

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
UNAN – LEÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**Monografía para optar al título de Medicina General y Cirugía**



**Las adolescentes embarazadas de Somoto:  
Sus características y condiciones en que ocurrió el embarazo,  
en el año 2006.**

**Autores:**

- Br. Claudia Elena Bermúdez Mendoza.
- Br. Zayda María Betanco Morales

**Tutores:**

- Dra. Nora Cárdenas de Centeno  
Departamento de Ginecología y Obstetricia
- Dr. Arnoldo Toruño Toruño  
Departamento de salud Pública

**León, Febrero del 2007.**

## **Agradecimiento**

- A Dios nuestro señor, que nos guió con su sabiduría para culminar este laborioso trabajo.
- A nuestros padres por habernos dado la vida y hacer de nosotras personas dignas y exitosas.
- A nuestros esposos por su paciencia y apoyo incondicional que siempre nos han brindado principalmente en nuestros momentos mas difíciles.
- Al Dr. Arnoldo Toruño y Dra. Nora Cárdenas por brindarnos su ayuda al ponernos al alcance todos sus conocimientos para resolver cada una de las dificultades que se nos presento.

## Resumen

Motivadas por el grave problema que representa la elevada frecuencia del embarazo en adolescentes, tanto para el desarrollo del país como para la salud reproductiva e infantil, se realizó un estudio para conocer más a fondo a las adolescentes que se embarazan, y las condiciones en que quedaron embarazadas.

El estudio se basó en una encuesta, dirigida a las adolescentes embarazadas que atiende la clínica de la adolescente, del centro de salud de Somoto. Se procedió a localizar a todas las adolescentes captadas en el periodo de enero a septiembre del año 2006. De 100 adolescentes que se esperaba encontrar, se localizaron y entrevistaron 80.

En general, las adolescentes embarazadas eran de baja escolaridad, solamente la mitad de ellas se crió con ambos progenitores; todas eran económicamente dependientes, aunque algunas trabajaban, cubriendo así parcialmente sus necesidades. Tenían pobre comunicación con sus padres en materia de sexualidad, sobre la cual aprenden principalmente en la escuela, y de los amigos. El 43.7 % eran menores de 17 años.

Aunque actualmente saben de la existencia de métodos anticonceptivos modernos, algunas de ellas no los conocían antes de salir embarazadas, y muestran un deficiente conocimiento sobre la forma de usarlos correctamente. Estas debilidades en los conocimientos de las adolescentes explican parte de los embarazos observados.

Existe problema de accesibilidad cultural al uso de métodos anticonceptivos modernos, pues algunas de las adolescentes no los solicitaron por vergüenza, mientras otras mencionaron restricciones por parte de su marido o compañero.

## INDICE

1. Introducción .....	01
2. Antecedentes.....	03
3. Justificación .....	05
4. Planteamiento del problema.....	06
5. Objetivos.....	07
6. Marco Teórico.....	08
7. Material y Método.....	25
8. Resultado... ..	28
9. Discusión.....	37
10.Conclusiones .....	40
11.Recomendaciones .....	41
12.Bibliografía.....	42
13.Anexos.....	44

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de la vida donde cambios ligados al crecimiento y desarrollo se caracterizan principalmente por la autoformación como la búsqueda de independencia y formación de identidad. Es un proceso cambiante y dinámico. Asume características diferentes en dependencia de las estructuras sociales y culturales de cada sociedad en particular (1). Según la organización mundial de la salud, la adolescencia comprende el grupo etéreo de 10 a 19 años de edad. (2)

Dependiendo de sus condiciones de vida, los y las adolescentes pueden desarrollar estilos de vida diferentes, caracterizados como de bajo riesgo y alto riesgo, los jóvenes que desarrollen un estilo de alto riesgo tienen mayores probabilidades de padecer problemas de gran importancia en la adolescencia: disturbios afectivos y de conducta, disturbio de aprendizaje y abandono escolar, embarazo no deseado representando este último uno de los problemas de salud reproductiva más sentidos en el mundo, donde quince millones de adolescentes dan a luz cada año, correspondiendo una quinta parte de todos los nacimientos. La gran mayoría vive en países en desarrollo (3).

En Latinoamérica las adolescentes menores de quince años tienen setenta mil niños por año. Se considera que las adolescentes no tienen una preparación y maduración psicológica y fisiológica para enfrentar la maternidad. La tasa de fecundidad en adolescentes ha sido la más alta de América latina. El embarazo por lo general no es planeado y ocurre más en los estratos socioeconómicos bajos. El embarazo en este grupo de edad implica mayores riesgos de complicaciones y muertes para las madres y sus hijos; abandono de los estudios, baja preparación laboral y bajos ingresos, menores oportunidades de desarrollo para sus hijos, y mayor fecundidad. (1).

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 el 2001, la que indica una tasa de 139 nacimientos por cada 1000 mujeres. Sin embargo, ambas cifras ubican a Nicaragua como el país de América Latina con más alta tasa de fecundidad adolescente. (4)

En Nicaragua no debemos pasar por desapercibido, el proceso por el cual ha venido pasando nuestro país, las transiciones de gobierno, el sistema de educación todo esto producto del desarrollo socioeconómico y político que afecta directamente a nuestros adolescentes, de tal manera que es urgente plantear acciones desde diferentes ámbitos que promuevan de una manera efectiva su desarrollo humano.

## ANTECEDENTES

Según el Instituto de Estadísticas y Censos señalan a Nicaragua (1999) como el país de América Latina con más alta tasa de adolescentes, atribuyéndoselo al nivel de educación.

La fecundidad en adolescentes sin educación es 6 veces mayor, que las de aquellas con educación superior y 5 veces mayor que cuando no llegan ni al 4to grado de educación primaria.

Trabajo monográfico realizado en el Hospital Carlos Marx en Diciembre de 1993 demuestran que el 45% de las adolescentes son madres solteras y que el 72% de éstas dependen económicamente de su madre y un 48% de las adolescentes encuestadas no tuvieron ninguna información sobre educación sexual.

Managua representa el 28% de embarazadas, con un gran porcentaje de ellas sin educación y con primaria incompleta. Según un diagnóstico de situaciones de la adolescencia en Nicaragua realizado por el Ministerio de Salud en el año 2000 obtuvieron que un 24% de las muertes maternas son adolescentes y que sólo un 10% busca un método de planificación familiar.

Las autoridades de salud del departamento de Rivas, han manifestado su preocupación por el notable incremento de embarazos en adolescentes. En el año 2001 se reportan 515 adolescentes embarazadas, mientras que en el 2002 la cantidad aumentó a 825.

La limitada información que existe en los centros de enseñanza acerca de la educación sexual; en muchos casos, más la inadecuada atención de los padres de familia y los tabúes que todavía existen alrededor de este tema en la

sociedad, podrían ser parte de las causas del porqué se producen embarazos en adolescentes.

El programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia (AIMNA) del SILAIS de Rivas, reporta que el año pasado, del total de adolescentes embarazadas, el 8% tenían entre 10 y 14 años de edad, y el restante 92% tenían entre 15 y 19 años. Los municipios de Rivas, Tola y San Juan del Sur son los que reportan la mayoría de estos casos, por lo que la situación es preocupante para las autoridades de salud, debido a la gran cantidad de problemas que se desencadenan con los embarazos, pues según los especialistas en el tema, afectan tanto la salud física como emocional de este grupo poblacional.

