

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



**Informe final para optar al título de:  
Doctor en Medicina y Cirugía**

***Factores que determinan el embarazo en adolescentes del  
municipio de totogalpa, Departamento de Madriz. Enero a  
Junio del 2,006.***

**Autor:  
Br. Rafael Edward Canales Montoya.**

**Tutor:  
Dr. Juan Almendárez Peralta.  
Master en Salud Pública**

**MARZO, 2007**

## **Dedicatoria**

*Dedico este trabajo a:*

*Dios padre todo poderoso creador de todo lo visible e invisible a los ojos del hombre. Quien me ha dado la oportunidad de llegar ha concluir con una meta de gran importancia en mi vida.*

*A mi familia quienes en todo momento me han brindado su apoyo incondicional.*

*A las familias afectadas por la problemática del embarazo en adolescentes.*

## ***Agradecimiento***

***Doy gracias a:***

***Dios por permitir la realización del presente estudio.***

***A mi familia y en especial a mi hermana por el apoyo incondicional.***

***A mi tutor el doctor Juan Almendárez, por orientarme sabiamente.***

***A todas las personas que de una u otra forma han colaborado en la realización del presente estudio.***

## Resumen

Se realizó un estudio analítico de casos y controles no pareados, determinando los factores asociados al embarazo en adolescentes del Municipio de Totogalpa (Madriz), en el período de enero a junio-2006. Para realizar el estudio se tomó una muestra de cincuenta y siete adolescentes, los controles corresponden a cincuenta y siete mujeres con edades de veinte años o más, que no tuvieron embarazo durante su adolescencia; captadas todas en el programa de control prenatal en las diferentes unidades de salud del municipio.

La información se recogió por medio de fuente primaria, aplicando un formulario de preguntas cerradas por medio de entrevista directa a la muestra de estudio y por fuente secundaria revisando datos del censo de embarazadas de las unidades de salud. El formulario incluía preguntas relacionadas con factores sociodemográficos, las relaciones familiares y también valoraba los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de ambos grupos.

Los datos se procesaron en el programa Epi-info 2000 para Windows. Se realizó estimación simple de todas las variables comparativas entre los grupos de estudio (casos y controles), se estimó el Odd Ratio para detectar factores asociados al embarazo y el intervalo de confianza al 95% para determinar significancia estadística.

En los resultados del estudio se encontró que los factores fuertemente asociados al embarazo adolescente son: el alto grado de pobreza asociado a la baja escolaridad y falta de ocupación, los antecedentes familiares de embarazo adolescente, la falta de proyectos de vida que motive a retrasar un embarazo, el poco conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos así como los pocos conocimientos sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual y neoplasias cervicales.

A manera de recomendación se debe contemplar planes con el Ministerio de Salud y Educación que incluya mejorar la disponibilidad de acceso a los métodos anticonceptivos y la educación secundaria; investigar a fondo la formación en salud sexual y reproductiva del sector educativo como agentes facilitadores y buscar apoyo de promotores e instituciones religiosas como multiplicadores del tema que incentiven a crear proyectos de vida .

# Indice

	<b>Pág.</b>
1. Introducción.....	1
2. Antecedentes.....	2
3. Justificación.....	4
4. Planteamiento del problema.....	5
5. Objetivos.....	6
6. Marco Teórico.....	7
7. Diseño Metodológico.....	24
8. Resultados.....	28
9. Discusión de resultados.....	38
10. Conclusiones.....	40
11. Recomendaciones.....	41
12. Bibliografía.....	42
13. Anexos	

## I.- Introducción

La adolescencia es un periodo crucial del ciclo vital durante el cual los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en sus recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo para incorporar las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio, lo que incluye alcanzar la capacidad de su planteamiento análisis, acciones competentes, sentido de pertenencia y responsabilidad social. (1)

Para fines prácticos se entiende el periodo de vida comprendido entre los 10 y 19 años para adolescencia y los 15 y 24 años para juventud, siguiendo lineamientos dados por OMS y la OPS. (1)

Resulta impostergable, considerar la sexualidad en el contexto de la salud integral de los adolescentes, por la repercusión que tiene en el estilo de vida, e incorporar como estrategia de intervención la educación de la sexualidad tempranamente y en el marco de la promoción y prevención continua de salud a través del ciclo vital. (2)

Las proyecciones realizadas por INEC, señalan una tasa de fecundidad adolescente de 152 nacimientos por cada 1,000 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 1,000. Sin embargo ambas cifras ubican a Nicaragua como el país de América Latina con más alta tasa de fecundidad adolescente. (3)

En el municipio de Totogalpa no se encontró ningún estudio sobre el alto índice de embarazos en adolescentes, solamente se encuentran datos estadísticos que nos indican que en el año 2003 el total de embarazos fue de 307 siendo el 38% (116) adolescentes en el 2004, el total de embarazos fue de 310 con el 45% de adolescentes embarazadas, el 2005 el total de embarazos fue de 283 siendo el 32% adolescentes (96), para el año 2006, en el I semestre se encuentran ingresadas 197 embarazadas de las cuales 57 son adolescentes para un 29%, durante estos 4 años se observa incremento en los embarazos en adolescentes. (4)

## II.- Antecedentes

Sandoval y Solar en 1989 estudiaron el embarazo en la adolescencia y su relación con la mortalidad perinatal en el Hospital Bernardino Ochoa observando el predominio de mortalidad neonatal precoz en productos pretérminos de las adolescentes y factores de riesgo como falta de control prenatal y bajo nivel educacional

En 1989 en la quinta jornada científica realizada en Juigalpa, Chontales se estudio el comportamiento del embarazo en las adolescentes en el primer trimestre encontrándose: bajo nivel de escolaridad, falta de integración en las actividades sociales, falta de independencia económica, embarazo no planificado.

Según registros del MINSA-Nicaragua de todos los egresos hospitalarios el 4.5% en 1990 y el 4.52% en 1991; el 4.23% en 1992 fueron abortos. Los informes también reflejan un aumento de estos a nivel institucional con mayor afección de las adolescentes.

En Managua se realizo un estudio por Pro familia en 1991 en relación a la edad y numero de abortos encontrando que 20% de las mujeres entre 15 y 19 años habían tenido aborto. De las causas de muerte materna el aborto ocupo el 24.4% en 1990, el 23.8% en 1991, como causa de muerte materna en el grupo de 15 a 19 años.

En una revisión realizada por la doctora Karen Rodríguez de Enero- Agosto 1994 en el hospital Alemán Nicaragüense, encontró un total de 4,935 partos de los cuales 1,479 eran madres en las edades de 12-20 años.

En 1994(Eduardo Taleno) se realizo en la UNAN-Managua un estudio monográfico de las características mas importantes de las adolescentes embarazadas en el sector de Monimbó encontrando: primaria incompleta en la mayoría de las adolescentes, embarazos no deseados en la mayoría de las mismas, así como la no utilización de métodos anticonceptivos.

En el estudio de Yasmina Pérez sobre factores biológicos, preconceptionales y socio demográficos en adolescentes embarazadas en el hospital de Estelí primer semestre de 1996, se encontró: que la mayoría de pacientes estudiadas tenía edades de 17-19 años y una minoría de menor edad, pero la mayoría tenía estudios de primaria incompleta, siendo algunas analfabetas; de este grupo la mayoría no usaron ningún método anticonceptivo.

En el estudio realizado por Maria Eugenia Elaquit sobre factores de riesgo asociado a embarazo en adolescentes en el SILAIS-Carazo de 1991 – junio 1997: la mayoría de adolescentes eran analfabetas sin ninguna ocupación; la mayoría se realizó 3 CPN o menos; dentro de las causas de mortalidad materna del grupo, el aborto fue la principal.

En 1997 Patricio Hurtado estudió factores asociados al embarazo de adolescentes en el Centro de Salud de Juigalpa en el primer semestre 1997, encontrando entre factores asociados al embarazo: falta de orientación en educación sexual, falta de apoyo de los padres, no uso de métodos anticonceptivos, IVSA antes de los 15 años.



### **III.- Justificación**

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública por llevar a las mujeres a procrear mayor número de hijos e intervalo ínter genésico corto, elevando la tasa de crecimiento; otro punto a destacar es el efecto adverso sobre la salud materna y del niño, sólo hasta los 14 años constituye un riesgo biológico por la inmadurez orgánica, en el grupo de 15-19 años, no conlleva mayores riesgos que un embarazo a los 20-25 años, pero no es la edad en sí, el riesgo en consideración, sino su interacción con pobre nutrición, salud y poco acceso a los servicios de atención.

