

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
NICARAGUA
FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS
UNAN-LEÓN**



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

**DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS
SOCIALES Y REPRODUCTIVAS DE LAS
ADOLESCENTES EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL
PUESTO DE SALUD “EL JOBO” MUNICIPIO DE
MATIGUAS – MATAGALPA EN EL AÑO, 2005.**

AUTOR

Br. Nora Lissette Sánchez Silva.

TUTOR

**Dr. Jairo García
GINECOOBSTETRA
LEÓN 2007**

DEDICATORIA

Dedico esta Monografía a mis Padres, por haberme dado la vida.

En especial:

A mi hermana Gilma Sánchez Silva, que sin su apoyo espiritual y económico no hubiese podido dar este primer paso en mi vida.

A mi esposo y a mi hija que entre dificultades me han ayudado a salir adelante.

AGRADECIMIENTO

Les agradezco a todos los que de una u otra forma me ayudaron a realizar este pequeño aporte para poder salir adelante día con día.

A Dios, por sobre todas las cosas, que sin su omnipotencia, no se logra nada en la vida.

A mi Tutor, por haberme brindado el tiempo necesario para realizar mi tesis.

A todos mis maestros por las enseñanzas que me han dado y haber podido culminar este paso que estoy dando en mi vida.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de las características sociodemográficas, Socioculturales, Socioeconómicas, ginecoobstétricas y de Salud reproductiva de las adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal en el Puesto de Salud “El Jobo” municipio de Matiguas – Matagalpa, en el año 2005. Se seleccionaron por conveniencia a todas las que asistieron en el tiempo de estudio y correspondieron a 102 adolescentes en el Puesto.

La información fue recolectada a través de fuente primaria mediante entrevista personal dirigida a las adolescentes. La información fue procesada a través del Programa SPSS, se calculó frecuencia y porcentaje para realizarse el estudio respectivo.

En los resultados encontramos relevante que la mayoría de adolescentes provenían de áreas rurales dispersas; analfabetismo en la mitad de estas, se sabe que a menor escolaridad, mayor riesgo de embarazo precoz. Las distorsiones familiares y la influencia de amigos con actitud irresponsable frente a su sexualidad, afectan de manera negativa a los adolescentes.

Las condiciones socioeconómicas de estas adolescentes eran precarias, estas buscando mejor vida se unen, quedan embarazadas y sin darse cuenta caen en un estado de dependencia, ya sea de su pareja o de su familia, cuando son abandonadas.

Lo mas recomendable en este caso es diseñar, elaborar y coordinar políticas nacionales con los Ministerios de Educación y de Salud que contemplen un abordaje integral a los adolescentes mas dirigido a los temas de salud sexual y reproductiva; que no se queden en el área urbana, si no que penetren a las zonas rurales mas aisladas.

ÍNDICE

SUMARIO

PÁGINA

INTRODUCCIÓN.....	01
ANTECEDENTES.....	02
JUSTIFICACIÓN.....	04
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	05
OBJETIVOS.....	06
MARCO TEÓRICO.....	07
DISEÑO METODOLOGICO.....	14
RESULTADOS.....	18
DISCUSION.....	26
CONCLUSIONES.....	29
RECOMENDACIONES.....	30
BIBLIOGRAFIA.....	31
ANEXOS.....	32

***/**

INTRODUCCIÓN

El embarazo en adolescentes se encuentra con mayor incidencia en los países de más bajo crecimiento y desarrollo económico. En América Latina predomina esta realidad, se calcula que año con año nacerán al menos tres millones de niños cuyas madres serán menores de 18 años, se estima que este patrón continúe elevándose en las próximas generaciones. (4).

La juventud constituye un número creciente y sustancial de la población nicaragüense por lo que cada día se da la necesidad de desarrollar programas que contribuyan al desarrollo físico y psicológico que orienten a los adolescentes sobre los riesgos del embarazo antes de su madurez sexual. Si se sabe que investigaciones coinciden en que los mayores riesgos ya sean complicaciones e incluso las probabilidades de morir Binomio (madre – hijo), aumentan cuando mas tiempo falta para cumplir veinte años. Desde el punto de vista demográfico y económico la madre adolescente tendrá en promedio un número mayor de hijos que las mujeres que inician su etapa reproductiva después de los veinte años. (4).

La salud sexual y reproductiva ha sido reconocida por la mayoría de los gobiernos y Sociedad civil de América Latina y el Caribe una necesidad prioritaria de salud, al examinar sus indicadores de salud sexual y reproductiva en relación a otras regiones, como África y el Sudeste asiático, sin embargo los niveles de salud reproductiva están muy por debajo de las sociedades desarrolladas e incluso de otros países, con indicadores socioeconómicos similares. (10).

En la actualidad el embarazo no planificado y no deseado en adolescentes constituye uno de los problemas que más repercusiones tiene en el desarrollo humano de las jóvenes. Estos embarazos suponen un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de las jóvenes, su entorno y futuro. Es frecuente que generen una considerable carga de angustia, graves repercusiones económicas e incluso peligros para la salud de la adolescente que muchas veces o no se detectan o son mal interpretados. Si bien este problema ha mejorado con la introducción paulatina de los temas de sexualidad, en las escuelas no se ha generalizado toda la enseñanza o no se ha captado como debe ser. Es por este motivo y viendo la realidad de las adolescentes en la Comarca “El Jobo” que decidí dar este pequeño aporte a un gran problema. (8).

ANTECEDENTES

Las estadísticas demuestran la magnitud del problema de los embarazos no deseados en el grupo de las adolescentes, sin embargo para comprender porqué esta situación, constituye un problema, debemos analizar las secuelas adicionales que comporta un embarazo para una muchacha perteneciente a este grupo de edad. Tradicionalmente se había considerado que un embarazo no deseado tenía solo algunas consecuencias orgánicas con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo hoy sabemos que desde el momento que la joven sale embarazada hay una decisión (abortar o tener el hijo). Está expuesta a importantes consecuencias, no solo orgánicas, sino psicológicas, sociales, económicas, educativas y laborales. (7).

Las cifras de embarazos en adolescentes son preocupantes, constituyendo un problema que afecta no solo a los países no desarrollados, sino también a las sociedades más desarrolladas, en Estados Unidos donde la incidencia de embarazos en adolescencia es mayor que en España y que los países europeos más ricos, se estima que el costo que cada año ocasionan estos embarazos oscilan entre 15 -17 billones de dólares. (9).

Cada año en América Latina millones de adolescentes quedan embarazadas, la proporción de adolescentes de 15 – 19 años que han iniciado la procreación ha aumentado en los últimos cinco años del 18% al 23%, las informaciones indican también la presencia de embarazo en adolescentes menores de 15 años. Por lo general son embarazos no planificados, teniendo como consecuencia la interrupción de los procesos sociales de las adolescentes y de forma más dramática el aumento del riesgo de fallecer por complicaciones del embarazo. (9).