Un estudio en Matagalpa demuestra que 8 de cada 10 adolescentes que ingresa al hospital lo hacen por causas relacionadas a la maternidad, las 3 primeras causas son: parto, aborto, complicaciones del parto y el trabajo de parto. Sólo una de cada 3 embarazadas adolescentes se atiende en hospital o en un centro de salud, 22 de cada 100 muertes maternas ocurren en adolescentes.

En el municipio de Somoto 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 2002 el total de embarazos fue de 925 siendo el 12% (111) adolescentes en el 2003 el total de embarazos fue de 798 siendo el 14% adolescentes (102) para el año 2005 el total de embarazadas fue de 811 para un 17.26% de adolescentes (140), hasta Mayo del 2006 se ingresaron 495 embarazadas de las cuales 74 son adolescentes para un 14.9%. En la unidad de salud del municipio, se cuenta con la clínica del adolescente por lo que tomamos para nuestro estudio el total de las adolescentes embarazadas (5).



## **JUSTIFICACIÓN**

Nicaragua es el país de Latinoamérica que tiene la tasa de fecundidad más elevada. Es sabido que el embarazo en adolescentes tiene graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

En el municipio de Somoto no se ha estudiado el fenómeno del embarazo en adolescentes, a pesar de la elevada frecuencia con que ocurre. No se sabe en qué medida estos embarazos son fruto de una decisión y un deseo en este sentido, o bien si ocurren en contra de su voluntad. Se desconoce también si tuvieron a su disposición los conocimientos y el acceso a los métodos anticonceptivos. Además, hace falta una mejor caracterización de las adolescentes que se embarazan, para poder orientar los esfuerzos para ayudar a que las adolescentes de Somoto ajusten su fecundidad a sus propias aspiraciones y metas para el futuro.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Qué características tienen las adolescentes embarazadas del Municipio de Somoto, y bajo qué condiciones ocurrieron sus embarazos?

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Describir las características de las adolescentes embarazadas del Municipio de Somoto y las condiciones en que ocurrió el embarazo, que ayuden a comprender el fenómeno de la elevada fecundidad en adolescentes, ingresadas en el periodo Enero-Septiembre, año 2006.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Realizar una caracterización socio-económica y reproductiva de las adolescentes embarazadas que asisten al Centro de Salud de la cabecera del Municipio de Somoto
2. Describir las condiciones bajo las cuales ocurrieron los embarazos en estas adolescentes, desde el punto de vista de sus deseos, y de sus conocimientos y uso de los métodos anticonceptivos.

## MARCO TEÓRICO

**Adolescencia:** es un período de transición en el desarrollo del cuerpo y de la personalidad, es la época de la vida que transcurre entre la niñez y la juventud. La OMS define como población adolescente el grupo de 10 a 19 años y los divide en tres etapas:

- ❖ **Adolescencia temprana:** de 10 a 13 años, se caracteriza por un desarrollo físico y crecimiento rápido iniciándose la afirmación de la independencia, surge el pensamiento correcto con cierto grado de esfuerzo.
  
- ❖ **Adolescencia mediana:** de los 14 a 16 años, se distingue por la capacidad para el pensamiento formal preocupación acerca de la explotación sexual y hay separación más formal de los padres.
  
- ❖ **Adolescencia tardía:** de los 17 a 19 años, se caracteriza porque se establece una imagen corporal segura de género.

Las etapas de la adolescencia proporcionan el período necesario para adquirir educación, entrenamiento y las destrezas que requieren para funcionar en la sociedad y aprender actividades importantes. (1)

La evolución de la madurez biológica, psicológica y social se ha ido separando progresivamente con los pasos de los años, en lo biológico se observa claramente un descenso en la edad de la menarquia, lo que le permite a la adolescente ser madre en edades tan tempranas como a los once años.

La madurez psicosocial en cambio, tiende a desplazarse a edades más avanzadas debido al largo proceso de preparación que requiere un adolescente, para llegar a ser autovalente en ambos sentidos. (6)

La adolescencia es una fase decisiva de evolución hacia una mayor independencia psicológica. La sexualidad es uno de los aspectos más importantes para la construcción de la identidad. En esta época de la vida, el ejercicio de la sexualidad implica expectativas, deseos, necesidades personales y también confrontación de los propios valores.

Uno de los principales factores que inciden en el desarrollo de la sexualidad, es que se logra la maduración del aparato genital y se adquiere la capacidad para la reproducción.

El inicio de la actividad sexual sin una orientación adecuada expone a los y las adolescentes a riesgos asociados con su función sexual y capacidad reproductiva tales como experiencias sexuales traumáticas, infecciones de transmisión sexual y embarazos tempranos de altos riesgos.(1)

### **La salud sexual y reproductiva**

Es un estado de total bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades en los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, permite que una persona conozca su cuerpo para poder cuidarlo, ser capaz de tomar decisiones de forma responsable respecto a su sexualidad; también significa vivir la vida sin violencia, tener hijos por elección, prevenir las infecciones de transmisión sexual así como, vivir sin discriminación de ningún tipo, conocer, analizar, valorar, decidir y responsabilizarse de las diferentes situaciones que se les presente. (1)

El adolescente debe saber que está preparado para tener relaciones sexuales, cuando este física y emocionalmente maduro, cuando conozca su

cuerpo y el de su pareja en relación a su función y anatomía, cuando desarrolle una comunicación y un respeto profundo de él mismo y de su pareja, cuando conozca las complicaciones que tiene y sepa como evitarlas.

Un estudio reciente sobre la cultura sexual en Nicaragua (Montenegro 2000), señala que sin mayor diferencia entre hombres y mujeres, el inicio de vida sexual ocurre a los trece años. (7)

## **SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA DE LA ADOLESCENCIA**

Una encuesta sobre salud familiar realizada, por la Asociación Nicaragüense de promoción a la familia (PROFAMILIA), reveló que los adolescentes eran más vulnerables a las enfermedades relacionadas con el proceso reproductivo e infecciones de transmisión sexual.

Debido a la falta de datos, no se puede precisar cual ha sido la tendencia del comportamiento reproductivo de las adolescentes, en lo que a iniciación de actividad sexual se refiere, o si ésta ha asumido cambios con el tiempo. (2).

### **Componentes de la salud integral, incluida la salud sexual y reproductiva en la adolescencia.**

- Prevención de embarazos y abortos en adolescentes
- Control de las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA
- Salud bucal.
- Prevención de la infertilidad.
- Uso de métodos anticonceptivos.
- Atención del embarazo, parto y puerperio.
- Nutrición de las y los adolescentes.

- Nutrición de la adolescente embarazada y que amamanta.
- Prevención de cáncer de mamas, cérvico uterino y de próstata.
- Prevención de la violencia.
- Promoción de la lactancia materna.
- Comunicación con los padres.

## **IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.**

### **Prevención del embarazo.**

Retrasar el inicio de las relaciones sexuales, sustentadas en información, educación y comunicación adecuada y oportuna, además de fomentar valores.

### **Prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA.**

El riesgo de contagio es especialmente grande para las y los adolescentes que comienzan precozmente sus actividades sexuales y en consecuencia, tienen mayores probabilidades de cambiar de compañeros sexuales. El riesgo de contraer una infección de transmisión sexual, es más alto en los adolescentes ya que pueden estar forzados a tener relaciones sexuales o tienen escaso poder para negociar el uso de condones con compañeros sexuales de mayor edad.