El embarazo en adolescentes contribuye a la persistencia de pobreza por disminuir las posibilidades de obtener educación suficiente y limitar posibilidades de obtener un empleo bien remunerado, limitando las necesidades básicas.

El presente estudio es importante desde el punto de vista médico por contribuir al conocimiento de las causas del embarazo adolescente; servirá para identificar los grupos más vulnerables y proporcionará información útil a educadores y trabajadores de la salud del Municipio en estudio y a todo lector interesado en el tema, ayudando a tomar medidas de prevención y promoción de conducta sexual responsable entre adolescente.

## **IV. Planteamiento Del Problema**

¿Cuáles son los factores que determinan la alta frecuencia de embarazos en adolescentes en el municipio de Totogalpa?

## **V. Objetivos**

### **Objetivo general:**

Determinar los factores que influyen en la ocurrencia de embarazos en adolescentes del municipio de Totogalpa.

### **Objetivos específicos:**

- 1) Establecer los factores sociodemográficos que influyen en el embarazo en adolescentes.
- 2) Identificar elementos de las relaciones familiares que se asocian al embarazo en adolescentes.
- 3) Identificar aspectos relacionados con el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva vinculados al embarazo en adolescentes.

## VI.- Marco Teórico

La OMS define la adolescencia como el "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. En 1980 en el mundo había 856 millones de adolescentes y se estima que en el 2000 llegaron a 1,1 millones. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

La adolescencia la podemos dividir en tres etapas:

1.-Adolescencia Temprana (10 a 13 años). Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2.- Adolescencia media (14 a 16 años).Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

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

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

3.- Adolescencia tardía (17 a 19 años). Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia en las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales, culturales y sociales para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada ; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes". (5)

#### **Definición de embarazo en la adolescencia:**

Es el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen.

La "tasa de fecundidad adolescente (TFA)" ha ido disminuyendo desde los años 50, pero en forma menos marcada que la "tasa de fecundidad general (TFG)" condicionando un aumento en porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre total de nacimientos.

En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años (6).

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecida, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio, porque de mejorarse las condiciones, ella podría descender.

Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

EE.UU. es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11.1% en las década de los 80.

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia, han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los métodos anticonceptivos. En España, en 1950, la tasa de recién nacidos de madres entre 15 y 19 años era del 7,45/1000 mujeres; en 1965 llegaba al 9,53; en 1975 alcanzaba el 21,72, para llegar al 27,14 en 1979. Descendió, en 1980, al 18/1.000 mujeres y al 11 en 1991. Los últimos datos hablan de un 35,49/1000 mujeres en 1994, descendiendo al 32,98 en 1995 y al 30,81 en 1996.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo español, el 12% de las jóvenes con edades entre 14 y 15 años, han mantenido relaciones sexuales alguna vez, lo que significa 160.000 en números absolutos, previéndose que alcanzarán 400.000. Deben tenerse en cuenta, además de los nacimientos de madres adolescentes y el porcentaje de adolescentes sexualmente activas, los más de 6.000 abortos ocurridos en mujeres entre los 14 y 19 años por lo que, el supuesto descenso de la tasa de embarazadas adolescentes, no lo fue tanto.

En España, a partir de los años ´80, se ha registrado un incremento en el uso de contraceptivos y preservativos comercializándose, en 1993, unos 40 millones de preservativos, equivalente a la media más alta de los países de la Comunidad Europea (3,5 preservativos por habitante). Actualmente es imposible conocer el número de adolescentes que abortan. Sólo 2/3 de los embarazos de adolescentes llegan al nacimiento de un hijo; de los nacidos, un 4% son dados en adopción y un 50% permanecen en hogar de madre soltera. Un 8% de las adolescentes embarazadas abortan y un 33% permanece soltera durante el embarazo. (5)

## **FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES**

Los factores son multifactoriales, hay múltiples estudios que demuestran la importancia de factores biológicos, sociales y culturales.

Dentro de los factores potenciales de riesgo de embarazo en las adolescentes están:

1. Causas familiares.
2. Desarrollo cognitivo y psicosocial.
3. No uso de métodos anticonceptivos.
4. Las salidas tempranas (las citas a la edad de 12 años están relacionadas con una probabilidad del 91% de tener relaciones sexuales antes de los 19 años y las citas a la edad de 13 se asocian con una probabilidad del 56% de actividad sexual durante la adolescencia).
5. El consumo de alcohol u otras drogas, incluyendo los productos del tabaco
6. La deserción escolar.
7. La falta de sistemas de apoyo o tener pocos amigos.

8. La falta de participación en actividades escolares, familiares o comunitarias.
9. La percepción baja o nula de oportunidades para el éxito personal.
10. La vida en comunidades o la asistencia a escuelas en donde la procreación a una edad temprana es común y vista como norma y no como un tema de preocupación.
11. Crecer en condiciones de pobreza.
12. Haber sido víctimas de abuso sexual.
13. Ser hija de una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aún más joven. (7)

De forma general el embarazo en adolescentes esta dado por tres causas fundamentales:

Por que una mujer es fértil, por inicio precoz de la vida sexual activa y por el no uso de los métodos anticonceptivos; la primer causa no es objeto de estudio del presente trabajo por lo cual solo se abordaran las dos ultimas.

#### **1.- El inicio precoz de las relaciones sexuales esta dado por:**

##### **Causas familiares:**

La familia constituye la institución social básica. Desempeña un papel de fundamental importancia en la socialización de los niños. Hace las veces de una incubadora social.

Un hogar desquiciado por tensiones internas o por el divorcio de los progenitores perturba siempre el desarrollo personal de la prole. Por el contrario una familia con roles de parentesco definido, una familia confiable y armónica es un seguro de salud mental. Conviene diferenciar.



El grupo doméstico u hogar, grupo de personas que comparten habitualmente una vivienda y una misma fuente de alimentos o recursos.

La familia biológica o grupo, en el que las relaciones de parentesco se definen en términos de reproducción y genealogía.

La familia nuclear, grupo formado por una mujer, un hombre y sus hijos socialmente reconocidos.

La familia compuesta, formada por familias nucleares o partes de éstas.

La familia conjunta. Surge cuando los miembros más jóvenes incorporan a ella a sus esposas e hijos, en vez de formar hogares independientes.

La familia extensa. Una especie de familia conjunta que vive dispersa.

Familias desestructuradas o disfuncionales: un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja auto estima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y además puede encontrar alivio a la soledad y el abandono a través de un embarazo, que le permite huir de un hogar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

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

Más del 70% de los jóvenes consideran que están bien informados en materia de sexualidad, sin embargo observamos como determinados mitos están hoy en día aún muy extendidos entre la gente joven. No es de extrañar si tenemos en cuenta que prácticamente la mitad de los/as jóvenes obtienen información de sus amigos, de revistas y de películas. En la actualidad crecen rodeados de una cultura donde

compañeros, televisión, cine, música y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados son comunes, aceptadas y a veces esperadas.

La información que pueden facilitar los/as amigos/as, que probablemente han obtenido la misma educación, puede ser muy limitada y probablemente contaminada de los mismos prejuicios, por otra parte la información obtenida de fuentes nada confiables como revistas o películas presentan una visión muy reduccionista de la sexualidad. Esto es un grave problema pues existe una gran diferencia entre la percepción subjetiva de estar bien informado y estarlo realmente, es decir los jóvenes tienen la “ilusión de que saben”, y por lo tanto no ven la necesidad de buscar información, por lo que actúan en base a dichas creencias erróneas.

Por otro lado muchos jóvenes que toman la decisión de informarse no saben dónde acudir o no lo hacen por vergüenza o porque no se atreven. Los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas, así como también a su propio desarrollo que está limitado (pues es antes físico que emocional). Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 ó 5 años antes de ser emocionalmente maduros. Otro factor es la ausencia de habilidades sociales o de auto control para exigir la utilización de métodos anticonceptivos que por lo general es el preservativo.

### **Repetición intergeneracional del embarazo en adolescentes:**

Las mujeres que fueron madres durante la adolescencia tienen mayor probabilidad de que sus hijas también sean madres adolescentes en comparación a aquellas que fueron madres en la adultez.

En las familias en donde se repite la maternidad adolescente pueden existir normas o creencias construidas culturalmente y refinadas mediante las interpretaciones compartidas por la gente sobre una variedad de factores, incluyendo la longevidad, el acceso a las oportunidades económicas y sociales, la pertenencia a organizaciones

sociales, restricciones ambientales y necesidades familiares. Los tiempos de las transiciones en el curso de vida, pueden ser más acelerados; y la maternidad temprana puede representar una opción viable de desarrollo personal disponible en el contexto familiar.