En América Central nacen cada año entre 99 y 139 niños por mil mujeres de 15 a 19 años de edad. La tasa es más elevada en los países más pobres. Los datos existentes indican que en los países de América Central (excepto Costa Rica), cerca de dos terceras partes de las mujeres de 15 a 19 años de edad probablemente tendrán un hijo antes de llegar a los veinte años. (4).

En Nicaragua la tasa de fecundidad específica en las adolescentes ha sido considerada la más alta de América Latina, según Endeson en el 2001 es de 119 nacimientos por cada mil mujeres. En el área rural un 45.7% de las adolescentes al cumplir los 19 años son madres o están embarazadas. (4).

La tasa de fecundidad en adolescentes es mayor que en las otras edades y al mismo tiempo es mayor en áreas rurales ya que además del desconocimiento que tienen sobre reproducción humana y el poco acceso a métodos de planificación familiar, generalmente se unen y quedan embarazadas entre los 14 y 17 años a través de la “unión de hecho” formando familias, estructuralmente inestables lo que a su vez va íntimamente relacionado con la deserción escolar y perpetuación del ciclo de la pobreza. (3).

En el año 2000 en el HEODRA de 341 madres adolescentes la edad promedio de 17 años, mas de la mitad de estas tenían nivel de escolaridad analfabeta y primaria, el estado civil fueron la unión estable seguido de madres solteras. Esto no resulta prometedor para la estabilidad económica y social de estas nuevas familias, ya que influye en las posibilidades de la vida de las madres, además estas madres solteras y jóvenes son estigmatizadas y por otro lado la legitimidad de un embarazo puede contribuir a poner fin a la educación y quedar atrapada en un estado de dependencia. (2).

En un estudio realizado en Palacagüina en el año 2003 – 2004 se analizaron las adolescentes embarazadas cuya edad promedio de 18 años, estado civil predominante solteras, el 70% de zona rural, la edad promedio de menarca de 13 años con inicio de vida sexual activa a los 16 años. (6).

En el municipio de Corinto, en el año 2004 los factores que mas se asocian al embarazo en adolescentes es el bajo nivel de escolaridad, inadecuados niveles de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de la mujer y entre ellos el no conocer los riesgos de embarazos a edades tempranas. (11).

JUSTIFICACIÓN

El embarazo en la adolescencia es un problema social que destruye las oportunidades de las jóvenes de tener un futuro mejor, con un crecimiento físico, psíquico y emocional pleno, que les prepare para ser padres y madres responsables en la crianza de sus hijos, los que necesitan la satisfacción de las necesidades básicas y ternura para su vida futura.

Existe un número muy alto de embarazo en adolescentes, en general se da silencio o disimulo. Las condiciones de vida favorecen las tempranas relaciones sexuales de los jóvenes. Adolescentes en edad cada vez más temprana viven el drama de la maternidad no deseada, sin ninguna preparación.

Este estudio se centra en la problemática del embarazo en adolescentes alertando su frecuencia alarmante.

Me motivó realizar este trabajo por el alto número de niñas embarazadas que acuden a este puesto de salud con mayor frecuencia sin saber ni siquiera lo que les espera posteriormente y no existen estudios de este acápite en esta zona

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características sociales y reproductivas de las adolescentes embarazadas que acudieron a control prenatal en el puesto de salud “El Jobo” municipio de Matiguas - Matagalpa en el año 2005?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir las características sociales y reproductivas de las adolescentes embarazadas atendidas para realizarse control prenatal en el Puesto de Salud "El Jobo, municipio de Matiguas – Matagalpa, en el año 2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1)- Determinar las condiciones socioeconómicas, socioculturales y sociodemográficas de las adolescentes embarazadas.
- 2)- Conocer sobre la salud reproductiva de las adolescentes embarazadas.
- 3)- Identificar los antecedentes ginecoobstétricos de estas adolescentes embarazadas.

MARCO TEÓRICO

El embarazo es el tiempo que media entre la concepción y el parto, es una fase crítica en la vida de la mujer, pues los cambios biológicos implican una etapa en su desarrollo; al igual que la pubertad conllevan a una necesidad de adaptación. (3)

El embarazo es el estado de tener un embrión o feto en desarrollo, en el cuerpo, después de la unión del óvulo con el espermatozoide, durante un promedio de 40 semanas o 280 días. (12)

El embarazo en el período de adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los primeros dos años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica, edad de la menarca) o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia paterna. Ha sido llamada también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. (3)

El embarazo en la adolescencia es multicausal. (1).

-Causas Sociales: (1)

- Inicio de las relaciones sexuales en edades mas tempranas. Actualmente los adolescentes permanecen solos mayor número de horas, producto de la situación laboral de sus progenitores (incorporación de la mujer a las actividades productivas).
- Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
- Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
- Abundante propaganda que incita a las relaciones sexuales.
- Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos temprana edad).
- Falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

-Causas Psicológicas: (1)

- Algunas adolescentes se embarazan porque desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
- Otras para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
- Para castigar a los padres por la incomprensión.
- Otras para irse de un lugar disfuncional y huir de un ambiente difícil.
- Agradar al novio.

-Causas Biológicas: (1)

- La edad de la pubertad ha declinado desde los 17 años en el siglo XIX, alrededor, 12 – 13 años actualmente. Las adolescentes son fértiles a una menor edad, con una menarquía precoz están expuestas al riesgo del embarazo.

El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestra Sociedad, en las que se ha intercalado una década entre la menarquía, espermaquía y la independencia económica y laboral ha dejado vago y ambiguo el rol de los adolescentes estableciendo expectativas poco relativas sobre su comportamiento sexual.

Los adolescentes tienen sus propias metas individuales y colectivas.

En esta etapa pueden presentarse problemas que están vinculados a la salud y al contexto social en que se desenvuelven y pueden perturbar el alcance de dichas metas, dependiendo del estilo de vida, que se adapte a las probabilidades de padecer problemas de importancia, pueden ser caracterizados como adolescentes de bajo o alto riesgo. Entre estos problemas señalaremos pauperismo, violencia en todas sus formas, drogadicción, embarazo no deseado, enfermedades, migración campo - ciudad, baja escolaridad, entre otros. (4)

En América Latina la Organización Panamericana de la Salud señala numerosos factores que aumentan la probabilidad de embarazo en adolescentes. Nivel socio-económico bajo, inestabilidad y conflicto familiar, embarazo de una familiar adolescente, embarazo previo, enfermedad crónica de uno de los padres, presiones de padres, desvalorización de la virginidad, dependencia emocional que desarrolla deseo de embarazarse de ciertas crisis, ausencia real de oportunidades de progreso, ignorancia de su fisiología y uso incorrecto de métodos anticonceptivos, poca comunicación padres-hijos en temas sexuales, inicio temprano de la vida sexual. (4)

El embarazo en adolescentes puede no alterar la calidad de vida, pero en la mayoría de los casos puede traer otras consecuencias en la adolescencia o en su entorno entre las cuales tenemos algunos ejemplos: interrupción de las relaciones grupales, especialmente escolares y laborales, demora en su desarrollo personal, en la mayoría de los casos se altera la relación padre a hijo y frecuentemente término de la relación. (4)

Si la adolescente se convierte en madre soltera es estigmatizada por su familia y la sociedad.