### **Prevención de la infertilidad.**

La infertilidad en sí no representa un problema en la adolescencia, su prevención se realiza por medio de acciones dirigidas a evitar las ITS, y los

abortos, ya que ciertas infertilidades tienen su origen en enfermedades o infecciones mal curadas en la etapa de la adolescencia.

### **Uso de métodos anticonceptivos.**

Promover y ampliar el uso de métodos anticonceptivos adecuados a las necesidades de los y las adolescentes. Aún persisten muchas barreras culturales que se oponen al acceso de los servicios anticonceptivos esencialmente en los adolescentes.

La educación sobre salud sexual y reproductiva que reciben las y los adolescentes ayuda a retrasar el inicio de las relaciones sexuales tempranas y no promueve su actividad sexual, por lo tanto, es mejor comentar la educación sexual desde la niñez. (7).

### **Embarazo en la adolescencia**

El embarazo a cualquier edad es un evento bio – psico - social sumamente importante. Impacta negativamente en la adolescencia por varias razones entre las que se pueden mencionar el hecho de no estar preparadas ni biológica, ni psicológica, ni socialmente para la maternidad. (1).

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanza la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas, como son las carencias nutricionales u otras enfermedades y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. (8).

Dependiendo de la edad de la adolescente, de su entorno, de su salud, y de la actitud de su pareja, de su familia en general, será su respuesta frente a



la maternidad. En la mayoría de los casos existe un rechazo inicial de la familia, el novio, la escuela y de la sociedad en general. (1).

Es importante que padres y maestros les enseñen a estas niñas las consecuencias bio - psico - sociales de un embarazo. Estas mamás por ejemplo tienen menores logros académicos, dependen más de sus parejas o de sus padres y cuentan con ingresos económicos más bajos. Además, tienen 30 por ciento más de riesgo de volver a quedar embarazadas en el siguiente año. (8).

El embarazo es más vulnerable a mayor cercanía de la menarquia. Recién después de cinco años de edad ginecológica, la joven alcanza su madurez reproductiva, por esta razón los embarazos que se inician en los primeros cinco años de post - menarquia adquieren especial prioridad por los mayores riesgos maternos y perinatales que conllevan. (6).

Existe una gran relación entre una alta tasa de embarazos y la falta de información si se comparan dos países que presenten niveles similares de actividad sexual en los adolescentes, pero que tengan actitudes contrastantes hacia la educación sexual y diferentes niveles de acceso a los métodos anticonceptivos. (9).

### **Causas del embarazo en la adolescencia**

El número de embarazos en adolescentes obedece a múltiples causas, entre los cuales se mencionan:

- **El impulso sexual:** en la adolescencia el impulso sexual aparece con la influencia de muchos estímulos y no necesariamente eróticos. Los estímulos de tipo erótico producen la aparición de este impulso, para liberar la tensión sexual recurrirá a la

masturbación o a practicar relaciones sexuales con penetración, este último puede conducir a enfrentar diferentes riesgos, entre ellos el embarazo en la adolescencia.

- **La identidad sexual:** el reto a la autoridad y la necesidad de aceptación por el grupo de amigos y amigas son aspectos propios en la adolescencia que pueden causar un embarazo. En el varón la actividad sexual constituye un medio de reafirmación sexual, mientras que en la mujer, puede ser que la maternidad sea un hecho que le da una función en su vida.
- **Modelos de comportamiento negativos:** son las actitudes y valores negativos que se tienen acerca de la sexualidad, por ejemplo: el machismo, la sumisión y la violencia intrafamiliar.
- **El egocentrismo:** las dificultades que tenemos de ponernos en el lugar de otras personas limitan la posibilidad de aprender de la experiencia de otros.
- **Situación de crisis:** es cuando la adolescente consciente o inconscientemente desarrolla el deseo de embarazarse, por ejemplo, en su hogar hay violencia o ha sido rechazada por alguna razón por lo cual desea salir de su casa y la solución que ve es irse con su pareja o la necesidad de sentir que tiene algo propio (su futuro hijo o hija) a lo que se apegas.
- **Desconocimiento:** de cómo funciona el cuerpo y el uso correcto de métodos anticonceptivos.

- **Violaciones:** en los casos que la adolescente resulta embarazada por violación, la complejidad de la situación aumenta, debe enfrentar el embarazo no deseado, es objeto de doble rechazo social: uno por embarazarse soltera y otro porque se considera que permitió el ataque.
- **Antecedentes personales:** abandono escolar, baja autoestima, poca confianza, falta de actitud preventiva, inicio de menstruación a temprana edad, inicio de relaciones sexuales en la adolescencia, conducta antisocial, abuso de sustancias, bajo nivel educativo y haber sido víctima de violencia.
- **Antecedentes familiares:** familia tensa y en conflicto, familia en crisis o con una persona alcohólica o que utiliza droga, pérdida de un familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, madre aislada y emocionalmente poco accesible y padre ausente.
- **Antecedentes sociales o culturales:** condición económica desfavorable, vivir en área rural, 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 de comunicación, un ambiente de extrema pobreza.

**Riesgos del embarazo en la adolescencia:** entre estos se encuentran los

- **Riesgos biológicos:**
  - ✓ Menor de 18 años.
  - ✓ Tener una altura de 1.5 metros.

- ✓ Pesar menos de 88 libras o más de 176 libras antes del embarazo.
- ✓ Pelvis pequeña.
- ✓ Parto prematuro.
- ✓ Anemia.
- ✓ Parto prolongado.
- ✓ Abortos provocados.
- ✓ Hemorragias.
- ✓ Muerte materna.
- **Riesgos psicológicos:**
  - ✓ Dado que es una etapa que esta afianzando su identidad, no esta preparada para asumir la maternidad.
  - ✓ Rechazo familiar y social que tienen que enfrentar por su embarazo.
  - ✓ Matrimonio forzado y apresurado.
  - ✓ Posibilidad de continuos cambios de parejas, esto da como efecto que tengan uno o varios hijos de diferentes parejas.
  - ✓ La adolescente experimenta sentimientos de culpa y vergüenza en cuanto a la reacción de su pareja, sus padres y sus amistades.
  - ✓ Suicidios.
- **Riesgos sociales:**
  - ✓ El abandono escolar.
  - ✓ Falta de recursos económicos que las induce al consumo de alcohol y drogas, prostitución y maltrato de hijos.
- **Riesgos para el hijo:**
  - ✓ Peso bajo al nacer.

- ✓ Nacimiento prematuro.
- ✓ Muerte fetal.
- ✓ Lactancia materna con duración de las madres adultas (1).

### **Pautas para prevenir embarazos en adolescentes.**

Etapas de prevención del embarazo en adolescentes.

- ❖ I Etapa: postergar el inicio de la vida sexual activa, hasta después de los 20 años.
- ❖ II Etapa: retrasar el primer embarazo si ya inicio las relaciones sexuales.
- ❖ III Etapa: prolongar el período intergenésico por más de 18 meses si ya presentó su primer embarazo. (1)

La sexualidad en los adolescentes y los embarazos no deseados es un tema espinoso donde se mezclan las creencias religiosas, las morales y la dificultad que para los padres supone hablar del tema con sus hijos. Este artículo no pretende hacer cambiar de idea a nadie, simplemente intenta mover a la reflexión para que cada uno actúe como considere oportuno.