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen más probabilidades de tener más hijos totales, y estos hijos también tienen menos probabilidades para recibir el apoyo de sus padres biológicos, completar su educación y trabajar en algún tipo de vocación, establecer la independencia y seguridad financiera adecuada para proveerse por si mismo. Las madres adolescentes casadas son más susceptibles a experimentar divorcios, que las mujeres casadas a edades de 20 años por lo menos. (8)

### **Desarrollo Puberal**

En las mujeres, hay una clara asociación entre maduración precoz y edad precoz de menarquia y comienzo temprano de actividad sexual. En los hombres se postula un umbral de nivel de testosterona sobre el cual aparece un incremento de la libido y el interés sexual. Sin embargo, la relación entre hormonas, conducta sexual y factores socioculturales es muy compleja y no está aclarada aún.

### **Desarrollo cognitivo y psicosocial**

Los múltiples cambios que vive el adolescente lo ponen en una situación de alto riesgo de conducta sexual precoz, así como de otras conductas de riesgo: Un pensamiento hipotético deductivo aún no desarrollado durante las primeras etapas de la adolescencia, sumado a los sentimientos de invulnerabilidad, omnipotencia y egocentrismo, en un adolescente que busca experiencias nuevas y busca separarse de su familia. No ha desarrollado capacidad de intimar y no ha completado el proceso de desarrollo de su identidad. En este momento aun no puede prever consecuencias de sus actos ni puede anticiparse al resultado de sus conductas. Estas características del desarrollo cognitivo y psicosocial, propias de la etapa, explican por si solas, un excesivo

riesgo de actividad sexual precoz, y también otras conductas de riesgo que con frecuencia se asocian en algunos adolescentes.

### **Factores individuales:**

Bajas expectativas académicas, baja autoestima, ausencia de religiosidad, nivel socioeconómico bajo y raza negra son factores que se relacionan con mayor frecuencia de inicio de actividad sexual precoz.

### **Presión de pares**

De acuerdo a las características del desarrollo del adolescente es esperable que en esta etapa el grupo de pares cobre máxima importancia como modelo de conducta. Se ha demostrado una relación estrecha entre actividad sexual y la percepción de que los pares son sexualmente activos. Las parejas hombres de las adolescentes son generalmente 4 a 6 años mayores, lo que demuestra la importancia de desarrollar habilidades de negociación, toma de decisiones y asertividad como parte de la educación sexual de las adolescentes.(9)

## **2. No uso de métodos anticonceptivos.**

La no utilización de métodos de planificación familiar esta dado por falta de acceso a las unidades de salud, y por los pobres conocimientos sobre la forma de utilización de dichos métodos, lo cual generalmente se debe a la pobre cobertura que puede tener una unidad de salud en una determinada región, en la cual generalmente habitan personas con bajas condiciones socioeconómicas y bajos niveles de estudios académicos.

### **Factores educacionales:**

La buena educación sexual ayuda a los jóvenes a aclarar valores y evitar comportamientos de riesgo, la educación sexual que se da en algunos centros

educativos como una educación formal adolece de un abordaje adecuado, indiscutiblemente la educación sexual debe de iniciarse en el hogar y la misma no debe ser solo información, sino formación, para llegar al cambio de actitudes y prácticas; porque de la concepción que se tenga del sexo, de la sexualidad y de la educación sexual, dependerá nuestra conducta.

Hay que recordar, que muchos de los padres no tienen la información ni la educación para orientar a sus hijos, al proporcionar educación sexual adecuada éstos jóvenes inician una vida de seguridad y afecto, mejorando su calidad de vida, sin temores, desechando toda clase de mitos y tabúes, asumiendo asimismo una responsabilidad tanto en la vida adulta como en la vejez. Una educación sexual adecuada no es solamente hablar de los órganos reproductores sino que además implica hablar de valores, estilos de vida saludables, habilidades para la vida, etc.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tenga, declina 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. (10)

Las adolescentes con poca educación sexual no utilizan métodos anticonceptivos desde sus primeras relaciones sexuales y algunas los usan por periodos cortos, por ello el tiempo de uso de métodos anticonceptivos en las primeras relaciones indican la motivación de la mujer para planificar; de hecho estudios internacionales indican que 60% de gestaciones adolescentes se produce en los 6 primeros meses de relaciones sexuales. (6).

### **Factores económicos:**

Las relaciones entre pobreza y embarazo adolescente se hacen más complejas cuando se observan intergeneracionalmente. Primero, el embarazo adolescente puede ser visto como una consecuencia de la pobreza y puede acentuarla; en segundo lugar, es un

hecho que la pobreza en una generación probabiliza la pobreza para la segunda generación; en tercer lugar, también el embarazo adolescente en la primera generación hace probable que se repita en la segunda generación; por último, además de la carga de los antecedentes socioeconómicos, al repetirse el embarazo adolescente en la segunda generación se profundiza la pobreza y se suman obstáculos para la movilidad social de esa generación a la siguiente.

El embarazo adolescente ha sido un fenómeno de enorme interés en la región de Latinoamérica y el Caribe, llamando la atención de los administradores de política pública, de investigadores y del personal de salud.

Hasta ahora la investigación sobre embarazo adolescente se ha concentrado sobre las complicaciones médicas durante el embarazo, las causas psicosociales y las consecuencias de la fertilidad adolescente, los cambios demográficos a través del tiempo y las consecuencias sobre el desarrollo de los hijos. Pero también es necesario llamar la atención sobre las consecuencias a largo plazo del embarazo adolescente sobre los roles alternativos de la mujer y su estatus económico.

A partir de las consecuencias adversas económicas y sociales de la maternidad adolescente, en múltiples trabajos se ha señalado que en la desigualdad socioeconómica se puede encontrar su explicación. La maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad económica a largo plazo para la cual las madres jóvenes cuentan con pocos recursos y se estresan más ante las limitadas oportunidades laborales. La familia de origen, aun cuando apoya a la nueva familiar no cuenta con recursos y más bien la joven y sus hijos son una carga extra para los familiares.

Existe una fuerte asociación entre, embarazo temprano en una generación y la edad al embarazo de la siguiente generación, ya que es más probable que una mujer que fue madre tempranamente sea hija de una mujer que también fue madre adolescente. Por lo tanto, si el embarazo adolescente se origina principalmente en condiciones de pobreza y a su vez tiene consecuencias económicas y sociales, la repetición

intergeneracional del embarazo adolescente puede ser un mecanismo intermediario en la reproducción intergeneracional de la pobreza.

Se considera que las características socioeconómicas afectan el riesgo de embarazo tanto por el contexto normativo como por las oportunidades socioeconómicas disponibles para esas jóvenes. Por ejemplo, un contexto de privaciones económicas puede imponer desventajas a las madres adolescentes a través de una baja escolaridad y capacitación para el trabajo.

En México y grupos hispanos en Estados Unidos, generalmente las madres adolescentes tienen baja escolaridad y abandonan la escuela antes del embarazo. Por otro lado, la maternidad adolescente puede profundizarla desventaja socioeconómica, a través de un mayor número de hijos y la formación de uniones inestables. Es más frecuente encontrar madres solteras o en unión libre dentro del grupo de madres adolescentes que entre aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 19 años. Esta condición conyugal lleva a las mujeres a trabajar o a depender económicamente de los familiares. (8)

Se considera que las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de la población son una de las causas principales del embarazo adolescente; para algunos grupos sociales, como extensos sectores de la población rural, estos embarazos forman parte de su modo de vida, de la trayectoria usual que se sigue para formar una familia. Para otros, como el sector marginal urbano, los embarazos en adolescentes son vividos como una salida, en muchas ocasiones, a problemas de violencia familiar y abuso, o como una manera de adquirir valoración social. (11)

## **Como se mide la pobreza**

Existen diversas formas de medir los fenómenos sociales, tales como la educación, salud, pobreza, desempleo. Lo mas importante es que debe tenerse presente que existen indicadores que no son el hecho en sí, sino una forma de medirlos para tratar de comprenderlos, a continuación se detallan los indicadores de pobreza basado en necesidades básicas insatisfechas por considerarlo ajustado a la realidad:

### **Necesidades Básicas Insatisfechas**

Es un indicador fundamentalmente estructural, pues considera variables que cambian muy lentamente a lo largo del tiempo. Considera 5 variables y mide 7 indicadores:

#### **1. Tipo de Vivienda**

#### **2. Servicios**

##### **2. a. Suministro de Agua**

##### **2. b. Cloacas**

#### **3. Hacinamiento**

#### **4. Educación (de los menores)**

#### **5. Dependencia Económica**

##### **5. a. Número de dependientes por ocupado**

##### **5. b. Nivel Educativo del Jefe de Hogar**



Valora sobre la base de “satisfecho” o “insatisfecho”, asignando valor cero (0) para satisfecho y uno para insatisfecho, en cada variable. Con una necesidad insatisfecha se es pobre, con dos se está en pobreza extrema y con tres o más en miseria.