Mundialmente el embarazo en la adolescencia tiene un alto riesgo obstétrico (ARO), ya que las características que la preceden y acompañan (factores de riesgo) al embarazo, parto y puerperio son perennes y están asociados a la posibilidad de un daño en la salud (riesgo) de la madre y su producto. (8)

Estos factores de riesgo son clasificados, según el momento en que aparezcan (preconcepcional, del embarazo, del parto, del puerperio). En el embarazo y el afectado (maternos y del producto), tienen un valor causal y predictivo y por el cual se basan unos autores y dividen el ARO en tres grados. (4)

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el embarazo en la adolescencia tardía, es de bajo riesgo obstétrico, si se le brindan los controles prenatales eficientes o sea que los servicios de salud ofrecidos sean precoces, periódicos, completos y extensos, con el objeto de obtener el mejor estado de salud de la embarazada y su producto. (4)

Estos riesgos están frecuentemente presentes en el ámbito rural, lo que de una u otra manera impide a los adolescentes el uso voluntario de servicios en la prevención de embarazos (anticonceptivos) que repercuten en beneficios en salud, económico, social y psicológico entre otros (Planificación familiar) ofrecidos como estrategias de salud pública por el estado y otros Organismos. (4)

ADOLESCENCIA (4):

Deriva de la voz latina “Adolescente” que significa crecer y desarrollar hacia la madurez. Podemos definirla como un conjunto de cambios físicos, psíquicos, y sociales que preparan el ingreso a la vida adulta; incluye al mismo tiempo el abandono de intereses y los modos de ser propios de los niños sin adoptar aún los del adulto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define adolescencia como el período entre 10 – 19 años de edad, que se caracteriza por una serie de cambios fisiológicos, anatómicos y psicológicos, a los cuales los jóvenes deben ajustarse dentro de un ambiente sociocultural cambiante.

La OMS define al adolescente en base a las siguientes características:

1. Desarrollo biológico: desde el punto de vista de la pubertad hasta la completa madurez sexual y reproductiva.
2. Desarrollo psicológico: desde los patrones cognoscitivos y emocionales de la niñez hasta la edad adulta.
3. Desarrollo social: etapa de total dependencia socioeconómica de la niñez a la etapa de la independencia.

Desde el punto **biológico**, su inicio está marcado por la aceleración final del crecimiento y el inicio del desarrollo sexual secundario y su terminación está marcada por la fusión de la epífisis y la terminación de la diferenciación sexual.

Psicológicamente, está marcado por una percepción de un nuevo “YO” y concluye al tener una clara diferenciación del “YO” para poderlo compartir con una pareja (Consolidación de la identidad y capacidad de tener relaciones heterosexuales estables).

Socialmente, es un período de preparación intensificada para asumir el papel del adulto y su terminación está marcada cuando la sociedad le otorga prerrogativas adultas y el adolescente asume un rol laboral y marital adulto.

FASES DE LA ADOLESCENCIA (4)

La búsqueda de definiciones del adolescente para los equipos de trabajo responde a la necesidad de contar con criterios que identifique grupos bien delimitados que facilitan las investigaciones.

La OMS clasifica la adolescencia como:

- ❖ Adolescencia temprana : 10-13 años.
- ❖ Adolescencia media : 14-16 años.
- ❖ Adolescencia tardía : 17-19 años.

El Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Salud (Asunción, Paraguay) clasifica la adolescencia como:

- ❖ Adolescencia precoz : 15 años a menos.
- ❖ Adolescencia intermedia : 16 – 17 años.
- ❖ Adolescencia tardía : 18 – 19 años.

La mayoría de los adolescentes pasan por una serie de experiencias evolutivas entre las cuales se destacan: (2)

1. Aceptación de su propia estructura física y del papel social masculino o femenino que le corresponda.
2. El establecimiento de relaciones nuevas con personas de su edad, de ambos sexos.
3. La búsqueda de independencia emocional, tanto de sus padres, como de otros adultos.
4. La adquisición de mayor seguridad e independencia económica.
5. La elección de una ocupación y el adiestramiento o capacitación para desempeñarla.

6. El desarrollo de una serie de actitudes y conceptos intelectuales necesarios para las actitudes cívicas.
7. El deseo y la obtención de conducta socialmente responsable.
8. La preparación para el matrimonio y la vida social.
9. La elaboración de una escala de valores acorde con una imagen científica del mundo.

La adolescencia marca un momento crucial en la realidad sexual, en la medida en que termina por ubicar chicas y chicos en el lugar que les corresponde en la Sociedad como varones y mujeres. Esta ubicación es de capital importancia, puesto que ello conlleva funciones y roles específicamente determinados y organizados.

La adolescencia establece estilos de vida determinados por los factores eminentemente culturales. De ello da clara cuenta el manejo del idioma, del ritmo, del color y la moda. La sexualidad en la adolescencia se abre de manera definitiva al mundo de los intercambios con todo aquello que implican en la vida personal y social, una serie de cambios para el futuro. (2)

CONTROL PRENATAL (12)

El control prenatal consiste en una serie de contactos entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño, con este se persigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas.
- La prevención diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones maternas.
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- La preparación psicofísica para el nacimiento.
- La administración de contenidos educativos para la salud de la familia y la crianza del niño.

El control prenatal es eficiente cuando se cumple con cuatro requisitos básicos:

- Precoz o temprano.
- Periódico o continuo.
- Completo o integral.
- Extenso o de amplia cobertura.

LOS CONTENIDOS DEL CONTROL PRENATAL (12)

Primera Consulta: Determinación de grupo sanguíneo y factor Rh, hemoglobina, serología para sífilis, examen fisicoquímico de orina, detección de diabetes gestacional, papanicolaou y otros exámenes que deban ser aplicados selectivamente a poblaciones con alto riesgo de padecer la condición que se investiga.

En todas las Consultas: Estudio de la ganancia de peso materno, determinación de la presión arterial y valoración del crecimiento fetal.

Ganancia de peso materno: Se calcula con una tabla con parámetros ya establecidos a partir del peso antes del embarazo. El percentilo 50 de la ganancia de peso al término es de 11 Kg. (8 Kg. para el percentilo 25 y 16 Kg. para el 90).

El percentilo 25 de la ganancia de peso junto con el percentilo 10 de la altura uterina representan los límites normales inferiores.

Medida de la altura uterina: Se mide en centímetros con una cinta métrica de material flexible e inextensible desde el pubis hasta el fondo uterino.

Inmunizaciones:

Toxoide tetánico, primera dosis alrededor del quinto mes; segunda dosis alrededor del séptimo mes.

Requerimientos nutricionales durante el embarazo: El costo energético del embarazo es de 80, 000 Kcal. (aumento promedio de 285 Kcal. por día) 150 Kcal. diarias durante el segundo y tercer trimestre.