El número de embarazos no deseados entre chicas adolescentes se ha disparado en los últimos años. Las estadísticas dicen que cada año en España se quedan embarazadas 18.000 jóvenes menores de 19 años. Aunque hoy en día los jóvenes tienen mucha más información que antes sobre los métodos anticonceptivos, el 80% de ellos reconocen tener relaciones sexuales sin haberlos utilizado jamás. Este dato no sólo es preocupante por la posibilidad de que una persona se quede embarazada cuando todavía está prácticamente diciendo adiós a su niñez, sino también porque muchos de ellos se contagiarán de enfermedades como la hepatitis y el SIDA.

Según adolescentes encuestados, entre las causas responsables de que cada vez con menos años se tenga la primera relación sexual y que ocurran los embarazos están:

- Prisa y **curiosidad por conocer el sexo**, muchas veces impulsados por los amigos o compañeros de su entorno.
- La creencia firme e inconsciente de **“a mí no me pasará”**.
- **Vergüenza** de hablar con los padres del tema, ya que siempre ha sido un tema tabú en casa.
- **El enfoque demasiado científico** que se da del tema en los colegios en las clases de sexualidad.
- **La poca información real y sincera** que disponen en cuanto a la relación del sexo y los sentimientos. Cuando un adolescente se enamora, una cosa puede llevar a la otra sin darse cuenta y sin estar preparados para cuando ocurra.

Existe la preocupación de muchos padres de que el gran problema está en que hoy en día se da demasiada información y demasiado pronto a los niños sobre sexualidad y que precisamente esto les induce a tener relaciones sexuales antes de lo que debieran.

La verdad es que los jóvenes y niños de hoy reciben múltiples estímulos exteriores que los padres no controlan, estos estímulos les crean preguntas y dudas y si éstas no encuentran respuesta en su entorno más inmediato, su casa, se convierten en una gran curiosidad que puede llevar a conductas de riesgo.

Está comprobado que los adolescentes que han recibido una información sincera por parte de sus padres sobre la sexualidad, son los que más armas tienen para empezar las relaciones sexuales en el momento que ellos decidan, sin dejarse presionar por el entorno o los amigos. Con ello, se

deduce que a los hijos hay que enseñarles a decir no en todas las facetas de la vida, para cuando llegue el momento de explicarles las relaciones sexuales también podamos hacerles entender que deben decir no hasta que ellos no quieran. Y seguidamente explicarles largo y tendido que cuando llegue ese momento, momento que a los padres siempre nos va a parecer demasiado pronto, deben poner medios para no contagiarse de una enfermedad mortal o para no provocar un embarazo.

**Los padres deben analizar temas de sexualidad desde una edad temprana** con sus hijos, fomentar actitudes saludables y ser “abordables” para cuando los niños quieran hablar del tema. Hay que fomentar el respeto a sí mismo y a los demás y explicarles claramente que un mal uso del sexo puede provocarles mucho daño interior. Así, los padres deben hacerles entender la relación del amor y el sexo, para que los chicos no se sorprendan cuando sientan una atracción nueva y excitante, cuando se enamoren y sepan qué quieren hacer conscientemente.

Por último un dato para reflexionar. Una encuesta revela que a las chicas les preocupa y angustia más al tener que llegar a casa y decir que se han quedado embarazadas, no el hecho de estarlo, con todo lo que conlleva para resto de su vida, sino el hecho de que sus padres sepan que han tenido relaciones sexuales.

Es imposible que un hijo nos cuente que ha empezado a tener relaciones sexuales y que nosotros podamos indicarle como no correr riesgos, si nunca en casa se ha nombrado antes el tema.

La información exacta sobre la prevención de un embarazo es un elemento indispensable en la educación sexual, ya que resultados en América Latina y el Caribe muestran que los y las adolescentes no usan

anticonceptivos por no tener una buena información sobre la anticoncepción y la posibilidad de un embarazo. (10).

### **Escogencia del método anticonceptivo.**

Para recomendar la selección del método anticonceptiva más seguro se deben de tomar en cuenta las características propias de cada adolescente.

#### **Grupo 1: adolescente varón o mujer sin antecedentes de vida sexual activa.**

En adolescentes mujeres:

- Primera opción: píldoras que contengan sólo progestágenos.
- Segunda opción: píldoras combinadas con bajo contenido en estrógeno.

En adolescentes varones:

- Métodos de barrera.

#### **Grupo 2: adolescentes con inicio de vida sexual activa.**

Adolescente mujer sin hijos:

- Primera opción: píldoras que contienen sólo progestágenos.
- Segunda opción: píldoras combinadas con contenido bajo en estrógeno.

Adolescentes con antecedente de aborto o un parto con hijo fallecido.

- Primera opción: píldoras que contengan sólo progestágenos.
- Segunda opción: píldoras combinadas con contenido bajo en estrógeno.
- Tercera opción: inyectables mensuales.
- Cuarta opción: insertar DIU post-aborto sino tiene contraindicación.



Adolescente varón sin hijo.

- Primera opción: método de barrera.
- Reforzar con métodos naturales.

Adolescente mujer con hijo vivo:

- Período puerperal:
  - ✓ Poner especial énfasis en la anticoncepción post-parto, post-aborto y transcesárea.
  - ✓ Recomendar la lactancia.
- Período inter-genésico.
  - ✓ Iguales criterios de selección que para la mujer adulta.

Adolescente varón con hijos:

- Primera opción: método de barrera

### **Anticoncepción de emergencia**

- Son anticonceptivos orales que se toman antes de que transcurran 72 horas a partir del momento de la relación sexual sin protección a fin de prevenir un embarazo.

## Métodos anticonceptivos

MÉTODO	ACCIÓN	USO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Abstinencia.	No tener relaciones sexuales con coito	Es una práctica sexual que los adolescentes adoptan voluntariamente cuando no desean tener relaciones sexuales. Es una decisión individual que responde al derecho propio de las personas	Continuar con proyecto de vida, evitar embarazo e ITS.	No se conocen
El ritmo	Los contactos sexuales deben ser en los días infértiles, de acuerdo al ciclo menstruación.		No tiene costo, no causa complicaciones médicas.	Poco efectivo, fácilmente, puede haber error de días, no protege contra ITS y VIH SIDA. No se recomienda en adolescentes porque sus relaciones no son planeadas.

<b>MÉTODO</b>	<b>ACCIÓN</b>	<b>USO</b>	<b>VENTAJAS</b>	<b>DESVENTAJAS</b>
Coito interrumpido	Interrupción del coito antes del esperma se deposite en la vagina.		No requiere preparación previa, método disponible a voluntad, no tiene costo.	No es confiable, exige control emocional, interfiere psicológicamente en el acto sexual.
Condón	Retiene líquido seminal eyaculado, evita el contacto del pene con la vagina.	Se desenrolla sobre el pene en erección, colocándose poco antes de la eyaculación, no se debe de usar más de una vez, ni después de la fecha de expiración.	Previene el embarazo, las ITS, no requiere receta médica, no causa complicaciones de tipo médico.	Puede romperse sino se usa con cuidado y en forma correcta, puede haber sensibilidad o alergia.