Los criterios de valoración son los siguientes:

- Tipo de vivienda: satisfecho si es casa, quinta o apartamento (insatisfecho si es rancho, o residencia colectiva)
- Agua: satisfecho si es por acueducto (insatisfecho si es por camión cisterna, pila pública, pozo, etc.)
- Cloacas, sólo se considera en sectores urbanos: satisfecho si es por red de cloacas o pozo séptico (insatisfecho si es por letrina, hoyo o no tiene)
- Hacinamiento: satisfecho si duermen hasta 2 personas por cuarto (insatisfecho si son 3 o más)
- Educación: satisfecho si todos los menores estudian (insatisfecho si al menos un menor no estudia)
- Número de dependientes por ocupado: satisfecho si hay hasta dos dependientes por persona que trabaja (insatisfecho si hay 3 o más)
- Nivel educativo del jefe de hogar (satisfecho si tiene al menos 6° grado). (12)

## **Consecuencias del Embarazo en Adolescentes.**

Las madres adolescentes tienden a abandonar más la educación que las jóvenes que posponen la maternidad. En 1997, un estudio demostró que solo el 41 por ciento de las adolescentes que tienen hijos antes de los 18 años de edad termina la escuela secundaria, comparado con el 61 por ciento de las adolescentes con antecedentes sociales y económicos similares que no tienen hijos hasta los 20 o 21 años de edad.

Al carecer de educación adecuada, es probable que la madre adolescente no posea las habilidades que necesita para conseguir un trabajo y conservarlo. Es común que dependa económicamente de su familia o del sistema de asistencia social. Comparadas con las madres adolescentes que tienen sus hijos en una etapa posterior de la vida, también es más probable que las madres adolescentes vivan en la pobreza. Casi el 75 por ciento de las madres adolescentes solteras recibe asistencia social durante los 5 años posteriores al nacimiento de su primer hijo.

También es posible que las adolescentes no hayan desarrollado todavía las habilidades para una buena maternidad o que carezcan de sistemas sociales de respaldo que las ayuden a manejar el estrés de criar un hijo.

Un hijo nacido de una adolescente soltera sin terminar la escuela secundaria tiene una probabilidad de 10 veces mayor de vivir en pobreza entre las edades de 8 a 12 años.

Los niños cuyas madres son adolescentes tienen un 50 por ciento de probabilidad de repetir un grado en la escuela, y suelen tener dificultades en la escuela y dejar la escuela antes de terminar la educación secundaria. (13).

## **Consecuencias Biológicas.**

Como consecuencia del embarazo las adolescentes están expuestas a complicaciones relacionadas con el embarazo que se abordaran posteriormente.

### **Consecuencias Psicosociales.**

\*Interrupción de las actividades propias de la adolescente; el estudiar, jugar, divertirse, hacer deporte, son actividades que ahora se ven limitadas o suspendidas ante la responsabilidad de asumir el cuidado y la crianza del hijo, la adolescente por lo general se ve más afectada que el varón, ya que frecuentemente culmina como madre soltera.

Deserción del sistema escolar; obedece a presiones ejercidas por la institución, la familia o por decisión propia (sentimiento de vergüenza) limitando sus posibilidades de desarrollo profesional.

\*Vinculación con parejas sucesivas; las relaciones entre adolescentes tienden a ser transitorias, sin un compromiso real con la pareja; en estas circunstancias el varón adolescente por lo general, no asume su responsabilidad y la joven madre en la búsqueda de satisfacer sus necesidades socio afectivas y económicas, la lleva a buscar apoyo en otra pareja con la cual tampoco logra estabilidad familiar.

\*Matrimonio precoz ; ante el problema de un embarazo a esta edad , surge como solución impuesta en la mayoría de casos , por la familia ;sin embargo en esta etapa de la vida el adolescente se encuentra en un proceso de cambio y búsqueda de si mismo y por ende , las relaciones amorosas suelen ser inestables. El matrimonio en estas condiciones y sin ser elegido libremente no es la mejor opción.

### **Consecuencias Socioculturales.**

\*La prostitución: ante la poca preparación de la joven para enfrentar la vida y la frecuente expulsión del hogar, esta se presenta como una salida inmediata para la manutención.

\*Maltrato, abandono y delincuencia, infante juvenil, problemas de orden y gran impacto social que se generan en hijos no deseados

\*Refuerzo del circuito de pobreza; relacionado con necesidades básicas insatisfechas; las madres adolescentes y sus hijos constituyen una población en aumento para la cual el estado ve reducida su capacidad de respuesta ante sus necesidades sobre todo si se encuentran en zonas o sectores con pocos recursos económicos y formativos personales que les permitan gestar el progreso y desarrollo individual y familiar. (14)

### **Complicaciones del Embarazo en la Adolescencia**

El embarazo en la adolescencia se asocia con mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto para la madre como para el niño.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho mayor de morir o sufrir complicaciones médicas graves como toxemia, hipertensión inducida por el embarazo, anemia grave, parto prematuro o placenta previa; así como tendencia a desarrollar neoplasias cervicales.

Los hijos de adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de tener bajo peso al nacer que aquellos cuyas madres tienen 20 años o más. La principal causa de esto es la prematurez, pero el retraso en el crecimiento intrauterino (crecimiento inadecuado del feto durante el embarazo) también juega su papel.

Las madres adolescentes tienen más probabilidad de mostrar comportamientos que no son saludables, los cuales dejan al bebé en mayor riesgo de presentar crecimiento inadecuado, infección o dependencia de sustancias químicas. Igualmente, cuanto más joven sea la madre por debajo de los 20 años, mayor será el riesgo para el bebé de morir durante el primer año de vida. (7)

## VII. Diseño Metodológico

**Tipo de estudio:** Se realizó un estudio analítico de Casos y Controles no pareado.

**Área de estudio:** Es el municipio de Totogalpa que pertenece al departamento de Madriz, ubicado a 20 Km. de la cabecera departamental de Somoto, sobre la carretera panamericana hacia la frontera las manos que conduce al país de Honduras.

Este municipio esta clasificado como un pueblo de pobreza extrema; cuenta con una población estimada en 10,581 habitantes de los cuales 5007 son mujeres y la mayor parte de la población está en la zona rural.

**Unidad de análisis:** Embarazadas ingresadas al Programa de Control Prenatal del Municipio de Totogalpa.

### **Muestra:**

- 1) Los Casos corresponden a cincuenta y siete adolescentes que cursan un primer embarazo, captadas en el programa de Control Prenatal en las diferentes unidades de salud del Municipio.
- 2) Los Controles corresponden a cincuenta y siete mujeres que (1 control por cada caso) con edades de 20 años o más de edad, que no tuvieron un embarazo durante su adolescencia.

### **Criterios de inclusión:**

Aceptan participar voluntariamente del estudio.

Facultades mentales adecuadas para contestar la encuesta.

**Criterios de exclusión:**

Embarazadas con pérdida de las facultades mentales.

Embarazadas que no acepten participar en el estudio.

Procedimiento de Recolección de Datos:

Se le explicó a los grupos poblacionales incluidos los objetivos e importancia del estudio, solicitando su consentimiento, en caso necesario se le dio información al familiar o persona responsable de la adolescente para garantizar su participación.

La recolección de la información se realizó por medio de dos fuentes; Secundaria: la que se obtuvo a través de los Censo de embarazadas de la Unidad de Salud del período correspondiente al estudio.

Primaria mediante aplicación a la población de estudio de un formulario de preguntas cerradas previamente elaborado que se llenó a través de entrevista directa por el investigador.

**Plan de Análisis:**

Los datos fueron procesados y analizados en el programa Epi-info 2000 para Windows. Se estimó frecuencias simples a sus variables, comparativas entre los grupos de estudios: Casos y Controles.