Las necesidades proteínicas adicionales durante la segunda mitad del embarazo son de por lo menos 11 gramos para países con dietas de una calidad proteínica del 80%.

Con una ingesta adecuada no se necesita suplementación con vitaminas y minerales, a excepción del hierro y del ácido fólico.

CONTENIDOS EDUCATIVOS DEL CONTROL PRENATAL (12)

El Cuidado de la madre y del niño exige prescribir a las embarazadas, aun en las más normales, algunas reglas específicas de higiene.

Vestido holgado, corpiño que no ajusten los senos, no usar fajas, salvo en las multigrávidas o portadoras de vientres péndulos, no colocarse ligas, usar calzado de tacos bajos. El trabajo habitual puede continuarse si no es excesivo. La marcha es aconsejable. Debe suprimirse el hábito de alcohol y fumado.

La gimnasia se impone como método preparatorio físico del parto para:

- Conseguir un mayor desarrollo y fortaleza de los músculos que intervendrán el parto y en la evolución del puerperio.
- Aumentar su elasticidad practicando la relajación.

Los baños deben prescribirse a diario como elemento básico de la higiene cutánea.

En los dos últimos meses deberá presentarse atención a la preparación psicofísica del parto.

ESQUEMA DE LOS CONTENIDOS DEL CONTROL PRENATAL

CONTENIDO	PRIMER CONTROL	CONTROLES ULTERIORES
Interrogatorio	Antecedentes familiares personales y obstétricos.	Evolución del embarazo.
Examen Clínico	General y odontológico tensión arterial.	Solo ante dudas, tensión arterial.
Antropometría	Talla Peso	*** Peso.
Examen Ginecológico	Cuello uterino Papnicolaou Mamario	*** *** Mamario.
Examen Obstétrico	Medición de altura uterina y evolución del crecimiento y desarrollo fetal.	Medición de la altura uterina y evaluación del crecimiento y desarrollo fetal desde la semana 20 y presentación fetal desde la semana 30.
Exámenes Complementarios	Análisis de orina, grupo sanguíneo y factor Rh, Glucemia, Hemograma, Serología para sífilis, Toxoplasmosis y chagas.	Análisis de Orina.
Inmunizaciones	Vacunación antitetánica.	(22 – 32 semanas).
Educación Sanitaria	Preparación para maternidad.	Preparación para Maternidad.
Datos a registrar	Historia Clínica formulada	Historia clínica formulada

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio: Descriptivo - Corte Transversal

AREA DE ESTUDIO:

El área de estudio fue la Comarca “El Jobo” municipio de Matiguas - Matagalpa, que cuenta con una población total de 5,106 habitantes, de los cuales 1,104 son mujeres en edad fértil, 218 embarazadas, de estas 102 eran adolescentes. Existiendo 300 casas concentradas en el empalme (Matiguas – Matagalpa - Pancasan) y 200 casas dispersas en los alrededores.

Tiene como centro la casa comunal donde están los hornos y molinos frente al puesto de salud, a cien metros de este al norte se encuentra el río “El Jobo” y a 400 metros al sur, el Centro escolar.

El puesto de salud “El Jobo” está dividido en cinco áreas: Emergencia, Observación, Labor y Parto, Consulta Externa y Farmacia, atendido por dos enfermeras y un médico en Servicio Social, existiendo una casa Minsa, donde se aloja el personal.

TIEMPO DE ESTUDIO:

El período comprendido desde el 01 de enero al 31 de diciembre del año 2005.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Constituida por adolescentes embarazadas que asistieron y se realizaron una vez el control prenatal en el Puesto de Salud “El Jobo” en el período de estudio.

SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se seleccionaron por conveniencia a todas las embarazadas adolescentes que llegaron a control prenatal en el período de estudio y correspondió a un total de 102 adolescentes.

CRITERIOS DE INCLUSION

- ❖ Adolescentes embarazadas entre 12 – 19 años.
- ❖ Adolescentes embarazadas que se realizaron al menos un control prenatal.
- ❖ Adolescentes embarazadas que asistieron en el período de estudio.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

La información se recolectó por fuente primaria mediante entrevista personal a adolescentes que asistieron a realizarse control prenatal en el periodo de estudio y la información se procesó por el sistema automatizado SPSS.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1. Características Sociodemográficas, Socioculturales y Socioeconómicas:

VARIABLES	CONCEPTO	VALORES
Edad	Tiempo que una persona ha Vivido desde su nacimiento.	Años cumplidos.
Procedencia	Área geográfica donde vive.	1. Concentrada 2. Dispersa
Ocupación	Función que desempeña en la sociedad.	1. Ama de casa 2. Doméstica 3. Estudiante 4. Profesora 5. Otro
Estado civil	Condición de cada persona En relación a los derechos y obligaciones civiles.	1. Acompañada 2. Casada 3. Soltera
Escolaridad	Nivel académico alcanzado.	1. Analfabeta 2. Alfabeto 3. Primaria 4. Secundaria 5. Universidad 6. Otro
Religión	Iglesia o asociación a la que esta pertenece.	1. Católica 2. Evangélica 3. Ninguna 4. Otro
Padres juntos	Situación marital de sus progenitores.	1. Juntos 2. Separados
Padre y licor	Ingiere licor el padre de la adolescente.	1. Si 2. No 3. No sabe
Relación de Padres	Convivencia de los padres de la adolescente.	1. Comunicativa 2. Violenta 3. Ninguna
Comunicación con padres	Trato con sus padres.	1. Bueno 2. Regular 3. Mala 4. Ninguna
Amigos	Trato afectuoso con otras personas.	1. Si 2. No
Amigas Embarazadas	Compañeras que han concebido.	1. Si 2. No

VARIABLES	CONCEPTO	VALORES
Amigos y licor	Ingesta de bebidas alcohólicas por estos.	1. Si 2. No
Abandono de Colegio.	Dejaron las clases	1. Si 2. No
# Personas Casa	Cuantos habitan en la casa de forma permanente.	1 2 Más
# Personas que trabajan en casa	Cuantos aportan dinero en la casa.	1 2 Más
Piso	Suelo de la casa.	1. Tierra 2. Embaldosado 3. Ladrillo
Sanitario	Limpieza e higiene.	1. Letrina 2. Inodoro 3. Ninguno
Luz eléctrica	Iluminación de objetos.	1. Si 2. No
Agua	Líquido vital.	1. Potable 2. Pozo 3. Río

2. Salud Reproductiva

VARIABLES	CONCEPTO	VALORES
Usa planificación Familiar	Si usa algún método anti-conceptivo.	Si No
Método de Planificación Familiar	Método de anticoncepción que utiliza.	1. Pastillas 2. Inyecciones 3. DIU 4. Condón 5. Otro

VARIABLES	CONCEPTO	VALORES
Accesibilidad del método	Lugar donde obtienes métodos anticonceptivos.	1. Puesto de salud 2. Farmacia 3. Venta ambulante 4. Ninguno

2. Características Ginecoobstétricas

VARIABLES	CONCEPTO	VALORES
Menarca	Edad de la persona en el momento de su primera menstruación.	Edad cumplida
IVSA	Años cumplidos al tener su primera relación sexual.	Años cumplidos
# Compañeros Sexuales	# Individuos con los que ha tenido relaciones sexuales.	1 2 Más
Gestas	# Embarazos sin incluir el Actual.	0 1 2 Más
Partos	Expulsión o extracción de feto viable.	0 1 2 Más
Abortos	Nacimiento de embrión o feto no viable antes de las 20 semanas	0 1 2 Más
Cesárea	Operación quirúrgica que consiste en extraer feto por incisión abdominal.	0 1 2 Más
# Controles Prenatales	# Veces asistidas a control prenatal.	1 2 Más

RESULTADOS

Asistieron a control prenatal en el periodo de estudio al Puesto de Salud “El Jobo” Comarca del Municipio de Matiguas - Matagalpa, 218 mujeres embarazadas, de las cuales, casi un 50%, (102) eran adolescentes y fueron estudiadas.