<b>MÉTODO</b>	<b>ACCIÓN</b>	<b>USO</b>	<b>VENTAJAS</b>	<b>DESVENTAJAS</b>
Inyección	Actúa igual que la píldora.	Evaluación médica, las adolescentes sólo deben de usar la inyección mensual ya que contiene menos hormonas, la primera inyección se pone 5 días después de iniciada la menstruación, la siguiente se aplica 30 días después, sino se cumple la protección disminuye.	Igual que para la píldora	Igual que para píldora

<b>MÉTODO</b>	<b>ACCIÓN</b>	<b>USO</b>	<b>VENTAJAS</b>	<b>DESVENTAJAS</b>
La píldora	Suprime la ovulación y modifica el moco cervical.	Debe ser indicada por un médico, o enfermera, se debe de tomar todos los días independientemente e si se tienen relaciones sexuales o no. Relacione la ingesta con una actividad diaria y a la misma hora.	Protege bien contra el embarazo, no requiere preparativos especiales antes del contacto sexual, puede regular la menstruación , no causa esterilidad	Hay que tomarla todos los días, puede causar sangrado ínter menstrual, cefalea, vómitos, aumento de peso, dolor en las mamas, no protege contra ITS, VIH-SIDA.
Dispositivo intrauterino	Evita el embarazo, impidiendo la unión del esperma con el óvulo.	Se coloca dentro del útero, en los primeros días de la menstruación.	Se coloca una sola vez y dura varios años (de 8 a 9 años). Buena protección contra el embarazo, no causa esterilidad.	No se recomienda a mujeres que no tienen hijos, causa dolores menstruales, puede causar infección en mujeres que tienen más de una pareja.

(1).

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Tipo de estudio:**

Es un estudio descriptivo de corte transversal, basado en una encuesta.

### **Población de estudio:**

La población de estudio son las adolescentes embarazadas, residentes en el Municipio de Somoto, que acuden a control prenatal en la clínica del adolescente del Centro de Salud del Municipio de Somoto.

### **Muestra**

Se tomo como muestra el universo de la población en estudio, por tanto todas las adolescentes que demandaron atención o que estaban bajo control prenatal en el centro de salud de Somoto, Enero-Septiembre, año 2006.

### **Método de recolección de datos:**

La recolección de la información se realizará mediante una entrevista a la adolescente, con previo consentimiento y explicando los objetivos del estudio. Se lleno la ficha diariamente por las investigadoras, en la clínica del adolescente, lugar de labores de las mismas

### **Área de estudio:**

El estudio se desarrolla en el Centro de Salud Jairo Bismark Moncada, que es el único en la ciudad de Somoto, cabecera del municipio del mismo nombre y del Departamento de Madriz, situado en el Norte de la región montañosa de Nicaragua. El Municipio de Somoto cuenta con una superficie de 474 km<sup>2</sup> y 34,662 habitantes, distribuidos en 63 comunidades rurales, la mayor parte fronterizas con la Republica de Honduras, y 20 sectores urbanos. Su principal

actividad económica es el cultivo de granos básicos, maíz y frijoles, además de la crianza de ganado porcino y gallinas.

**Instrumento de recolección de datos:**

El instrumento es un formulario de creación propia bajo supervisión del tutor, compuesto de preguntas abiertas y cerradas, las cuales presentan contenido de tipo o-social, económico, reproductivo y conocimiento de planificación familiar. Para lograr la comprensión de las preguntas hechas a las adolescentes el instrumento ha sido sometido a prueba piloto por las investigadoras, aplicándolo a una población similar (a un total de 50 adolescentes en el mes de Julio/06) a nuestro estudio y de esta forma realizamos los ajustes necesarios antes de su aplicación

**Procesamiento y análisis de la información:**

El procesamiento de los datos estadísticos se realizará a través de Epi-info. 2000. Se calcularán principalmente distribuciones porcentuales, que serán presentadas en tablas y gráficos.

## Variables

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Indicadores</b>
Características Sociales	Es un conjunto de cualidades particulares presente en los individuos de cada sociedad	Entrevista
Características Económicas	Es un conjunto de propiedades o aspectos relacionados con el ingreso económico	Entrevista
Características Reproductivas	Es un conjunto de propiedades y cualidades o aspectos relacionados al crecimiento del sistema reproductivo.	Entrevista
Condiciones bajo las cuales ocurrió el embarazo	Es un conjunto de circunstancias determinantes en la ocurrencia de los embarazos	Entrevista
Conocimiento de planificación Familiar	El dominio de la información básica sobre métodos de planificación Familiar	Se evaluó mediante una guía de pregunta de conocimiento.



## RESULTADOS

### A. Descripción de las adolescentes estudiadas

Más de la mitad de las adolescentes estaban en la adolescencia tardía, e igualmente más de la mitad procedía del área urbana. Predominaron las que tenían escolaridad primaria, y sólo 12.5% de ellas tenía un trabajo asalariado (tabla 1).

**Tabla 1: Distribución de las adolescentes, según edad, procedencia, escolaridad y disponibilidad de un trabajo asalariado. Somoto, 2006.**

Características	Número	Porcentaje
<b>Edad</b>		
10 – 13	1	1.2
14 – 16	34	42.5
17 – 19	45	56.2
<b>Procedencia</b>		
Urbana	45	56.2
Rural	35	43.8
<b>Escolaridad</b>		
Ninguna	2	2.5
Primaria	42	52.5
Secundaria o superior	36	45.0
<b>Trabajo asalariado</b>		
Si	10	12.5
No	70	87.5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>

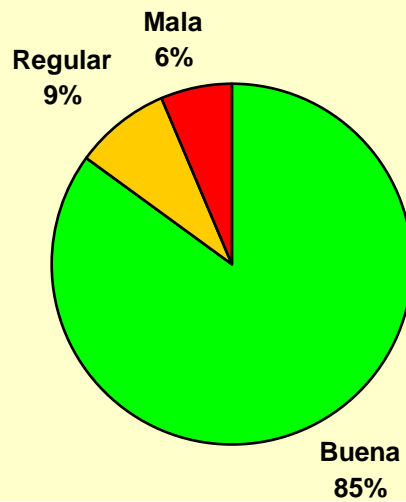
Las 10 adolescentes que trabajan tienen un salario mensual promedio de C\$700. Sólo tres de ellas ganan más de C\$ 1,000 al mes. Todas las adolescentes recibían ayuda económica, de una o más personas: el 85% de parte de su pareja, 22% de parte de sus padres, y 8.7% de parte de otros familiares.

Un 15% de las adolescentes estaban estudiando, otro 15% dejaron de estudiar al salir embarazadas, y 70% no estaban estudiando desde antes de salir embarazadas.

El 81.3% de ellas se criaron con sus madres, el 53.8% con el padre, el 16.2% tuvo la compañía de los abuelos, y 17.5%, la de otros familiares.

En promedio, el número de habitantes en la vivienda de las adolescentes era de 6; el 53.8% cohabitaban con 6 a 10 personas. En cada hogar, generalmente trabajaban devengando salario sólo 1 a 2 personas.

**Gr. 1: Distribución porcentual de las adolescentes, según su relación con sus padres. Somoto, 2006**



La mayoría de las adolescentes reportó tener buenas relaciones con sus padres, como puede verse en el gráfico 1.

**Tabla 2: Porcentaje de adolescentes que mencionaron determinadas aspiraciones en sus vidas. Somoto, 2006.**

Aspiraciones	Número	Porcentaje
Tener una carrera	38	47.5
Cuidar a su hijo	37	46.3
Obtener un buen trabajo	30	37.5
Consolidar su propia familia	10	12.5

Nota: algunas expresaron más de una aspiración

La principal aspiración de las adolescentes es tener una carrera, como puede verse en la tabla 2.