Se estimó el Odds Ratio (Razón de productos cruzados) para identificar los valores de las variables que influyen en la ocurrencia de embarazos. Como prueba de significancia estadística en una asociación de variables, se utilizó el intervalo del OR con un 95% de confianza. Es significativa si dicho intervalo no contiene el 1. Los datos se agruparon en tablas y gráficos.

## Operacionalización de las Variables

<b>variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Escala</b>
Edad	Es el tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta el momento de la encuesta	10-13 años 14-16 años 17-19 años
Estado civil	Es la condición social de cada individuo	Casada Soltera Unión estable
Escolaridad	Nivel académico alcanzado de la encuestada	Analfabeta Alfabetizada P. completa P. Incompleta Sec. Incompleta Sec. Completa
Ocupación	Es el desempeño laboral que ejerce la encuestada	Ama de casa Estudiante Otro Ninguna
Procedencia	Es el lugar donde reside la encuestada	Urbano Rural
Nivel socioeconómico	Capacidad social y económica que permite satisfacer las necesidades básicas de la población en estudio.	No pobres Pobres Pobreza extrema Miseria
Convivencia de la encuestada	Personas con que habitan en la misma casa.	Padres y hermanos Solo uno de los padres u otro familiar
Comunicación con los padres.	Proceso de intercambio de enfoques sobre diferentes aspectos de la vida.	Buena comunicación Comunicación deficiente No existe comunicación.
Violencia intra familiar	Acción de agresión física o psicológica por algún miembro de la familia durante su adolescencia.	Si No
Antecedentes familiares de embarazo adolescente.	Historia de embarazo adolescente en madre o hermana.	Si No

Proyecto de vida	Meta personal, que estimula a realizar esfuerzos por alcanzarlos.	Si No
Hábitos de consumo de droga.	Uso acostumbrado de algún tipo de drogas	Si No
Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.	Información que tiene la encuestada sobre diversos aspectos de la sexualidad y la reproducción humana que permita comprender los riesgos a la salud.	Suficiente Insuficiente



## VIII-Resultados

Se estudiaron 57 mujeres adolescentes cursando embarazo por primera vez (casos) y 57 mujeres con edades de 20 o más edad, que no tuvieron embarazo durante su adolescencia (controles). Se encontró mayor proporción de mujeres con bajos niveles de escolaridad en el grupo de casos que en el grupo de controles (ver gráfico.1).

La procedencia rural es mayor en el grupo de casos y la frecuencia de desocupación es alta en ambos grupos, esta última fue ligeramente mayor en el grupo de casos (ver cuadro 1).

Hay mayor proporción de casos con alto grado de pobreza que en los controles (ver gráfico 2).

Las mujeres que vivieron en la adolescencia con sus padres y hermanos fue bastante parecida, en ambos grupos, la proporción que vivió sólo con uno de los padres u otros familiares fue poco frecuente, siendo ligeramente mayor en el grupo de casos.(ver cuadro.2)

El grupo de controles presentó mayor proporción de comunicación adecuada con sus padres; el grupo de casos es de forma inversamente proporcional, presentando comunicación inadecuada. (Ver cuadro.2)

La proporción de mujeres que percibió violencia entre sus padres cuando convivió con ellos fue baja en ambos grupos; de igual forma las mujeres víctima de violencia intrafamiliar fue menor en los dos grupos. (Ver cuadro.2)

El grupo de casos tiene mayor proporción con historia familiar de embarazo en la edad adolescente que el grupo de controles.

La mayor proporción de los controles tenía metas a largo plazo, respecto al grupo de casos (ver cuadro 2).

La frecuencia de hábitos de consumo de drogas lícitas o ilícitas es proporcionalmente baja en ambos grupos (ver gráfico 3).

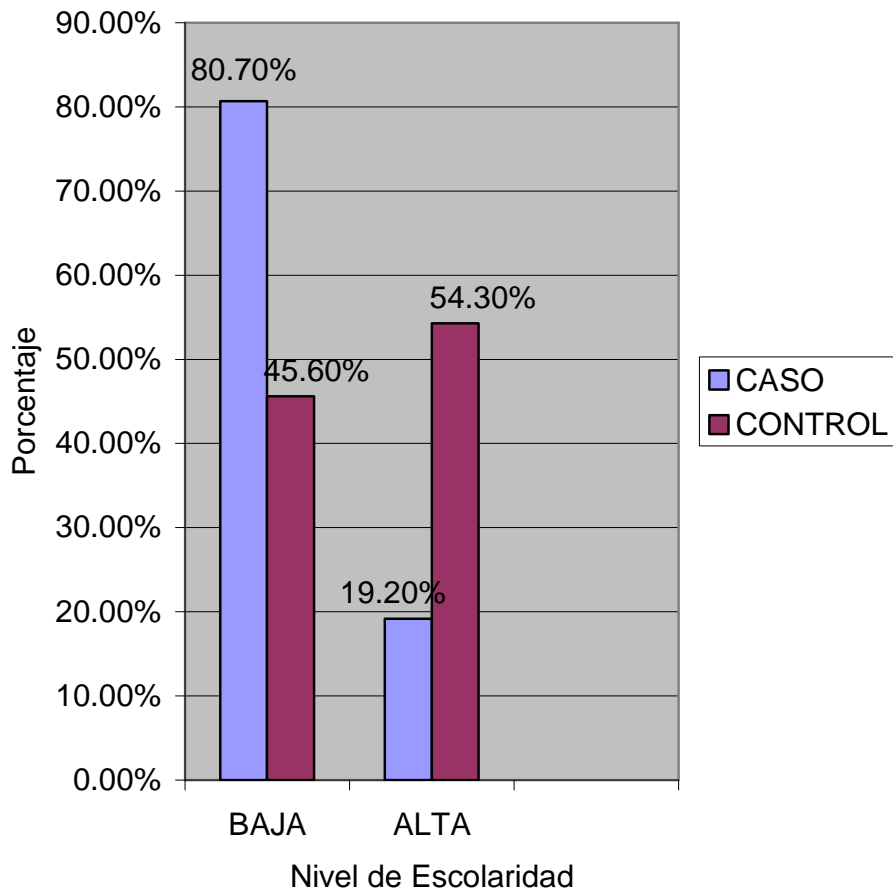
En lo referente al conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en estudio se encontró mayor proporción de controles que conocían por lo menos un método anticonceptivo; mayor proporción del grupo de controles usó alguno de los métodos anticonceptivos que conocía previo a su embarazo, el grupo presento uso de estos por seis meses o más en proporción mayor, en cambio el grupo de casos lo usaron poco y en proporción aun menor por un periodo de seis meses o menos.(Ver cuadro.3)

En cuanto a los conocimientos de sexualidad mayor proporción de los controles conoce que el uso de condones puede ayudar a prevenir infecciones de transmisión sexual en relación a los casos. En ambos grupos la mayor parte no sabe que las relaciones a temprana edad afectan su organismo, exponiéndolos al riesgo de neoplasias cervicales, siendo mayor en el grupo de casos (ver cuadro 3).

De los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva más mujeres del grupo de control tienen como fuente de información a sus padres y a la escuela. La mayor proporción de casos tiene como fuente de información a sus amigos y otras fuentes no aptas (ver gráfico 4).

Al determinar los factores asociados al embarazo en adolescentes se encontró que no pertenecer a zonas urbanizadas, no tener algún tipo de ocupación, el bajo nivel de escolaridad, el alto grado de pobreza, tener antecedentes de embarazo adolescente, la falta de metas personales; no uso de métodos anticonceptivos, no saber la forma de prevenir las infecciones de transmisión sexual, ni neoplasias cervicales, tienen asociación con significancia estadística representando los riesgos encontrados en este estudio.