Al evaluar las características sociodemográficas, se encontró que la edad promedio fue de 17 años, estas oscilaron desde 12-19 años, el grupo predominante fue de 17 – 19 años con un 61%. La procedencia de todas era rural, pero un 89.2%, pertenecía a áreas dispersas, y un 11% al área concentrada. La ocupación predominantemente es ama de casa con un 62.7%, seguido de que desempeñaban otro tipo de trabajo con un 17.6%.

Respecto al estado civil encontramos que un 52% eran acompañadas, seguido un 41% que eran solteras y en una minoría un 7% casadas. En relación a escolaridad encontramos que la mitad de estas madres adolescentes eran analfabetas, seguido de alfabetas con un 29.4%, Primaria 18.6%, y en un porcentaje muy pequeño, secundaria (2%).

La religión en su mayoría son católicos con un 63.7%, evangélicos 35.3%, y una adolescente, no profesaban ninguna religión un 1%.

TABLA 01
Distribución Porcentual de las adolescentes según Características Sociodemográficas, El Jobo, 2005

Características	No.	Porcentaje %
<u>Edad</u> (años)		
12 – 13	02	2
14 – 16	38	37
17 – 19	62	61
<u>Procedencia</u>		
Concentrada	11	11
Dispersa	91	89
<u>Ocupación</u>		
Ama de Casa	64	62.7
Doméstica	16	15.6
Estudiante	02	2.0
Profesora	02	2.0
Otros	18	17.6
<u>Estado Civil</u>		
Acompañada	53	52
Casada	07	7
Soltera	42	41
<u>Escolaridad</u>		
Analfabeto	51	50.0
Alfabeto	30	29.4
Primaria	19	18.6
Secundaria	02	2.0
<u>Religión</u>		
Católica	65	64
Evangélica	36	35
Ninguna	01	1
TOTALES	102	100.0

f1: formulario de recolección de datos

En relación a los aspectos culturales que presentaron estas adolescentes embarazadas tenemos que un 53.9% conviven con la pareja estaba relacionado con el estado civil de estas, seguido de que conviven con ambos padres un 20.6%. La mayoría de padres ingieren licor en un 60.8% seguido de los que desconocen el dato con un 22.5%

La relación de los padres se torna violenta en un 37.2%, pero no está desligada de la comunicativa que no es mucha la diferencia con un 30.4% y los que no sostienen ninguna comunicación con un 32.4%. La relación de los padres con la adolescente en su mayoría fue regular con un 57.8%. Respecto a si tenían amigos o no un 93.1% hacían amigos fácilmente y un 6.9% no. Las amigas de estas, la mayoría salieron embarazadas a la misma edad, con un 63.7% y estas no ingieren licor, pero sí abandonaron el colegio en su mayoría (60.8%).

TABLA 02
Distribución Porcentual de las adolescentes embarazadas según
características socioculturales, El Jobo, 2005

Características	No.	Porcentaje %
<u>Con quién vives?</u>		
Ambos padres	21	20.6
Madre	14	13.7
Padre	08	7.8
Pareja	55	53.9
Otro	04	3.9
<u>Padre toma licor</u>		
Si	62	60.8
No	17	16.7
No Sabe	23	22.5
<u>Relación de tus Padres</u>		
Comunicativa	31	30.4
Violenta	38	37.2
Ninguna	33	32.4
<u>Comunicación con tus padres</u>		
Buena	19	18.6
Regular	59	57.8
Mala	20	19.6
Ninguna	04	4.0
<u>Tienes amigos?</u>		
Sí	95	93.1
No	07	6.9
<u>Tus amigas han salido embarazadas?</u>		
Sí	65	63.7
No	37	36.3
<u>Tus amigos toman licor?</u>		
Sí	37	36.3
No	65	63.7
<u>Tus amigas abandonaron el Colegio?</u>		
Sí	62	60.8
No	40	39.2
TOTAL	102	100.0

f1: formulario de recolección de datos

Respecto a las características económicas y condiciones de vida de estas madres adolescentes encontramos que en la casa vivían más de dos personas en un 87.3%, en un 12.7% solo vivían dos, trabajando en su mayoría dos personas con un 52.0%, seguido de uno con un 27%.

El piso de la casa un 82.3% de viviendas son de tierra, seguido de embaldosado con un 11.8%. Un 52.9% de estas tienen letrinas y un 47.1% realizan sus necesidades fisiológicas al aire libre. La luz eléctrica no llega a las viviendas en un 79.4% y solo un 20.6% tienen luz eléctrica. El agua en su mayoría tienen pozo con un 60.8%, seguido de río con un 27.4% y solo un pequeño porcentaje tienen agua potable. (11.8%)

TABLA 03
Distribución porcentual de las adolescentes embarazadas, según
Características Socioeconómicas, El Jobo, 2005

Características	No.	Porcentaje %
<u>No. Personas que viven en Casa</u>		
02	13	12.7
>02	89	87.3
<u>No. Personas que trabajan</u>		
01	28	27.4
02	53	52.0
03	21	20.6
<u>Piso de la casa</u>		
Tierra	84	82.3
Embaldosado	12	11.8
Ladrillo	06	5.9
<u>Sanitario</u>		
Letrina	54	52.9
Ninguno	48	47.1
<u>Luz Eléctrica</u>		
Si	21	20.6
No	81	79.4
<u>Agua</u>		
Potable	12	11.8
Pozo	62	60.8
Río	28	27.4
TOTALES	102	100.0

f1: formulario de recolección de datos

En cuanto a salud reproductiva y uso de planificación familiar encontramos que de estas adolescentes embarazadas un 57.8% nunca había planificado, el resto había planificado alguna vez, el 25.5% con pastillas y un 16.7% con inyecciones. Un 34.3% había obtenido el método de planificación familiar en el puesto de salud y un pequeño porcentaje (7.8%) lo compró en venta ambulante.

TABLA 04
Salud reproductiva en adolescentes embarazadas en El Jobo, 2005

Características	No.	Porcentaje %
<u>Planificación Familiar</u>		
No	59	57.8
Sí	43	42.2
TOTALES	102	100.0
F1: formulario de recolección de datos		

TABLA 05
Uso de métodos anticonceptivos y accesibilidad de estos en adolescentes embarazadas, El Jobo, 2005

Características	No.	Porcentaje %
<u>Método de Planificación Familiar</u>		
Pastillas	26	25.5
Inyecciones	17	16.7
<u>Acceso Método</u>		
Puesto de Salud	35	34.3
Venta ambulante	08	7.8
TOTALES	43	42.1
F1: formulario de recolección de datos		

En relación a algunas características ginecoobstétricas que presentaron nuestras adolescentes tenemos que la menarca que predomina fue del grupo de 11 – 13 años con un 83.4%. Estas adolescentes iniciaron su vida sexual entre los 14 a 16 años, con un 65.7%. Respecto al número de compañeros sexuales la mayoría había tenido relaciones con un (66.6%), seguido de dos con un 32.4% y una adolescente que había tenido relaciones con tres.

El número de veces que había estado embarazada en un 60.8% era la primera vez en esta ocasión, un 31.4% era la segunda y un 7.5% la tercera. Respecto a los partos el resultado por ende se relaciona con el número de gestas, un 68.6% no habían tenido partos, un 30.4% habían tenido uno y un 1% dos; terminaron en aborto 11 adolescentes (10.8%) y dos en una adolescente (1%), cesáreas solo se realizaron dos (2%). Los controles prenatales, la mayoría se realizó uno para un 41.1%, seguido de dos con un 28.4% y tres con un 24.5%.

TABLA 06
Distribución Porcentual según Características ginecoobstétricas de las
adolescentes embarazadas, El Jobo, 2005

Características	No.	Porcentaje %
<u>Menarca</u>		
11 – 13	85	83.4
14 – 16	17	16.6
17 – 19	00	0.0
<u>IVSA</u>		
11 – 13	28	27.4
14 – 16	67	65.7
17 – 19	07	6.9
<u>No. Compañeros</u>		
1	68	66.6
2	33	31.4
3	01	7.8
<u>Gestas</u>		
0	62	60.8
1	32	31.4
2	08	7.8
<u>Partos</u>		
0	70	68.6
1	31	30.4
2	01	1.0
<u>Abortos</u>		
0	90	88.2
1	11	10.8
2	01	1.0
<u>Cesárea</u>		
0	100	98.0
1	02	2.0
<u>No. Control Prenatal</u>		
1	48	47.1
2	29	28.4
>2	25	24.5
TOTALES	102	100.0

f1: formulario de recolección de datos

DISCUSION

Nicaragua, al igual que en el resto de países pobres, se caracteriza por tener un alto porcentaje de población joven. Se han realizado estudios a nivel nacional e internacional, el grupo de edad mas frecuente de madres adolescentes es de 14 – 19 años, lo cual coincide con nuestro estudio. (5)

En relación a la procedencia tenemos que la mayoría que acudieron venían de zonas rurales dispersas, coincidiendo con la literatura que nos indica que la tasa de fecundidad en adolescentes del área rural es mayor, ya que además del desconocimiento que tienen sobre reproducción humana, hay poco acceso a otros servicios como la planificación familiar. (3).

La ocupación que tenían estas adolescentes embarazadas fue ama de casa, en su mayoría, la adolescente al salir embarazada sin haber concluido sus estudios pierde probabilidades de desempeñarse en otras actividades, ya que se adquieren otras responsabilidades que por su misma inestabilidad económica quedan atrapadas en un estado de dependencia. un pequeño porcentaje realizaba otras actividades relacionado con las adolescentes embarazadas solteras que salen a trabajar para sustentarse o se convierten en una carga para su familia. (2).

El estado civil predominante fue el de las adolescentes embarazadas con unión estable, seguido de las solteras, donde las adolescentes generalmente se unen y quedan embarazadas entre los 14 y 17 años a través de la “unión de hecho” formando familias estructuralmente inestables. (5).

En cuanto a la escolaridad la mitad de estas adolescentes embarazadas eran analfabetas, se sabe que a menor escolaridad, mayor riesgo de embarazos precoces por la falta de conocimientos sobre los riesgos que produce. (5).

La religión que profesaba la mayoría eran católicas, solo una es la que no profesaba ninguna religión, en lugares aislados como este, no existen recreaciones, la adolescente toma la iglesia como un lugar de distracción, en algunos casos esto se relaciona con que no se use planificación familiar, ya que la religión se los prohíbe. (6).

En relación a las características socioculturales que presentaban estas adolescentes embarazadas más de la mitad de estas vivían y dependían de su pareja, esto relacionado con el bajo nivel de escolaridad, ya que un adolescente que no ha culminado sus estudios no tiene capacidad para obtener nuevos ingresos y las adolescentes que dependían de sus padres se convierten en una carga para su familia afectando la economía. (2).

Las distorsiones en las relaciones familiares afectan de manera negativa a los adolescentes. En nuestro estudio encontramos que un porcentaje significativo de los padres ingieren licor y una tercera parte de estos sostienen relaciones violentas que viene a impactar en lo que refiere la literatura. (9).

La influencia de coetáneos suele ser trascendente y a veces contrarrestado por influencias familiares, es por esto que es importante conocer las expectativas de sus amigos, así como sus actitudes y conocimientos respecto a la anticoncepción, de ahí la importancia que las adolescentes embarazadas tienen amigas que han salido embarazadas a su misma edad. En nuestro estudio esto es notorio un poco más de la mitad, tenían amigas que habían salido embarazadas a la misma edad y habían abandonado el colegio, también relacionado con un estudio realizado en el HEODRA, en el año 2000 (2).

Respecto a las características socioeconómicas, se sabe que las personas que habitan en zonas rurales aisladas tienen menos posibilidades de gozar de servicios básicos, en nuestro estudio se ve totalmente confirmado en primer lugar el hacinamiento, la mayoría de casas eran de piso de tierra, no había luz eléctrica y casi la mitad de estas no tenían letrinas y adquirían agua para tomar de pozo, un porcentaje algo significativo tomaba agua de ríos, estas condiciones de vida son precarias y de riesgo. Estas adolescentes embarazadas se van queriendo cambiar un poco el estilo de vida, pero sin darse cuenta caen en una cadena, ya que esto contribuye a poner fin a su educación y queda atrapada en un estado de dependencia en conjunto con su hijo. (5)

En relación al uso de planificación familiar más de la mitad de estas adolescentes embarazadas nunca habían planificado y las que habían planificado usaban pastillas e inyecciones, lo cual coincide con un estudio realizado en Pro familia en el año 2000 donde predominan las pastillas, seguido de inyecciones, información encontrada en el Programa Nacional de Salud reproductiva, 2003. (5).

De las adolescentes embarazadas que habían planificado un 34.3% obtenían el método en el Puesto de Salud, este bajo porcentaje se debe a que la mayoría de estas provenían de zonas rurales dispersas y según bibliografía los habitantes de estas zonas tienen poco acceso a estos servicios. (2)

Respecto a las características ginecoobstétricas encontramos que la edad promedio de la primera relación sexual fue a los 15 años, relacionado con la menarca, dato que coincide con un estudio que se realizó en el año 2000 en el HEODRA. Esto se da porque los adolescentes de hoy crecen en una cultura donde compañeros, música u otros transmiten mensajes contradictorios acerca de la sexualidad. (2)

Respecto al número de compañeros sexuales, la mayoría habían tenido un solo compañero y solo una adolescente embarazada había tenido tres, esto se debe a la cultura que existe en estas áreas, y a que una buena parte había quedado soltera o tal vez en una ocasión ocultan datos de este tipo. (2)

El número de gestas, partos, abortos y cesáreas estaba relacionado con la edad de cada adolescente. La mayoría estaban embarazadas por primera vez, seguido de las que ya habían tenido un hijo, se dieron 12 abortos y 02 cesáreas, esto relacionado con los riesgos y complicaciones médicas que puede presentar una adolescente embarazada durante el embarazo y el parto. (10).

En cuanto al número de controles prenatales la mayoría se realizó uno, esto se explica a que provienen de zonas rurales dispersas y no hay accesibilidad para acudir constantemente o tienden a negarlo en etapas tempranas de la gestación. (10).

CONCLUSIONES

La ocurrencia de embarazos en adolescentes en el área rural; se da por diferentes características socioeconómicas, sociodemográficas y socioculturales que presentan estas.

Entre las características más relevantes encontramos: el analfabetismo en la mitad de estas, se sabe que a menor escolaridad, mayores riesgos de embarazos precoces. Las distorsiones en las relaciones familiares y la influencia de amigos con actitud irresponsable frente a su sexualidad afectan de manera negativa a los adolescentes.

Las condiciones de vida de estas adolescentes eran precarias, la joven se va a través de la “Unión de hecho estable” sale embarazada en busca de mejor vida, sin embargo forma familias estructuralmente inestables y cae en un estado de dependencia, sin ninguna mejoría.

RECOMENDACIONES

1. Implementar programas de educación sexual a la población joven en equipos multidisciplinarios, para entrar a estas zonas mas aisladas.
2. Dar a conocer los riesgos médicos y sociales al salir embarazadas a temprana edad, priorizando zonas rurales.
3. Designar casas de salud en lugares aislados para acceder el uso de anticonceptivos en la población.
4. Orientar a la población joven sobre la existencia de métodos de planificación familiar, así como la reacción de estos y la forma de uso.

BIBLIOGRAFIA

1. **Marengo A y Col.** Embarazo en adolescencia. Apuntes de Sexualidad humana. UNAN – MANAGUA. Fondo de la población de Naciones Unidas UNFRA 1ª Edición El amanecer 1997.
2. **Vázquez Díaz Flavia.** Identificar las características generales y Sociales de las madres adolescentes y la condición clínica de sus recién nacidos. HEODRA. Octubre – Diciembre, 2000.
3. **FNUAP.** Que más podría hacer sino tener un hijo: Bases socioculturales del embarazo adolescente en Nicaragua. Fondo de Población de las Naciones Unidas (1999) FNUAP, INIM. Managua.
4. **OPS.** Diagnóstico de situación de la adolescencia en Nicaragua OPS – OMS. Managua – Nicaragua 2000.
5. **Ministerio de Salud Nicaragua.** Programa Nacional de Salud reproductiva. 2003.
6. **González Esmeralda.** Determinantes del Embarazo en adolescentes. Palacagüina 2003 – 2004.
7. **Trillas E.Serie Escuelas para padres.** Formación de la sexualidad en el adolescente. www.trillas, com.mx (Octubre, 2004).
8. **Marchiano, Dominic.** Embarazo en la adolescencia. Medlineplus. Enero, 2004, <http://www.medlineplus/spanish/enciclopedia.html>.
9. **Oraá Baroja, Roberto.** Embarazo en la adolescencia. Rioja Internet- Enero 2004. Revista 33. <http://www.riojainternet.com/asesorate/número33.html>. Diciembre, 1999.
10. **Pulmomed.** Embarazo en la adolescencia. Tu otro médico. Enero 2004. http://www.tuotromédico.com/temas/embarazo_adolescencia.html.
11. **Santeliz Luz Marina y otros.** Embarazo no deseado en adolescentes, factores que lo determinan. Corinto, Febrero – abril, 2004
12. **Ricardo Schwarz.** Obstetricia, 4ta. Edición. Buenos Aires.

ANEXOS

**CUESTIONARIO PARA RECOLECCION DE INFORMACION
EMBARAZO EN ADOLESCENCIA, EL JOBO 2005**

Nota: El uso de esta información será utilizado exclusivamente para estudios científicos.

A) Características Sociodemográficas – Socioculturales y Socioeconómicas

1. ¿Cuántos años tiene?
2. ¿Dónde vive?
3. ¿En que trabaja?
4. ¿Cuál es su estado civil, casada, soltera o acompañada?
5. ¿Sabe leer y escribir, a que grado llegó?
6. ¿Cuál es su religión?
7. ¿Con quién vive en su casa?
8. ¿Su padre toma licor?
9. ¿Como es la relación de sus padres?
10. ¿Cómo es la comunicación con sus padres?
11. ¿Usted tiene amigos?
12. ¿Tiene amigas que han salido embarazadas a su misma edad?
13. ¿Usted tiene amigos que ingieran licor?
14. ¿Sus amigas han abandonado el colegio al salir embarazadas?
15. Cuantas personas habitan en su casa?
16. ¿Cuántas personas trabajan?
17. ¿De que es el piso de su casa?
18. ¿Usted tiene letrina?
19. ¿Tiene luz eléctrica en su casa?
20. ¿De donde toman agua?

B) Características de Salud Reproductiva

1. ¿Usted usa algún método de planificación familiar?
2. ¿Qué métodos de planificación familiar ha usado?
3. ¿Dónde ha obtenido métodos de planificación familiar?

C) Características Ginecoobstétricas

1. ¿A los cuantos años vino su regla por primera vez?
2. ¿Cuántos años tenía cuando tuvo su primera relación sexual?
3. ¿Con cuantos compañeros ha tenido relaciones sexuales?
4. ¿Cuántas veces ha estado embarazada sin incluir este?
5. ¿Cuántos niños ha tenido?
6. ¿Usted ha tenido algún aborto?
7. ¿A usted le han hecho operaciones para tener niños?
8. Número de controles prenatales, se sacará expediente.
 - Uno
 - Dos
 - Más

- 9 Relación de padres : 1. Comunicativa _____
 2. Violenta _____
 3. Ninguna _____
- 10 Comunicación con tus padres: 1. Buena _____
 2. Regular _____
 3. Mala _____
 4. Ninguna _____
- 11 Tienes amigos: 1. Si _____
 2. No _____
- 12 Tus amigas han salido embarazadas a tu misma edad: 1. Si _____
 2. No _____
- 13 Tus amigos toman licor : 1. Si _____
 2. No _____
- 14 Tus amigos han abandonado el colegio : 1. Si _____
 2. No _____
- 15 # Personas en casa: 1 _____
 2 _____
 Más _____
- 16 # Personas que trabajan : 1 _____
 2 _____
 Más _____
- 17 Piso : 1. Tierra _____
 2. Embaldosado _____
 3. Ladrillo _____
- 18 Sanitario : 1. Letrina _____
 2. Inodoro _____
 3. Ninguno _____
- 19 Luz eléctrica : 1. Si _____
 2. No _____
- 20 Agua : 1. Potable _____
 2. Pozo _____
 3. Río _____

B) Salud Reproductiva.

1 Uso de planificación familiar : 1. Si _____
2. No _____

2 Método de planificación familiar usado (si su respuesta a la pregunta anterior es no, omite ésta):

- 1. Pastillas _____
- 2. Inyecciones _____
- 3. DIU _____
- 4. Condón _____
- 5. Otros _____

3 Donde obtienes métodos de planificación familiar :

- 1. Puesto de salud _____
- 2. Farmacia _____
- 3. Venta ambulante _____
- 4. Ninguno _____

C) Características Ginecoobstétricas.

1 Menarca : _____

2 IVSA : _____

3 # Compañeros sexuales : 1 _____
2 _____
Más _____

4 Gestas : 0 _____
1 _____
2 _____
Más _____

5 Partos : 0 _____
1 _____
2 _____
Más _____

6 Abortos : 0 _____
1 _____
2 _____
Más _____

7 Cesáreas : 0 _____
1 _____
2 _____
Más _____

8 # Controles prenatales : 1 _____
2 _____
Más _____

DATOS ANALIZADOS POR SPSS

EDAD

		No.	Porcentaje
Válidos	12	1	1.0
	13	1	1.0
	14	5	4.9
	15	12	11.8
	16	21	20.6
	17	31	30.4
	18	21	20.6
	19	10	9.8
	Total	102	100.0

PROCEDENCIA

		No.	Porcentaje
Válidos	Concentrados	11	10.8
	Dispersa	91	89.2
	Total	102	100.0

OCUPACION

		No.	Porcentaje
Válidos	Ama de Casa	64	62.7
	Doméstica	16	15.7
	Estudiante	2	2.0
	Profesional	2	2.0
	Otros	18	17.6
	Total	102	100.0

ESTADO CIVIL

		No.	Porcentaje
Válidos	Acompañada	53	52.0
	Casada	7	6.9
	Soltera	42	41.2
	Total	102	100.0

ESCOLARIDAD

		No.	Porcentaje
Válidos	Analfabeta	51	50.1
	Alfabeto	30	29.4
	Primaria	19	18.6
	Secundaria	2	2.0
	Total	102	100.0

RELIGION

		No.	Porcentaje
Válidos	Católicos	65	63.7
	Evangélicos	36	35.3
	Ninguno	1	1.0
	Total	102	100.0

MENARCA (AÑOS)

		No.	Porcentaje
Válidos	11	7	6.9
	12	30	29.4
	13	48	47.1
	14	14	13.7
	15	3	2.9
	Total	102	100.0

IVSA (AÑOS)

		No.	Porcentaje
Válidos	11	1	1.0
	12	8	7.8
	13	19	18.6
	14	22	21.6
	15	24	23.5
	16	21	20.6
	17	6	5.9
	18	1	1.0
	Total	102	100.0

No. COMPAÑEROS SEXUALES

	No.	Porcentaje
Válidos 1	68	66.7
2	33	32.4
3	1	1.0
Total	102	100.0

GESTAS

	No.	Porcentaje
Válidos 0	62	60.8
1	32	31.4
2	8	7.8
Total	102	100.0

PARTOS

	No.	Porcentaje
Válidos 0	70	68.6
1	31	30.4
2	1	1.0
Total	102	100.0

ABORTOS

	No.	Porcentaje
Válidos 0	90	88.2
1	11	10.8
2	1	1.0
Total	102	100.0

CESAREAS

	No.	Porcentaje
Válidos 0	100	98.0
1	2	2.0
Total	102	100.0

No. CONTROL PRENATAL

	No.	Porcentaje
Válidos 1	48	47.1
2	29	28.4
3	25	24.5
Total	102	100.0

PLANIFICACION FAMILIAR

	No.	Porcentaje
Válidos No	59	57.8
Si	43	42.2
Total	102	100.0

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

	No.	Porcentaje
Válidos 0	59	57.8
Pastilla	26	25.5
Inyección	17	16.7
Total	102	100.0

DONDE OBTIENE METODO

	No.	Porcentaje
Válidos Puesto de salud	35	34.3
Venta ambulante	8	7.8
Ninguno	59	57.8
Total	102	100.0

CON QUIEN VIVES

	No.	Porcentaje
Válidos Ambos padres	21	20.6
Madre	14	13.7
Padre	8	7.8
Pareja	55	53.9
Otro	4	3.9
Total	102	100.0

PADRE TOMA LICOR

		No.	Porcentaje
Válidos	Sí	62	60.8
	No	17	16.7
	No sabe	23	22.6
Total		102	100.0

RELACION PADRES

		No.	Porcentaje
Válidos	Comunicativos	31	30.4
	Violentos	38	37.3
	Ninguna	33	32.4
	Total	102	100.0

COMUNICACIÓN PADRES

		No.	Porcentaje
Válidos	Bueno	19	18.6
	Regular	59	57.8
	Malo	20	19.6
	Ninguno	4	3.9
	Total	102	100.0

AMIGOS

		No.	Porcentaje
Válidos	Sí	95	93.1
	No	7	6.9
	Total	102	100.0

AMIGAS EMBARAZADAS

		No.	Porcentaje
Válidos	Sí	65	63.7
	No	37	36.3
	Total	102	100.0

AMIGOS TOMAN LICOR

		No.	Porcentaje
Válidos	Sí	37	36.3
	No	65	63.7
	Total	102	100.0

AMIGOS ABANDONAN COLEGIO

		No.	Porcentaje
Válidos	Sí	62	60.8
	No	40	39.2
	Total	102	100.0

No. PERSONAS POR CASA

		No.	Porcentaje
Válidos	Dos	13	12.7
	Más	89	87.3
	Total	102	100.0

No. PERSONAS TRABAJANDO

		No.	Porcentaje
Válidos	Uno	28	27.5
	Dos	53	52.0
	Más	21	20.6
	Total	102	100.0

PISO

		No.	Porcentaje
Válidos	Tierra	84	82.4
	Embaldosado	12	11.8
	Ladrillo	6	5.9
	Total	102	100.0

SANITARIO

		No.	Porcentaje
Válidos	Letrina	54	52.9
	Ninguno	48	47.1
	Total	102	100.0

LUZ ELECTRICA

		No.	Porcentaje
Válidos	Sí	21	20.6
	No	81	79.4
	Total	102	100.0

AGUA

		No.	Porcentaje
Válidos	Potable	12	11.8
	Pozo	62	60.8
	Río	28	27.5
	Total	102	100.0