## B. Conocimientos de las adolescentes.

**Tabla 3. Porcentaje de adolescentes que habían oído hablar de determinados métodos de planificación familiar. Somoto, 2006.**

Métodos	Número	Porcentaje
Condón	73	91.3
Pastillas	63	78.8
Inyecciones	58	72.5
DIU	26	32.5
Esterilización femenina	24	30.0
Esterilización masculina	7	8.7
Ritmo	4	5.0
Coitos interruptus	3	3.8

Nota: Cada adolescente podía reconocer más de un método.

Todas las adolescentes han oído hablar de algún método anticonceptivo. Los más conocidos fueron el condón, las pastillas y las inyecciones (tabla 3).

**Tabla 4. Porcentaje de adolescentes que tenían el conocimiento adecuado sobre determinados aspectos del uso de los métodos de planificación. Somoto, 2006.**

Aspectos conocidos	Porcentaje (n=80)
Momento adecuado para iniciar a tomar las pastillas	16.2
Alternativa al olvido de una píldora	25.0
Período fértil en le ciclo menstrual	18.7

Una minoría de las adolescentes conocía el momento adecuado para comenzar a tomar las pastillas anticonceptivas, lo que debe de hacerse cuando se produjo un olvido en su toma, y el momento de mayor fertilidad del ciclo menstrual, como puede verse en la tabla 4.

**Tabla 5. Porcentaje de las fuentes donde las adolescentes obtuvieron la información.**

Fuentes de información	Porcentaje (n=80)
Escuela	43.0
Amigos	41.2
Unidad de salud	30.0
Padres	22.5
Otros	20.0

Nota. Algunas de las adolescentes mencionaban más de una fuente de información

#### Fuentes de información

Las adolescentes obtuvieron información sobre métodos de planificación familiar principalmente a partir de la escuela y de sus amigos(as), como puede verse en la tabla 5.

### C. SEXUALIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La menarquia de las adolescentes estudiadas ocurrió en promedio a los 13 años.

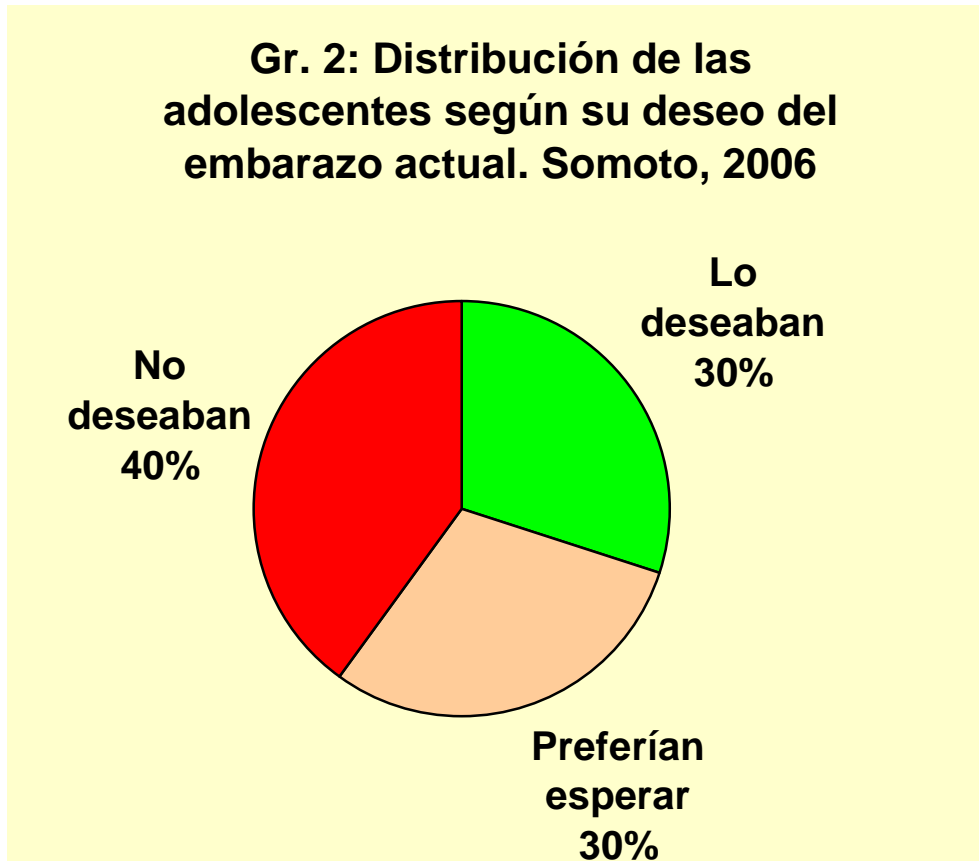
Un 88.8% de las adolescentes reportaron encontrarse casadas o en unión estable. La mayoría comenzaron sus relaciones sexuales a una edad comprendida entre los 14 y los 16 años, como puede verse en la tabla 6:

**Tabla 6. Distribución porcentual de las adolescentes, según su edad de inicio de las relaciones sexuales. Somoto, 2006.**

Edad	Porcentaje (n=80)
10 - 13	5.0
14 - 16	66.2
17 - 19	28.8
<b>Total</b>	<b>100.0</b>

Todas las relaciones sexuales con las que los adolescentes salieron embarazadas fueron por su gusto o propia decisión. Más de la mitad de ellas recomiendan iniciar vida sexual y tener su primer hijo después de los 20 años.

## Deseo del embarazo actual



Una minoría de las adolescentes deseaba salir con el embarazo actual. El resto no deseaba el embarazo, o hubiera preferido tenerlo más adelante (gráfico 2).

Un 13.8% de las adolescentes estaban usando un método anticonceptivo cuando salieron embarazadas. En todos los casos se trató de la píldora.



**Tabla 7. Porcentaje de las adolescentes que no deseaban salir embarazadas, que mencionaron determinadas razones para no haber usado métodos anticonceptivos. Somoto, 2006.**

Razones	Porcentaje (n=56)
Vergüenza de solicitarlos	51.8
Temor a que sus padres las descubrieran	23.2
Desconocimiento de la forma de uso	23.2
Marido o compañero se oponía	12.5
Temor a los malestares	12.5
Temor a efectos secundarios	10.7

#### Razones para no usar métodos anticonceptivos

Entre las 56 adolescentes que no querían salir embarazadas, o que hubieran preferido esperar para más adelante, la principal razón para no haber utilizado ningún método anticonceptivo fue la vergüenza de ir a solicitarlo, seguido del temor a que sus padres las descubrieran, y el desconocimiento de cómo usarlos (tabla 7)

## DISCUSIÓN

### **Caracterización sociodemográfica de las adolescentes embarazadas.**

Buena parte de las adolescentes embarazadas, un 43.7%, todavía no habían cumplido 17 años, y una de ellas tenía apenas 12 años. Esta conlleva elevados riesgos de morbilidad y mortalidad para ellas y para sus hijos, pues es sabido que tales riesgos aumentan a medida que la edad es menor.

La proporción de adolescentes que proceden del área urbana (56%) es un poco mayor de lo que se puede esperar en base a la distribución espacial de la población del Municipio de Somoto, de la cual el 46% vive en esta área. Las diferencias en accesibilidad geográfica hacia las unidades de salud explicarían el predominio observado de las adolescentes de la ciudad, entre las asistentes al centro de salud.