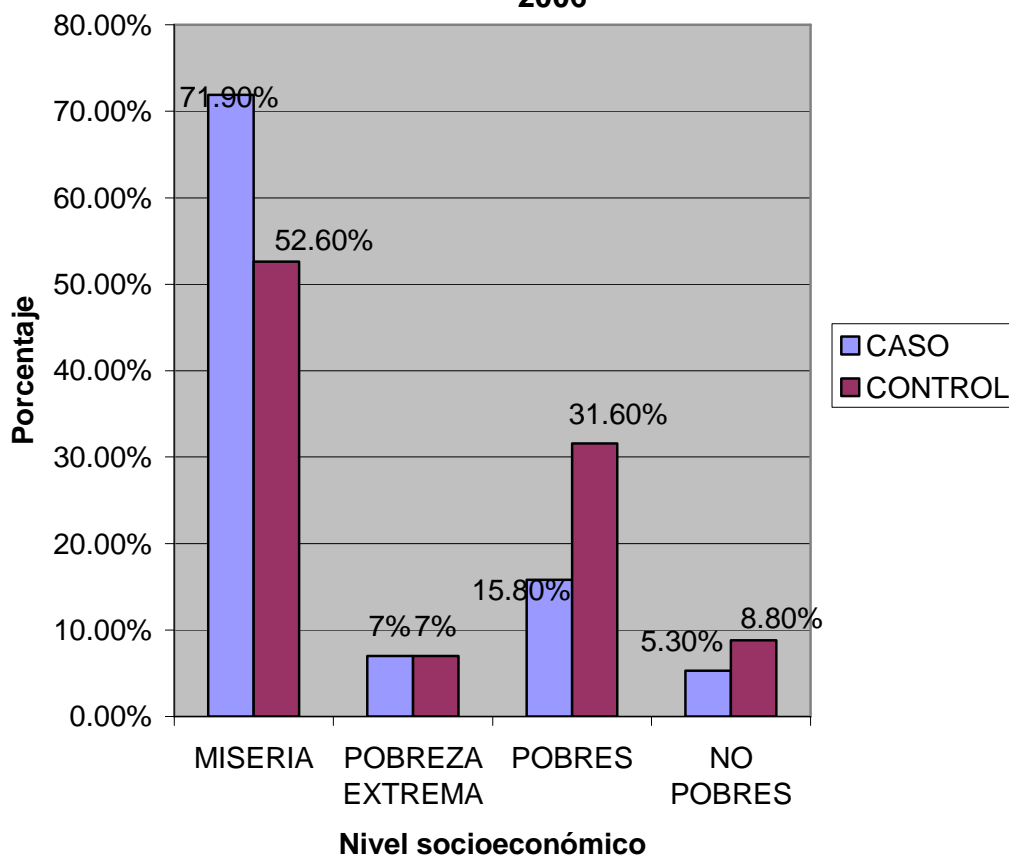
**Grafico1. Nivel de escolaridad de las mujeres en estudio**



**Cuadro 1. Procedencia y ocupación de las mujeres atendidas en el control prenatal del Centro de Salud de Totogalpa I-semester, 2006.**

variables	Casos		Controles	
	No.....%		No.....%	
<b>Procedencia</b>				
Rural	49	85.9%	32	56.1%
urbano	8	14.0%	25	43.8%
<b>Ocupación</b>				
Ama de casa	50	87.7%	40	70.1%
Otra ocupación(trabajo)	7	12.2%	17	29.8%

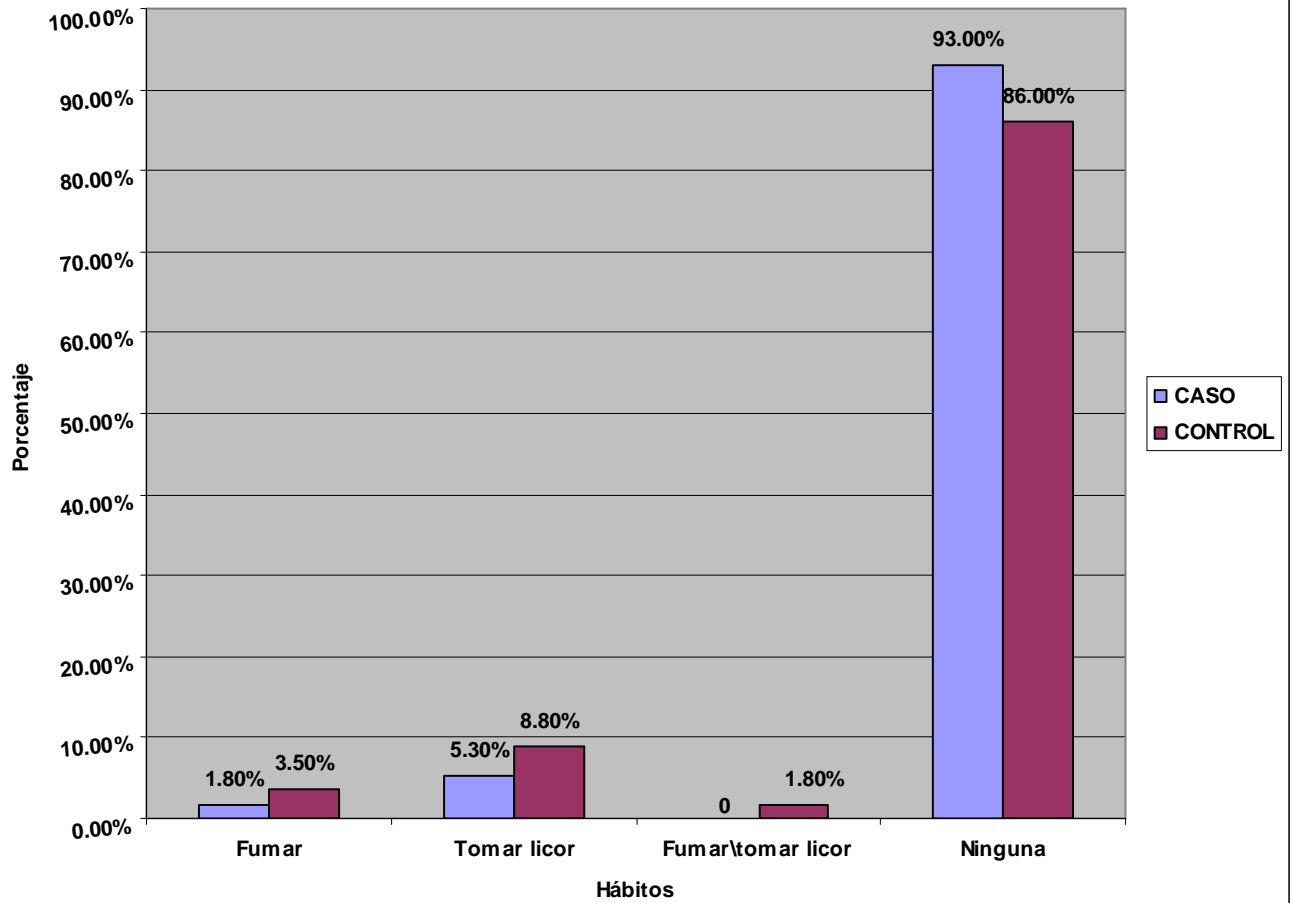
**Grafico2.Nivel socioeconómico de las mujeres atendidas en el Centro de Salud Totogalpa I-semester-2006**



**Cuadro 2. Aspectos relacionados con la historia familiar y comunicación que presentaron durante la adolescencia las mujeres en estudio atendidas en el Centro de Salud de Totogalpa, I- semestre, 2006**

variables	Casos		Controles	
	No.....%	No.....%	No.....%	No.....%
<b>Con quien convivió en la adolescencia</b>				
Uno de los padres u otro familiar	16	28.1%	14	24.6%
Ambos padres	41	71.9%	43	75.4%
<b>Tipo de comunicación con sus padres</b>				
Inadecuada	34	59.6%	25	43.9%
adecuada	23	40.4%	32	56.1%
<b>Percibías violencia entre tus padres</b>				
Si	6	10.55%	8	14.0%
No	51	89.5%	49	85.9%
<b>Haz sido victima de violencia intrafamiliar</b>				
Si	2	3.5%	3	5.3%
No	55	96.5%	54	94.7%
<b>Tiene antecedentes familiares de embarazo adolescente</b>				
Si	49	86.0%	29	50.9%
No	8	14.0%	28	49.1%
<b>Tienes metas personales a largo plazo</b>				
Si	26	45.6%	46	80.7%
No	31	54.4%	11	19.3%

Gráfico3.Hábitos de consumo de algún tipo de droga de los grupos poblacionales en estudio previo al embarazo

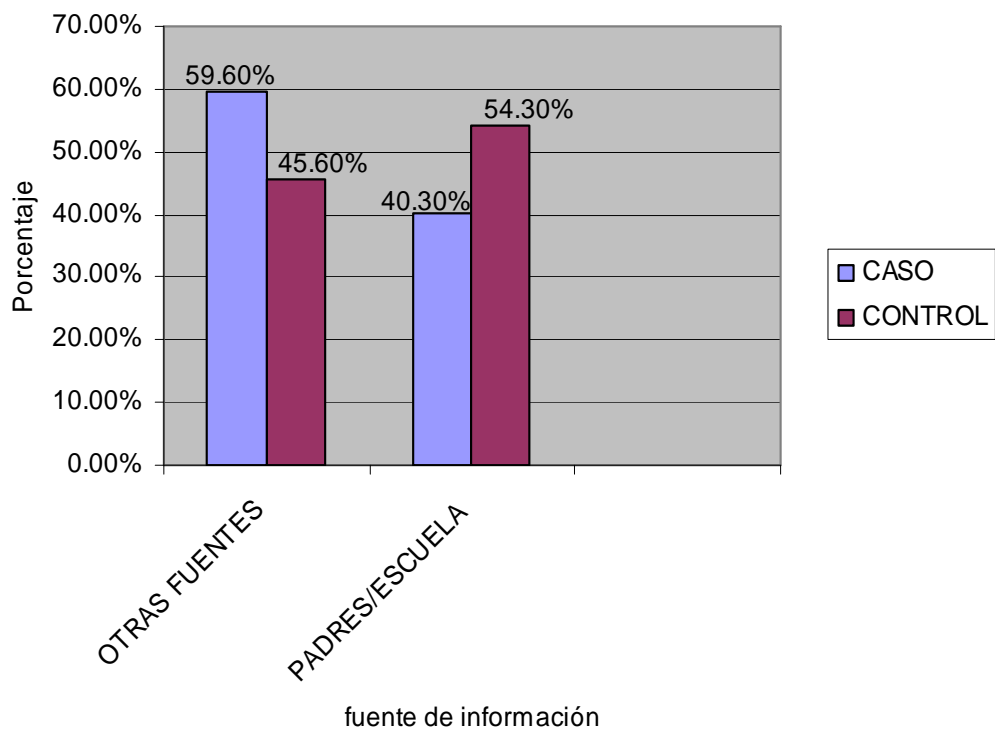


**Cuadro 3. Conocimiento y práctica sobre salud sexual y reproductiva que presentaron las mujeres atendidas en el control prenatal del Centro de Salud de Totogalpa-2006.**

variables	Casos		Controles	
	No.....%	No.....%	No.....%	No.....%
<b>Conocía los métodos anticonceptivos</b>				
No	25	43.9%	20	35.4%
Si	32	56.1%	37	64.9%
<b>Usó alguno de los métodos anticonceptivos</b>				
No	41	71.9%	23	40.4%
Si	16	28.1%	34	59.6%
<b>Tiempo de uso del método anticonceptivo previo al embarazo</b>				
No usó	41	71.9%	23	40.4%
Menor de 6 meses	9	15.7%	12	21.0%
6 meses o más	7	12.2%	22	38.5%
<b>Sabía que el condón puede prevenir ITS</b>				
No	42	73.7%	28	49.1%
Si	15	26.3%	29	50.9%
<b>Sabía como prevenir neoplasias cervicales</b>				
No	49	86%	38	66.7%
Si	8	14%	19	33.3%



Gráfico4.Fuente de información que tuvieron los grupos poblacionales en estudio sobre temas de salud sexual y reproductiva previo al embarazo



**Cuadro 4 Factores asociados al embarazo adolescente en las mujeres atendidas en el programa control prenatal del Centro de Salud de Totogalpa I- semestre, 2006.**

<b>Factores de riesgo</b>	<b>OR</b>	<b>Intervalo de confianza al 95%</b>
<b>Bajo nivel de escolaridad</b>	<b>4.98</b>	<b>2.00 - 12.65</b>
<b>No proceder de zona urbanizada</b>	<b>4.79</b>	<b>1.78 - 13.26</b>
<b>No tener algún tipo de ocupación</b>	<b>3.04</b>	<b>1.05 - 9.03</b>
<b>Alto grado de pobreza.</b>	<b>2.54</b>	<b>1.03 - 6.32</b>
Evolución en su crianza con disfunción familiar.	1.20	0.48 – 3.00
Inadecuada comunicación con los padres.	1.89	0.84 – 4.27
Percibió violencia intrafamiliar.	0.72	0.20 – 2.51
Fue víctima de violencia intrafamiliar.	0.65	0.07 – 5.08
<b>Antecedentes familiares de embarazo adolescente.</b>	<b>5.91</b>	<b>2.20 – 16.36</b>
<b>No tiene metas personales a largo plazo.</b>	<b>4.99</b>	<b>2.00 – 12.65</b>
Ha tenido hábito de consumo de algún tipo de droga.	0.46	0.11 – 1.84
No conoce al menos un método anticonceptivo.	1.45	0.64 – 3.30
<b>No usó algún método anticonceptivo que conocía.</b>	<b>3.79</b>	<b>1.62 – 8.98</b>
<b>No tuvo uso de métodos anticonceptivos por tiempo adecuado.</b>	<b>4.49</b>	<b>1.59 – 13.09</b>
<b>No sabe que el uso del condón puede prevenir ITS</b>	<b>2.90</b>	<b>1.23 – 6.88</b>
<b>No sabe como prevenir neoplasias cervicales.</b>	<b>3.06</b>	<b>1.11 – 8.62</b>
No obtuvo conocimientos sobre temas de sexualidad de fuente adecuada.	1.76	0.79 – 3.97

## **IX-Discusión de resultados**

En el presente estudio se encontró como factor asociado al embarazo con significancia estadística el bajo nivel de escolaridad, correspondiéndose con la literatura que refiere que la educación tiene un efecto importante, la precocidad y el número de hijos que tenga una mujer, declina a medida que el nivel de escolaridad aumenta. La ayuda a aclarar valores y evitar comportamientos de riesgos.

Otros factores asociados a la presencia de embarazo en adolescentes con significancia son el proceder de zonas rurales y no tener ocupación específica, así como las condiciones socioeconómicas desfavorables; estos tres factores se relacionan entre sí, las personas de áreas rurales tienden a ser más pobres, con pocas oportunidades de empleos y menor acceso a la educación y unidades de salud, propiciando todo esto un fuerte riesgo de embarazo a temprana edad.

Ambos grupos tenían familias funcionales y en ambos, la mayor proporción no percibió violencia entre sus padres, ni fue víctima de ésta; estos aspectos no son de relevancia en este grupo poblacional ya que no alcanzaron significancia estadística.

En lo referente al tipo de comunicación con sus padres hay diferencias notables, solo el mayor porcentaje del grupo de control refería tener buena comunicación con sus padres, probablemente recibía orientaciones sobre sexualidad lo que les ayudó a evitar un embarazo a temprana edad.

Otro factor fuertemente asociado con significancia estadística, es tener antecedentes familiares de embarazo adolescente por parte de la madre o hermana, probablemente por que existen normas o creencias culturales, incluyendo las restricciones ambientales y las necesidades familiares. Las transiciones en el curso de la vida, pueden ser más aceleradas y la maternidad temprana puede representar una opción de desarrollo personal.

En cuanto a la no existencia de proyecto de vida, se encontró como un factor de riesgo fuertemente asociado con significancia estadística, que se relaciona con la poca educación. Más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen motivando a plantearse metas en su vida.

El no uso de métodos anticonceptivos, así como el uso de estos por períodos de tiempos inadecuados constituyen fuertes factores asociados con significancia estadística, al embarazo adolescente, relacionados también con el bajo nivel de escolaridad. La literatura refiere que las mujeres con poca educación no utilizan métodos anticonceptivos desde sus primeras relaciones sexuales y algunas los usan por corto tiempo, lo que indica la poca motivación para planificar.

El inadecuado nivel de conocimiento sobre aspectos de sexualidad que incluye no conocer que el condón puede prevenir infecciones de transmisión sexual y no saber que las relaciones sexuales a temprana edad representan riesgo de neoplasia cervical, se encontraron como factores asociados a la presencia de embarazo con significancia estadística; podemos aseverar que las mujeres con desconocimiento de estos riesgos para su organismo, no tienen motivación para planificar y menos aun para abstenerse de tener relaciones sexuales a temprana edad.

La fuente de información difiere en los dos grupos, los casos en el mayor porcentaje la fuente es por amigos u otras fuentes no adecuadas; en cambio en los controles la principal fuente de información son los padres y la escuela. La literatura refiere que prácticamente la mitad de los jóvenes obtienen información de sus amigos, revistas y películas (coincidiendo esto con los resultados que reflejan los casos), donde la información es muy limitada, con una visión reduccionista de la sexualidad, constituyendo un grave problema.

## **X-Conclusiones**

En el embarazo adolescente influyen varios factores que se interrelacionan, en el presente estudio los más fuertemente asociados son:

- Las condiciones socioeconómicas desfavorables, asociados a las falta de oportunidades de estudio y ocupación.
- Proceder de zonas rurales con poco acceso a las unidades de salud y por ende a los métodos anticonceptivos.
- Los antecedentes familiares de embarazo en adolescentes por parte de la madre, hermana o ambas, que contribuye a la reproducción de la pobreza.
- No tener un proyecto de vida que determine evitar el embarazo por parte de la adolescente.
- Los pocos conocimientos sobre temas de salud sexual y reproductiva.

## **XI-Recomendaciones**

En base a los resultados del presente estudio, considero que se debe contemplar en los planes del Ministerio de Salud y Educación, los siguientes aspectos:

- Mejorar el acceso a la educación secundaria mediante la creación de escuelas en zonas rurales y urbanas marginales, por que es en la segunda enseñanza donde se puede abiertamente abordar el tema de la sexualidad.
- Se debe de investigar a fondo la formación en salud sexual y reproductiva que tienen los docentes del sector educativo como agentes multiplicadores, para mejorar los conocimientos sobre sexualidad en la población adolescente.
- Trabajar con los promotores para que estos entrenen a los padres de familia acerca de sexualidad y como hablar con los niños y adolescentes sobre estos temas.
- Mejorar la disponibilidad el acceso a los métodos anticonceptivos por parte de las unidades de salud en las zonas rurales.
- Buscar mayor apoyo de las organizaciones religiosas y del sector educativo para la creación del proyecto de vida de los adolescentes.

## XII.- Bibliografía

- 1) Rojas Breedy, Ana Lorena. Adolescencia y Juventud: Aporte para una discusión. San José Costa Rica: OPS/OMS; 1995.
- 2) Donas Burak, Solum. Adolescencia y Juventud en América Central y Rep. Dominicana en los años 90. San José, Costa Rica OPS/OMS.1996.
- 3) MINSA. Estrategias y lineamientos básicos para la prevención del embarazo en la adolescencia. Dirección primer nivel de atención. Managua; abril 2003. disponible en [www.bvs.org.ni/adolec/doc/Estrategias](http://www.bvs.org.ni/adolec/doc/Estrategias)
- 4) MINSA. Madriz. Plan de Emergencia Sanitario Local, municipio de Totogalpa. Totogalpa; 2006.
- 5) Issler Juan. Embarazo en la adolescencia. Revista de postgrado de la cátedra VI medicina No 107 Chile; agosto 2001. Disponible en: [med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html).
- 6) Díaz Angélica, Sugg Carolina. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. Universidad de Chile. Chile; 2004. disponible en [www.cemara.cl/soqia/pdf/2004/XI3embarazo.pdf](http://www.cemara.cl/soqia/pdf/2004/XI3embarazo.pdf)
- 7) Medline plus. Embarazo en la adolescencia. biblioteca nacional de medicina. EE.UU; Agosto 2006. [www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanhis/ency/article/001516.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanhis/ency/article/001516.htm)
- 8) Alatorre Rico, Javier. El embarazo adolescente y la pobreza, en Bonfil, Paloma y Vania Saller.Gintrap. México;1998. disponible en: [www.grhf.harvard.edu/spanish/course/sesion4/rico\\_atkin/rico\\_atkin.html](http://www.grhf.harvard.edu/spanish/course/sesion4/rico_atkin/rico_atkin.html)
- 9) Zubarew Tamara. Sexualidad y embarazo: sexualidad del adolescente. Pontificia Universidad Católica de Chile . Chile2001. Disponible en: [www.escuela.med.puc.cl/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15Leccion.html](http://www.escuela.med.puc.cl/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15Leccion.html)
- 10) OMS. Últimas Normas. servicio de salud.Colombia;2000. Disponible en: [www.saludcolombia.com/actual/htm/normas/ntjoven.htm](http://www.saludcolombia.com/actual/htm/normas/ntjoven.htm)
- 11) Estern Claudio. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica salud pública. México; 1997. disponible en [www.insp.mx/salud/39/392-7s.html](http://www.insp.mx/salud/39/392-7s.html)

12) Huerta, José Principales indicadores de pobreza. Consultaría y Desarrollo Gerencial. Venezuela; 1998. [www.mipagina.cantv.net/José b.huerta/indicadores.htm](http://www.mipagina.cantv.net/José%20b.huerta/indicadores.htm)

13) March of Dimes. El Embarazo en las Adolescentes. Centro de Enseñanza del Embarazo; EE.UU., 2006. Disponible en: [www.nacersano.org/centro/9388\\_9919.asp](http://www.nacersano.org/centro/9388_9919.asp)

14) Cerezo Estrada Wladio. El embarazo en adolescentes. coord..Prog.Salud sexual y reproductiva .Venezuela; 2000. Disponible en [www.corposaludtachira.gov.ve/index.php](http://www.corposaludtachira.gov.ve/index.php)



**ANEXOS**

## ENCUESTA

Estimadas ciudadanas la presente encuesta lleva como fin, obtener información para el estudio investigativo acerca de de los factores que determinan el embarazo en adolescentes. La encuesta esta elaborada con preguntas fáciles de responder, las que servirá de utilidad para contribuir al mejoramiento de los conocimientos y practicas en salud reproductiva de las adolescentes.

1. Edad: /\_\_/\_\_/
2. Estado civil
  - a) casada
  - b) soltera
  - c) unión de hecho estable
3. Escolaridad de la encuestada
  - a) Analfabeta
  - b) alfabetizada
  - c) Primaria incompleta
  - d) Primaria completa
  - e) Secundaria incompleta
  - f) Secundaria completa
4. Procedencia
  - a) Urbana
  - b) Rural
5. Ocupación
  - a) Ama de casa
  - b) Doméstica
  - c) Estudiante
  - d) Otra
6. Tipo de vivienda
  - a). casa
  - b). rancho
  - c). residencia colectiva
7. Servicios de agua
  - a). potable
  - b). no potable
8. Número de personas que viven en la casa: /\_\_/\_\_/
9. Número de cuartos para dormir: /\_\_/\_\_/

10. De los Niños en edad escolar (7-12 años)
- a). todos estudian
  - b). Alguno de los menores no estudia.
  - c). no aplica.
11. Número de personas que trabajan y ganan dinero por trabajar: /\_\_/\_/
12. Nivel educativo del jefe del hogar (ultimo año aprobado)\_\_\_\_\_.
13. Con quien convivías en la adolescencia?
- a) Padres y hermanos(funcional)
  - b) Solo uno de los padres u otros familiares(disfuncional)
14. En tu adolescencia has tenido con tus padres relación de dialogo sobre temas cotidianos
- a) Si
  - b) No
- 14.1. Esta relación era de manera permanente
- a) Si
  - b) No
- 14.2. Tomando en cuenta todos los temas que a una muchacha se le puede ocurrir (incluyendo aspectos de sexualidad, planificación familiar, etc.). Consideras la comunicación con tus padres como
- a) buena
  - b) regular
  - c) mala
15. Percibías violencia entre tus padres
- a) si
  - b) no
- 14.1. Haz sido victima de violencia por parte de algún familiar
- a) Si
  - b) No
16. En tu familia (madre o hermana) tienen antecedentes de embarazo en adolescentes.
- a) Si
  - b) No
17. Tienes metas personales para alcanzar a largo plazo y mejorar tu bienestar.
- a) Si
  - b) No

18. Haz tenido alguno de los siguientes hábitos:

- a) fumar
- b) tomar licor
- c) consumo de otras drogas
- d) ninguna.

19. Antes del embarazo:

19.1 Conocías los métodos anticonceptivos

- a) si
- b) no

19.2 Métodos que conocías

- a) ninguno
- b) gestagenos orales
- c) condones
- d) dispositivo intrauterino
- e) inyectables
- f) todos.

19.3 Métodos anticonceptivos que utilizaba

- a) ninguno
- b) gestagenos orales
- c) condones
- d) dispositivo intrauterino
- e) inyectables
- f) todos.

19.4. Tiempo de uso del método anticonceptivo previo al embarazo

- a) menor de 6 meses
- b) 6 meses a 1 año

20. Consideras que el uso del condón puede prevenir infecciones de transmisión sexual

- a) si
- b) no sabe

21. Consideras que las relaciones sexuales a temprana edad constituyen riesgo para el cáncer de cérvix

- a) si
- b) no sabe

22. Donde obtuviste conocimientos sobre sexualidad

- a) padres
- b) escuela
- c) amigos
- d) club de adolescentes
- e) otros.