todo conocimiento sobre sexualidad adquirido en la familia	Si No
Atención prenatal	Se evaluará de acuerdo al número de controles de acuerdo a la edad gestacional de la paciente	Adecuada (≥ 4) No adecuada (1-3)

RESULTADOS

Para el presente estudio se entrevistaron a 100 pacientes, 50 del centro de salud Mina El Limón y 50 del centro de salud Perla María Norori. Después de haber realizado la entrevista obtuvimos los siguientes resultados:

La distribución proporcional según procedencia fue similar en las pacientes de ambos centros, predominado el área urbana con un 66%. En relación a la edad, en el Centro de Salud Mina el Limón se encontró que el 76% de las pacientes tenían edades entre 14 a 16 años, en cambio en el Centro de Salud Perla María Norori encontramos que el mayor porcentaje con un 60% fue entre las edades de 17 a 19 años. En lo que se refiere al Estado Civil, en ambos centros de salud la mayoría de las pacientes estaban casadas/acompañadas con un 80% en el centro de salud Mina El Limón y un 86% en el centro de salud Perla María Norori (Tabla 1).

En lo que se refiere a la Escolaridad de las Adolescentes en ambos centros predominó la escolaridad primaria pero en el centro de salud Mina El Limón, el 50% habían cursado secundaria o más, mientras que este porcentaje fue solamente de 34% en el centro de salud Perla María Norori. La mayoría de pacientes del centro de salud Mina El Limón no practicaban ninguna religión (52%) contra 2% de lo encontrado en el centro de salud Perla María Norori, donde el 98% sí lo hacían, predominando en ellas la religión católica. (Tabla 1).

En lo que se refiere a la menarca, en ambos centros de salud el mayor porcentaje fue antes de los 14 años. Por otro lado, en ambos centros de salud el mayor porcentaje había iniciado su vida sexual activa entre las edades de 14 a 16 años, siendo mayor en el Perla María Norori que en la Mina El Limón (96% vs. 74%). Sin embargo, el porcentaje de mujeres que estaban planificando su embarazo fue mayor en la Mina El Limón que en el Perla María Norori (46% vs. 30%). (Tabla 2)

En ambos centros de salud casi nueve de cada diez mujeres eran primigestas. En lo que respecta al conocimiento sobre planificación familiar, en el centro de salud Mina El Limón fue mucho mejor que en el Perla María Norori (88% vs. 38%). (Tabla 2)

En lo que respecta a la fuente en la que adquirió conocimientos sobre los métodos de planificación, en el centro de salud Mina El Limón, el mayor porcentaje (36%) respondieron que fue en la escuela, a diferencia del centro de salud Perla María Norori donde el 74% respondieron que fue en el centro de salud. En lo que se refiere a la utilización previa de métodos anticonceptivos, en el centro de salud Mina El Limón, el 66% respondieron afirmativamente diferente a lo encontrado en el centro de salud Perla María Norori donde el 58% respondieron negativamente (Tabla 2).

En lo que se refiere al tipo de método de planificación familiar utilizado, en ambos centros se encontró que el método más utilizado fueron los anticonceptivos orales con un 61% en el centro de salud Mina El Limón, y un 57% en el centro de salud Perla María Norori (Tabla 3).

En ambos centros se encontraban desempleadas la mayoría de mujeres, con un 100% en el centro de salud Mina El Limón y un 82% en el centro de salud Perla María Norori. En lo que se refiere a la ocupación se encontró que la mayoría son ama de casa en ambos centros de salud con un 66% en el centro de salud Mina El Limón y un 44% en el centro de salud Perla María Norori. El ingreso mensual, en el centro de salud Mina El Limón, el 52% tienen ingreso superior a 2,000 córdobas, mientras que en el centro de salud Perla María Norori el 70% tiene ingreso entre 1000 a 2000 córdobas. En ambos centros de salud se encontró que la mayoría de las pacientes no habían consumido ningún tipo de sustancia adictiva con 86% en el centro de salud Mina El Limón y un 98% en el centro de salud Perla María Norori (Tabla 4).

En ambos centros de salud la mayoría de las adolescentes conviven con varios familiares en un 52% y 68% en el centro de salud Mina El Limón y Perla María Norori, respectivamente. Por otro lado, en ambos centros de salud la escolaridad de la madre era baja. En los dos centros de salud la relación con sus padres en su mayoría era estable. El consumo de alcohol de personas que conviven en su hogar, en el centro de salud Mina El Limón y Perla María Norori fue de 46% y 60%, respectivamente. Además, la mayoría no tienen conversaciones sobre sexualidad en el hogar en ambas áreas de estudio, no obstante un pequeño porcentaje refiere haber sufrido maltrato en su hogar, con un 6% en el centro de salud Mina El Limón y un 16% el centro de salud Perla María Norori (Tabla 5).