El hecho de todas las adolescentes eran económicamente dependientes facilita que presenten actitudes de sometimiento a sus maridos o compañeros, lo que no pocas veces tendrá consecuencias adversas para ellas, entre las que se incluye la denegación del uso de métodos anticonceptivos, y anulación de algunas de sus aspiraciones.

El bajo nivel educativo de las adolescentes – más de la mitad tiene nivel primario de escolaridad, y un 2.5% no ha ido en absoluto a la escuela – favorece la ocurrencia de embarazos a esta edad. En efecto, se sabe que hay una relación inversa entre el nivel de educación y la fecundidad. La fecundidad en adolescentes sin educación es 6 veces mayor, que las de aquellas con educación superior y 5 veces mayor cuando no llegan ni a cuarto grado de primaria (5). Agregado a lo anterior, al carecer de educación adecuada, es

probable que la madre adolescente no posea las habilidades que necesita para conseguir un trabajo y conservarlo.

Sólo la mitad de las adolescentes embarazadas se criaron tanto con su padre como con su madre, pero algo positivo es que la mayor parte de ellas reportaron mantener buenas relaciones con ambos. Sin embargo, la comunicación en aspectos relacionados a la fecundidad no fue adecuada. En realidad, se conoce que la sexualidad es un tema tabú en muchas familias nicaragüenses (11). Seguramente esta deficiente comunicación influye sobre la probabilidad de embarazos precoces, pues se ha comprobado que la educación sexual y reproductiva ayuda a retrasar el inicio de relaciones sexuales y embarazos no planeados (7).

### **Condiciones bajo las cuales ocurrieron los embarazos**

El promedio de la menarquia de estas adolescentes, 13 años, coincide con las cifras señaladas por la literatura, que también menciona que ha disminuido con relación a épocas anteriores, lo que expone a las mujeres al riesgo de relaciones sexuales y embarazos más tempranos; si no se usan métodos anticonceptivos.

La mayoría de las adolescentes embarazadas comenzaron temprano sus relaciones sexuales, como promedio a los 15.8 años, lo que significa 2 años menos que la mediana nacional, que es de 17.9 años (ENDESA 2001).

Aunque todas las adolescentes han oído hablar de algún método anticonceptivo moderno, manejan un reducido número de opciones y tienen deficientes conocimientos sobre la forma correcta de utilizarlos. Estos deficientes conocimientos influyeron para que algunas de estas jóvenes no

hallan usado métodos anticonceptivos o para que los usaran de manera inadecuada. En el caso de las píldoras anticonceptivas, por ejemplo había deficiente conocimiento sobre el momento apropiado para comenzar a tomarlas, y sobre la conducta adecuada cuando se han olvidado tomarla el día anterior. El resultado ha sido el embarazo de alguna de las adolescentes estudiadas. De hecho el 13 % de los embarazos en el grupo estudiado fue por falla del método, en este caso las píldoras.

El presente estudio ratifica información de un estudio anterior, de que algunas de las adolescentes no usan ningún método anticonceptivo moderno por la vergüenza de ir a solicitarlo (11). También identifica el problema que significa para algunas mujeres la oposición de los maridos o compañeros al uso de métodos anticonceptivos.

## CONCLUSIONES

En general, las adolescentes embarazadas que acuden a la Clínica del Adolescente, adscrita al centro de salud de Somoto, son de baja escolaridad, la mitad solamente se crió con ambos progenitores; todas eran económicamente dependientes, aunque algunas trabajaban, cubriendo así parcialmente sus necesidades. Tenían pobre comunicación con sus padres en materia de sexualidad, sobre la cual aprenden principalmente en la escuela y de los amigos. El 43.7% eran menores de 17 años.

Aunque en la actualidad la mayoría de ellas saben de la existencia de métodos anticonceptivos modernos, algunas de ellas no los conocían antes de salir embarazadas, y muestran un deficiente conocimiento sobre la forma de usarlos correctamente. Estas debilidades en los conocimientos de las adolescentes explican parte de los embarazos observados.

Existe problema de accesibilidad cultural al uso de métodos anticonceptivos modernos, pues algunas de las adolescentes no los solicitaron por vergüenza, mientras otras mencionaron restricciones por parte de sus maridos o compañeros. Encontramos que la mayoría de las adolescentes no deseaban su embarazo actual, aceptándolo inconscientemente al no poder tomar una decisión propia.

## **RECOMENDACIONES**

En Somoto es urgente conseguir que las y los adolescentes estén adecuadamente informados sobre sexualidad y, particularmente, sobre los métodos de planificación familiar. Hay que lograr que tengan una visión más completa de las opciones disponibles y, de manera muy importante, que conozcan la forma de usar correctamente los métodos. Es necesario encontrar la forma de que los padres estén más capacitados y motivados para establecer comunicación con sus hijas e hijos, en relación a estos temas. En general, debe de haber un esfuerzo de toda la sociedad, incluyendo de manera muy especial al sistema educativo.

Otro gran reto es encontrar procedimientos para facilitar el acceso de las y los adolescentes a los métodos anticonceptivos, de manera de soslayar la vergüenza que frena a las muchachas para solicitarlos. Al respecto, hay que revisar el papel que puede jugar la Clínica de Adolescentes.

Es preciso seguir luchando por eliminar el atraso social y económico en que se desenvuelve la población, en el entendido de que existe un círculo vicioso entre fecundidad de las adolescentes y pobreza.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud y OPS. Manual de procedimientos para atención integral a los y las adolescentes. Ministerio de Salud, Managua, Nicaragua, Octubre 2004.
2. Ministerio de Salud (MINSA). Programa atención integral a la adolescencia. "Salud sexual y reproductiva". Capitulo VII Pág. 140-169. Managua, Nicaragua. Año: 1996
3. FNUAP-MINSA. Manual de consejería para adolescentes: I parte Pág. 28. Managua, Nicaragua. Noviembre 2003.
4. Nicaragua. Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos (INEC). Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDESA 2001.
5. Centro de Salud Somoto. Clínica del adolescente. Datos Estadísticos de adolescentes embarazadas. Archivos 2003 al 2006. .
6. Peláez, Mendoza Jorge. Adolescentes embarazadas: características y riesgos. 30 octubre 1996 (en línea) (13 de Junio 2006) URL disponible: [www.bsv.sld.cu/revistas/gin/vol23-1-97/gin03197.htm](http://www.bsv.sld.cu/revistas/gin/vol23-1-97/gin03197.htm)
7. Ministerio de Salud (MINSA) Preparándome para el futuro, manual de capacitación para promotores adolescentes. Capitulo V Salud sexual y reproductiva. Editorial: Matie Stopes. Internacional. Primera edición. Managua, Nicaragua Año: 2003.

8. Salazar, Santos Germán. Adolescentes embarazadas presentan mayores riesgos de salud y sociales que mujeres adultos. (en línea), 5 agosto 2005 (13 Junio 2006) URL disponible:  
[http://www.eltiempo.terra.com.co/salu/notisalud/Articulo-WEB-NOTA Interior-2961485.html](http://www.eltiempo.terra.com.co/salu/notisalud/Articulo-WEB-NOTA%20Interior-2961485.html)
9. WALKERT, RICHARD PhD. Educación sexual. – BSC –. Volumen I Embarazo en adolescentes. Páginas 60-64. Editorial: Educar Año 2000.
10. Gutiérrez, Saira et al. Factores predisponentes en el embarazo en adolescentes en el Hospital Carlos Marx. Tesis Monográfica. Año 1993. Pág. 23,25. Managua Nicaragua
11. Almendárez Tania. **El embarazo en adolescentes desde la perspectiva de los jóvenes**. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León. 1996.