En el centro de salud Perla María Norori el 75% de las adolescentes refirieron haber recibido maltrato verbal, mientras que en el centro de salud Mina El Limón el 67% refirieron haber recibido varios tipos de maltrato. En el centro de salud Mina El Limón, el maltrato fue recibido de su madre, hermanos y mamá y hermanos simultáneamente, con un 33% para cada uno, y en el centro de salud Perla María Norori la mayoría de las pacientes refirieron que fue su madre y su cónyuge con un 37% cada uno (Tabla 6).

En ambos centros de salud encontramos que la mayoría de las adolescentes se realizaron entre 1 a 3 controles prenatales con un 78% para la Mina El Limón y un 98% para el Perla María Norori. En lo que se refiere a la edad gestacional de las adolescentes, en ambos centros de salud el mayor porcentaje encontrado fue entre 21 a 36 semanas, con un 72% para el centro de salud Mina El Limón y 58% para el Perla María Norori. En ambos centros de salud la mayoría de las pacientes refirieron recibir educación para prevenir otros embarazos, en el centro de salud Mina El Limón con un 98% y en el centro de salud Perla María Norori con un 56% (Tabla 7).

DISCUSION

El embarazo en la adolescencia independientemente de la edad, constituye un riesgo para la madre como para el hijo.¹⁷⁻¹⁸ En Nicaragua, la tasa de fecundidad específica en las adolescentes ha sido considerada la más alta de la Región. Esta tasa es mayor en mujeres adolescentes del área rural las cuales generalmente se unen y quedan embarazadas entre los 14 y 17 años.⁴ En nuestro estudio se encontró que las edades más frecuentes eran entre los 14 y 19 años en ambos centros de salud.

Actualmente la menarquia a edades menores ha aumentado lo que conduce que las adolescentes sean fértiles a una edad menor. Esto asociado a que las adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de iniciar la actividad sexual precozmente, la necesidad de probar su fecundidad son considerados factores de riesgo que predisponen al embarazo en la adolescencia. Todo esto está en relación con los datos obtenidos en la presente investigación donde al igual que en otros países, las adolescentes tienen una menarquia a temprana edad y por lo tanto un inicio temprano de vida sexual sin protección.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La baja escolaridad de las adolescentes como la de los padres de familia con los que convive, es un gran factor de riesgo.^{1, 2, 19-25} Similar a lo obtenido en este estudio, las adolescentes tienen primaria incompleta; algunas iniciando secundaria, 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,^{1, 2, 19-25} se han encontrado como principales características sociodemográficas, lo mismo ocurre en esta investigación.

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, ya que una de las características de la adolescencia es que se creen auto inmunes. Zelaya et al. (1997) estudió el embarazo en adolescentes y encontró que el acceso real a los métodos anticonceptivos parecía estar menos limitado a la ignorancia que por actitudes negativas entre los proveedores de este servicio.⁶⁻⁷

A veces tienen la información deformada sobre educación sexual y anticoncepción, esto unido a la abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales, tecnología, moda, curiosidad, círculo de amistades, 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 tiene poco conocimiento sobre los métodos de planificación familiar y la fuente de adquisición de estos conocimientos es en el colegio y en el hogar en el cual hay baja escolaridad recibiendo mala información sobre los mismos.

También se menciona la baja escolaridad de los padres de las adolescentes como factor de riesgo ya que de esto depende el nivel de comunicación entre los padres y los hijos. La mala comunicación con la madre y en general las barreras culturales entre los padres y las adolescentes incrementa el riesgo de un embarazo precoz.⁸ Asimismo que los conocimientos que estas adolescentes podrían adquirir en sus casas no sean adecuados.

En el presente estudio la mayoría de los padres solo han cursado primaria incompleta. La familia constituye un importante factor de riesgo ya que las adolescentes estudiadas no conviven con sus padres, y aunque algunas si, no existe comunicación y sobre todo no establecen pláticas de sexualidad, ya que éste tema sigue siendo un tabú en nuestra sociedad a pesar de los avances de la tecnología y modernización actual, incluso los hogares actuales no establecen normas de conducta, no le dan importancia a los valores, no les interesan el bienestar de sus hijos, quizás no por que no quieren sino por la

ignorancia, inestabilidad emocional, nivel económico, falta de planes futuros, baja autoestima, violencia intrafamiliar, etc.

Igualmente en la presente investigación se encontró que antes del embarazo mantienen buenas relaciones con las personas que conviven, tienen antecedentes de alcohol en sus familiares, no todas evidencian violencia intrafamiliar tal vez por que no la reportan o por que no saben que son víctimas de la misma, ya que algunas personas siguen pensando que la violencia sólo es maltrato físico no verbal ni emocional y se encuentran a diario sometidas a gritos, insultos, humillaciones por parte de las personas con las que conviven.

CONCLUSIONES

1. Las principales características sociodemográficas de las adolescentes fueron: baja escolaridad, urbana, inicio temprano de vida sexual y embarazo.
2. La mayoría eran de bajo ingreso económico y desempleadas.
3. La situación familiar de los padres era de baja escolaridad, escasa comunicación con sus hijos, desintegración familiar por lo que ellas se ven obligadas a adoptar una pareja también adolescente con la cual conviven independiente y reproducen la situación social de su familia de origen.
4. Los centros de salud se limitan a brindar una atención prenatal de acuerdo a lo establecido en el protocolo de atención prenatal, pero no realizan acciones de prevención para lograr disminuir este problema de Salud como es el embarazo en adolescentes.

RECOMENDACIONES

A nivel del Centro de Salud:

1. Establecer un servicio de consejería y de psicología permanente para los adolescentes
2. Diseñar un plan de educación permanente en la sala de espera de los centros de salud, y así completar la atención integral al adolescente.

A nivel del Adolescente:

1. Participar activamente en las organizaciones y centros educativos de la comunidad.
2. Diseñar estrategias para la creación de proyectos de vida, aumentar 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
2. Dedicar por lo menos unos minutos al día o durante el 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.

REFERENCIAS

1. Silber TJ, et al. El embarazo en la adolescencia. En Maddaleno M, et al: La salud del adolescente y del joven. Washington D.C.: OPS. 1995: 252-263.
2. Milne D, Glasier A. Preventing repeat pregnancy in adolescents. Current Opinions in Obstetrics and Gynecology 2008; 20: 442-446.
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: 2007. Vol. II: Países. Washington D.C.: OPS. 2007. Publicación Científica y Técnica No. 622.
4. UNICEF. Análisis de la Situación de la Niñez y Mujer. Nicaragua. 1996. Nicaragua. Ministerio de Salud. Departamento de Atención Integral a la adolescencia.
5. Diagnóstico de Situación de la Adolescencia en Nicaragua. Managua. OPS/OMS. Diciembre 1999.
6. Zelaya E. Teenage sexuality and reproduction in Nicaragua. Department of Epidemiology and Public Health. Umeå University. Sweden, Doctoral Thesis. 1999.
7. Berglund S, et al. The background of adolescent pregnancies in Nicaragua: A qualitative approach. Soc Sci Med; 44 (1): 1-12.
8. González Esmeralda. Determinantes del embarazo en adolescentes en el municipio de Palacaguina, 2003-2005. Protocolo de tesis para obtener el título de Master en Salud Pública, Managua, Nicaragua, 2004.
9. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001. INEC/MINSA.
10. Reyes NS. Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Colonia Flor de Campo, Comayaguela, Honduras. Managua: CIES. Tesis (Master en Salud Pública). 2006.
11. O'mally J. Planificación familiar y algunas perspectivas de embarazo en adolescentes, HEODRA, León, 1997-2000. León: UNAN-León. Tesis (Especialidad en Ginecología y Obstetricia). 2001.

12. Miranda W. Factores de riesgo maternos y perinatales en la adolescencia temprana que fueron atendidas en el hospital Bertha Calderón, en el período de enero a diciembre del 2000. Managua: UNAN-Managua. Tesis (Master en Salud Sexual y Reproductiva). 2001
13. Montenegro RR. Factores de riesgo asociados a mortalidad perinatal en adolescentes en el hospital Bertha Calderón Roque, en el período de julio del 2000 a junio del 2002. Managua: UNAN-Managua. Tesis (Especialidad en Ginecología y Obstetricia). 2003.
14. Silva CE. Factores de riesgo asociados a mortalidad materna en adolescentes ingresadas en el servicio de unidad de cuidados intensivos del hospital Bertha Calderón Roque de enero del 2003 a diciembre del 2007. Managua: UNAN-Managua. Tesis (Especialidad en Ginecología y Obstetricia). 2008.
15. Vílchez EA. Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes embarazadas, HEODRA, Julio 2004 – Diciembre 2006. León: UNAN-León. Tesis (Especialidad en Ginecología y Obstetricia). 2007.
16. Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Marco Conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC). MINSAL: Managua -2ed. Marzo 2007. (Serie No.1 MOSAFC)
17. Secretaría de salud pública, Programa salud reproductiva, módulo salud sexual y reproductiva para la población adolescente, Tegucigalpa, Honduras, 2000.
18. Silber T, Munist MM. Manual de Medicina de la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud. 525. Washington. 1997.
19. Imamura M, et al. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *European Journal of Public Health* 2007; 17 (6): 630-636.
20. Haldre K, et al. Individual and familial factors associated with teenage pregnancy: an interview study. *European Journal of Public Health* 2009: 1-5.
21. Escobar D, et al. Factores de riesgo relacionados con embarazos subsecuentes. *Rev Ecuat Pediat (Quito)* 2008; 9 (1): 20-25.

22. Baeza B, et al. Identificación de factores de riesgo y factores protectores de embarazo en adolescentes de la Novena Región. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72 (2): 76-81.
23. Burgos L, Carreño S. Comparación de factores de riesgo en dos poblaciones de embarazadas adolescentes nulíparas. *Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá* 1997; 15 (3): 104-111.
24. Baeza B, et al. Comprendiendo los factores asociados al embarazo precoz, desde la perspectiva de adolescentes nuligestas. *Rev Segovia* 2005; 12 (2):41-48.
25. DiLorio C, et al. Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends. *Journal of Adolescent Health* 1999; 24: 181-189.
26. Bonell C, et al. The effect of dislike of school on risk of teenage pregnancy: testing of hypotheses using longitudinal data from a randomised trial of sex education. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 223-230.

ANEXOS

Entrevista Personal

Factores que predisponen la ocurrencia de embarazos en adolescentes que acuden a los Centros de Salud Mina El Limón y Perla María Norori, en el período de Febrero a Mayo del 2009.

No. Ficha_____

Unidad de salud: a) Mina El Limón b) Perla María Norori

A. Características demográficas:

1. Edad _____
2. Estado civil: a) casada/acompañada b) Soltera
3. Escolaridad (adolescente):
 a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Universidad
4. Escolaridad (pareja):
 a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Universidad
4. Religión: a) Católica b) Evangélica c) Otra_____ d) Ninguna
5. Procedencia: a) Urbana b) Rural
6. Edad de su pareja: _____
7. Edad que tuvo su primera menstruación:_____
8. Edad de inició de vida sexual: _____
9. Su embarazo actual fue planificado? a) Si b) No
10. Este niño que va a tener es el: a) Primero b) Segundo c) Tercero
11. Conoce usted que es planificación familiar: a) Si b) No
12. Fuente de donde adquirió conocimiento sobre los métodos de planificación familiar?
a) Hogar b) Colegio c) Amigos d) Medios e) Centro de salud
13. ¿Ha usado anteriormente métodos de planificación familiar?
 a) Si b) No Cual:_____

B. Condiciones socio-económicas:

14. ¿Trabaja actualmente? a) Si b) No
15. ¿Cuál es su ocupación actualmente? a) Ama de casa e) Estudiante
c) Doméstica b) Otra _____ e) Ninguna
16. Cuál es el ingreso mensual familiar promedio actualmente?: _____
17. Consume o ha consumido alguna de las siguientes sustancias:
a) Alcohol b) Tabaco c) Otras drogas

C. Situación familiar de las adolescentes:

18. ¿Con quiénes convive en su casa?
a) Padre b) Madre c) Cónyuge d) Sola e) Otros Familiares
19. ¿Cuál es la escolaridad de su madre?
a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Universitaria
20. ¿Cómo es la relación familiar con sus padres?
a) Estable b) Violencia c) Conflictos d) Ninguna
21. ¿Alguna persona que vive en su casa consume alcohol? a) Si b) No
22. ¿Platican de sexualidad en su casa? a) Si b) No
23. ¿Ha recibido maltrato en su casa? a) Si b) No Donde: _____
24. ¿Qué Tipo de maltrato ha recibido?
a) Verbal b) Físico c) Sexual d) Psicológico
25. Quién le ocasionó el maltrato?: _____

D. Atención prenatal:

26. Cuántos controles prenatales se ha realizado? _____
27. ¿Cuántos meses tiene de embarazo? _____
28. ¿Recibe educación en salud orientada a prevenir más embarazos?
a) Si b) No

Tabla 1 Características sociodemográficas (%) de adolescentes que asisten a los centros de salud de Mina el Limón y Perla María Norori, León, 2009.

Características	Mina el Limón (n=50)	Perla María Norori (n=50)
Procedencia:		
Urbano	66	66
Rural	34	34
Edad (años):*		
10-13	0	0
14-16	76	40
17-19	24	60
Estado civil:		
Casadas/acompañadas	80	86
Soltera	20	14
Escolaridad		
Analfabeta		
Primaria	50	66
Secundaria	46	32
Universitaria	4	2
Religión:*		
Evangélicas	24	16
Católicas	24	82
Ninguna	52	2

* valor de $P < 0.05$

Tabla 2 Características ginecoobstetricas (%) de las adolescentes que asisten a los centros de salud de Mina el Limón y Perla María Norori, León, 2009.

Características	Mina el Limón (n=50)	Perla María Norori (n=50)
Menarca:		
11-13 años	72	76
14-16 años	26	24
17 años	2	0
IVSA:*		
10-13 años	4	4
14-16 años	74	96
17-19 años	22	0
Planificación del embarazo:*		
Si	46	30
No	54	70
Gestas		
Primero	86	92
Segundo	14	8
Conocimiento sobre planificación familiar:*		
Si	88	38
No	12	62
Utilización previa de métodos anticonceptivos:*		
Si	66	42
No	34	58

* valor de $P < 0.05$

Tabla 3 Tipo de método de planificación familiar (%) utilizado por las adolescentes que asisten a los centros de salud de Mina el Limón y Perla María Norori, León, 2009.

Tipo:	Mina el Limón (n=33)	Perla María Norori (n=21)
Inyecciones	39	20
Anticonceptivos orales	61	57
Condón	21	24

Tabla 4 Características socioeconómicas (%) de las adolescentes que asisten a los centros de salud de Mina el Limón y Perla María Norori, León, 2009.

Características	Mina el Limón (n=50)	Perla María Norori (n=50)
Trabaja actualmente:*		
Si	0	18
No	100	82
Ocupación actual:*		
Ama de casa	66	44
Estudiantes	18	22
Otra ocupación	0	18
Ninguna ocupación	16	16
Ingreso mensual:*		
1000 a 2000 córdobas	48	70
2001 a 5000 córdobas	42	28
Mayor a 5000 córdobas	10	2
Consumo de sustancias:		
Alcohol	12	2
Fumado	2	0
Ninguna	86	98

* valor de $P < 0.05$

Tabla 5 Situación familiar (%) de las adolescentes que asisten a los centros de salud de Mina el Limón y Perla María Norori, León, 2009.

Características	Mina el Limón (n=50)	Perla María Norori (n=50)
Con quien convive:		
Madres	6	4
Cónyuge	32	18
Sola	2	0
Varios familiares	52	68
Familia de la pareja	8	10
Escolaridad de la madre:		
Analfabeta	14	12
Primaria	62	82
Secundaria	22	4
Universitaria	2	2
Relación con sus padres:		
Estable	94	96
Conflictiva	2	2
Violenta	0	2
Ninguna	4	0
Consumo de alcohol de personas con la que convive:		
Si	46	60
No	54	40
Conversaciones sobre sexualidad		
Si	34	20
No	66	80
Han sufrido maltrato:		
Si	6	16
No	94	84

Tabla 6 Características de maltrato (%) que reciben las adolescentes que asisten a los centros de salud de Mina el Limón y Perla María Norori, León, 2009.

Características	Mina el Limón (n=3)	Perla María Norori (n=8)
Tipo de maltrato:		
Verbal	33	75
Físico	0	25
Varios	67	0
Persona que ocasionó el maltrato:		
Madre	33	37
Hermanos	33	25
Mamá y hermanos	33	0
Cónyuge	0	37

Tabla 7 Atención prenatal (%) de las adolescentes que asisten a los centros de salud de Mina el Limón y Perla María Norori, León, 2009.

Características	Mina el Limón (n=50)	Perla María Norori (n=50)
Número de Controles Prenatales:*		
Inadecuado (1-3)	78	98
Adecuado (≥ 4)	22	2
Edad gestacional:*		
Menos de 20 semanas	22	42
21 a 36 semanas	72	58
Más de 36 semanas	6	0
Educación para prevenir otros embarazos:*		
Si	98	56
No	2	44

* valor de $P < 0.05$

Tabla 8 Características sociodemográficas (%) de las parejas de las adolescentes que asisten a los centros de salud de Mina el Limón y Perla María Norori, León, 2009.

Características	Mina el Limón (n=50)	Perla María Norori (n=50)
Edad de la pareja:*		
15-19 años	10	34
20-25 años	48	40
26-30 años	32	18
≥ 31 años	10	8
Escolaridad de la pareja :*		
Analfabeto	10	0
Primaria	26	50
Secundaria	52	44
Universitario	6	6
No sabe	6	0

* valor de P < 0.05