**ANEXOS**

## ENTREVISTA

### Tema: Las adolescentes embarazadas de Somoto: sus características y condiciones en que ocurrió el embarazo.

Estimada (nombre de la adolescente): Estamos realizando un estudio para comprender mejor la situación de las adolescentes que se embarazan, y sobre las condiciones en que quedaron embarazadas. ¿Quiere platicar con nosotros sobre su situación, en el entendido de que lo que platiquemos es confidencial, y que su nombre no aparecerá por ninguna parte?

#### I. Características socioeconómicas

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene? \_\_\_\_ años
2. ¿Vive aquí en la ciudad o en una comunidad rural?  
Ciudad \_\_\_\_ (1) Comunidad rural \_\_\_\_ (2)
3. ¿Está estudiando en la actualidad? Sí \_\_\_\_ (1) No \_\_\_\_ (2)
4. ¿Ha ido a la escuela? *Si contesta que no, marcar 0 en la casilla correspondiente* ¿Cuál fue el último grado o año que aprobó?

No fue a la escuela		
Primaria	1	
Secundaria o técnica	2	
Universitaria	3	

5. (Pregunta sólo para las que han ido a la escuela) ¿Le ocurrió que tuvo que dejar de estudiar por el embarazo? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_
6. ¿Con quién se ha criado?  
Mamá: Sí \_\_\_\_ (1) No \_\_\_\_ (2)  
Papá: Sí \_\_\_\_ (1) No \_\_\_\_ (2)  
Abuelos: Sí \_\_\_\_ (1) No \_\_\_\_ (2)  
Otro familiar: Sí \_\_\_\_ (1) No \_\_\_\_ (2)
7. ¿Cuántos personas viven en su casa? \_\_\_\_
8. ¿Cómo era la relación con sus padres antes que quedara embarazada?  
Buena \_\_\_\_ (1)  
Regular \_\_\_\_ (2)  
Mala \_\_\_\_ (3)

9. ¿Está usted... (leer opciones)...?
- Casada \_\_\_\_\_ (1)  
 Acompañada \_\_\_\_\_ (2)  
 Divorciada o separada \_\_\_\_\_ (3)  
 Viuda \_\_\_\_\_ (4)  
 Soltera \_\_\_\_\_ (5)
10. ¿Trabaja devengando un salario?  
 Sí \_\_\_\_\_ (1)  
 No \_\_\_\_\_ (2) → P. 8
11. ¿Cuánto gana al mes? C\$\_\_\_\_\_
12. ¿Recibe ayuda para su manutención?  
 Sí \_\_\_\_\_ (1)  
 No \_\_\_\_\_ (2) → P. 10
13. ¿De parte de quién recibe ayuda?
- De sus padres: Sí\_\_ (1) No\_\_ (2)  
 De su marido o compañero: Sí\_\_ (1) No\_\_ (2)  
 De otro familiar: Sí\_\_ (1) No\_\_ (2)
14. ¿Cuántas personas en su casa trabajan ganando dinero? \_\_\_\_\_

## II. Conocimientos y sexualidad.

15. ¿De cuáles de los siguientes métodos de planificación ha oído hablar?

Métodos	Sí(1)	No(2)
Pastillas		
Inyecciones		
Condomes o preservativos		
DIU o aparato		
Operación de la mujer		
Operación del hombre		
Ritmo, collar		
El se retira antes de terminar		

16. Una mujer que quiere planificar con pastillas ¿a los cuántos días de iniciada la regla debe de comenzar a tomarlas?  
 \_\_\_\_\_ días No sabe \_\_\_\_\_(99)

17. Si a una mujer se le olvida un día tomar una pastilla, ¿qué debe de hacer?

Tomarse la pastilla cuando lo recuerde y continuar la siguiente a la hora de

- siempre. \_\_\_\_\_ (1)
- Tomarse dos pastillas en el horario de siempre. \_\_\_\_\_ (2)
- Tomarse la pastilla del día a la hora acostumbrada \_\_\_\_\_ (3)
- No sabe \_\_\_\_\_ (4)

18. ¿En qué momento del ciclo menstrual es más probable que ocurra un embarazo?

- Al finalizar la regla \_\_\_\_\_ (1)
- A la mitad entre una regla y otra \_\_\_\_\_ (2)
- Cuando ya va a venir la regla \_\_\_\_\_ (3)
- Cuando anda con la regla \_\_\_\_\_ (4)
- No sabe \_\_\_\_\_ (5)

19. ¿Por medio de quién ha obtenido la información?

- Escuela \_\_\_\_\_ (1)
- Por sus padres \_\_\_\_\_ (2)
- Sus amigos \_\_\_\_\_ (3)
- Unidad de salud \_\_\_\_\_ (4)
- Otros \_\_\_\_\_ (5)

20. ¿A qué edad le vino su primera menstruación? \_\_\_\_\_ años

21. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? \_\_\_\_\_ años

22. ¿Le hablaron sus padres alguna vez sobre las consecuencias de iniciar las relaciones sexuales a temprana edad?

Sí \_\_\_\_\_ (1) No \_\_\_\_\_ (2)

23. A una hermanita ¿a qué edad le recomendaría esperarse para tener su primera relación sexual? \_\_\_\_\_ años

24. A una hermanita, ¿a qué edad le recomendaría esperarse para tener su primer hijo? \_\_\_\_\_ años

25. ¿Quería usted salir con este embarazo, hubiera preferido tenerlo más adelante, o no quería salir embarazada?

- Quería el embarazo \_\_\_\_\_ (1)
- Hubiera preferido más adelante \_\_\_\_\_ (2)
- No quería salir embarazada \_\_\_\_\_ (3)

26. ¿La relación sexual con la que usted salió embarazada fue por su gusto o fue forzada? Por su gusto \_\_\_ (1) Forzada \_\_\_ (2)

27. ¿Cuándo salió con este embarazo, estaba utilizando usted o su marido o compañero algún método para evitar un embarazo?

Sí \_\_\_ (1)

No \_\_\_ (2) → P. 29

28. ¿Cuál método estaba utilizando?

Pastillas \_\_\_ (1) Condones \_\_\_ (2) Ritmo, collar \_\_\_ (3)

Inyecciones \_\_\_ (4) Otro \_\_\_ (5) Especificar:

\_\_\_\_\_

29. ¿Por qué razones no estaba usando ningún método anticonceptivo, si usted no quería salir embarazada? (Espere respuesta espontánea)

Razones	Sí(1)	No(2)
No conocía sobre métodos anticonceptivos		
Le daba vergüenza ir a solicitarlos		
Su pareja se oponía		
Temor a los malestares que provocan		
Temor a que sus padres descubrieran su uso		
Temor a efectos secundarios		

Otras:

30. ¿Cuáles son sus aspiraciones para el futuro?

Tener una carrera: Sí \_\_\_ (1) No \_\_\_ (2)

Obtener un buen trabajo: Sí \_\_\_ (1) No \_\_\_ (2)

Conformar/consolidar su propia familia: Sí \_\_\_ (1) No \_\_\_ (2)

Cuidar a sus hijos: Sí \_\_\_ (1) No \_\_\_ (2)

Independizarse económicamente: Sí \_\_\_ (1) No \_\_\_ (2)

Otra: \_\_\_\_\_

Observaciones: