

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Tesis para optar al título de Médico y Cirujano

**“Factores de riesgo sociales del embarazo en
adolescentes en el Municipio de Nagarote”**

Autores:

- Br. Juan José Guadamuz Sampson
- Br. Boanerges Francisco Flores Herrera

Tutor:

Dr. Jairo José García
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Asesor metodológico:

Dr. Gregorio Matus
Máster en salud pública

León- Nicaragua 2007

DEDICATORIA

Dedico con mucho cariño este estudio a:

A Dios padre celestial todo poderoso, creador de la vida y la sabiduría del ser humano, por haber querido que me dedicase a esta ciencia y servir a otros seres humanos según su voluntad y por haberme dado el coraje y la sabiduría para superar los obstáculos y la tristezas.

A mis padres por haberme dado la vida y el esfuerzo que día a día han dedicado a nosotros para brindarnos la oportunidad y la dicha de estudiar y ser alguien en la vida.

A mis hijos Juan José y Angie Michelle que han sabido afrontar y superar sus pocos años de vida con valentía y tesón los retos de la vida y sus dificultades, por haber sido siempre fuente de inspiración para seguir aprendiendo en este hermoso arte de la medicina.

A mis hermanas las cuales han tenido la paciencia y voluntad de ayudarme siempre que las necesito.

A mis amigos, Silvio F. Casco (q.e.d.), Carlos Hernández, Walter García, Alland Delgado, Melvin Castillo, Carlos Ruiz, Carlos Flores, María Elena Pérez, Karla Sampson, Marvín González, Oscar F. Hernández y a todos a aquellos que de una u otra manera me brindado su apoyado y cariño de manera incondicional durante todos estos años de estudio.

De Juan José

DEDICATORIA ESPECIAL

Este trabajo esta dedicado especialmente en memoria de quien en vida fue **Dr. Silvio Fernando Casco Valle**, un gran hermano, amigo y esposo para todos los que lo conocimos, a quien el destino nos arrebató de este mundo y no pudo lograr realizar este sueño tan anhelado por ambos.

En este trabajo queda plasmado tu esfuerzo y dedicación querido amigo, siempre fuiste fuente de inspiración por tu bondad y sabiduría, gracias por haberme impulsado a que este trabajo se hiciera realidad.

Que el señor te cuide y te bendiga. Este no es un hasta nunca, sino un hasta siempre; se que algún día nos volveremos a encontrar para seguir siendo amigos por la eternidad.

“Los amigos son aquellos que te levantan cuando los demás ni siquiera saben que te has caído”

Parece que te fuiste pero no te has ido, vivirás siempre en nuestros corazones.

DR. SILVIO FERNANDO CASCO VALLE

6 Marzo de 1983 – 10 Febrero del 2007

De Juan José

DEDICATORIA

A DIOS: Por habernos dado la vida, y poder servir a los demás; por ayudarme a lo largo de toda mi vida en cada cosa que le pedía y salir adelante en aquellos momentos difíciles.

A mis Padres: (Dr Boanerge Flores y Dra Miriam Herrera) por estar siempre a mi lado y haberme guiado por un buen camino, por su comprensión, ayuda incondicional y el cariño que me han brindado.

A mis Hermanos: , Guissell, Violeta , Orlando, Douglas, por contar con ellos en todo momento sin su ayuda no hubiera podido culminar mis estudios.

A mis Amigos: Tania Figueroa, Kenia Escoto, Erick Turcios, Alejandro Selva , Carlos Pastora. Que de alguna u otra forma me han ayudado a lo largo de mi carrera y en la actualidad a culminar mis estudios

De Boanerge Francisco Flores.

Agradecimiento

Les damos gracias a través de estas líneas a las personas que en forma directa o indirecta nos brindaron su ayuda en la elaboración de este trabajo monográfico.

A nuestros padres, hermanas y hermanos, familiares, amigos y compañeros los cuales me han ayudado de manera desinteresada para la realización de este estudio.

A nuestros maestros en el aprendizaje de las ciencias médicas, por sus consejos y orientación sobre la base de una buena formación.

A la Dr. Silvia Areas Quiñones (Dir. Del Centro de Salud de Nagarote), por habernos dado siempre su apoyo y consentimiento para la realización de este estudio en ese hermoso municipio.

Al Lic. Alland Delgado y la Dra. Miriam Herrera por su ayuda incondicional en el procesamiento y análisis de los datos de nuestro trabajo.

A las jóvenes adolescentes que colaboraron con su ayuda dedicándonos su tiempo y paciencia.

RESUMEN

La maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe es relativamente común. En América Central, nacen cada año entre 99 y 139 niños por 1.000 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 llegara los 20 años. En Nicaragua, la tasa de fecundidad específica en las adolescentes ha sido considerada la más alta de la Región.

Las causas de este incremento podrían ser la limitada información que existe en los centros de enseñanza acerca de la educación sexual; además de la inadecuada atención de los padres de familia y los tabúes que todavía existen alrededor de este tema en la sociedad.

Se realizó un estudio analítico, de tipo caso-control, basado en 100 adolescentes embarazadas y 100 no embarazadas para determinar los factores sociales asociados a la gestación precoz en las áreas de salud del Municipio de Nagarote, durante el presente año 2007. Para el análisis estadístico se aplicó la prueba de Chi cuadrado y valor de P; se calcularon los riesgos relativos e intervalo de confianza (I.C.95%), de donde se derivó que entre los factores sociales que más repercutieron en la ocurrencia del embarazo a destiempo, figuraron: el bajo nivel de escolaridad, la inestabilidad y/o disfunción familiar, la no convivencia con los padres así como la falta de comunicación con los mismos, y la influencia de las amistades y los medios de comunicación sobre las relaciones sexuales.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	3
JUSTIFICACION.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS.....	7
HIPOTESIS.....	8
MARCO TEORICO.....	9
DISEÑO METODOLOGICO.....	28
RESULTADOS.....	34
DISCUSION.....	41
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	47
ANEXOS.....	51

d) CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

*Por favor, rodee en un círculo la respuesta que mejor se ajuste a la situación personal de la entrevistada.

CUESTIONARIO	Casi nuca	A veces	Casi siempre
1. ¿Estas satisfecha con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en casa?	0	1	2
4. ¿Estas satisfecha con el tiempo que tu y tu familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Sientes que tu familia te quiere?	0	1	2
PUNTUACION			
TOTAL			

Disfunción severa (0- 3 puntos)

Disfunción moderada (4-6 pts.)

Familia funcional (7-10 pts.)

- d) ¿Cómo consideras tú que es la comunicación con tus padres? Da un puntaje de 0 -10 en escala, siendo mayor o igual a 6 si consideras que la comunicación con tus padres es buena y menor o igual a 5, si la comunicación es mala?

Puntaje: Falta de comunicación con los padres **Si** _____ **No** _____

III. ENTORNO SOCIAL

- a) ¿Esta usted de acuerdo o en desacuerdo que las amistades influyen para que los adolescentes tengan relaciones sexuales?

De acuerdo _____ En desacuerdo _____

- a) ¿Consideras que los medios de comunicación influyen para que los adolescentes tengan relaciones sexuales?

Si _____ No _____

IV. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR

- a) ¿Cuánto conoce usted sobre métodos de planificación Familiar?

Bastante _____ **Muy poco** _____ **Nada** _____

- b) Qué tan accesible y/o al alcance consideras que es obtener los métodos de planificación familiar?

Fácil _____ **Regular** _____ **Difícil** _____

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimadas adolescentes:

El embarazo y la maternidad de adolescentes son los hechos más frecuentes que la sociedad quisiera aceptar; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí. En la actualidad son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia.

De acuerdo con esta problemática le solicitamos su participación voluntaria en el estudio que pretendemos llevar a cabo en el Municipio de Nagarote, el cual se titula: "**Factores de riesgo sociales del embarazo en adolescentes del Municipio de Nagarote**", **Departamento de León en el presente año 2007**. Dicho estudio tiene como objetivo *identificar los factores de riesgo sociales que más influyen en el embarazo en las adolescentes* con el propósito de brindar información actualizada sobre tal problema y así tratar de disminuir la incidencia de embarazos en dicha población, por medio de la realización de planes de intervenciones de los responsables de salud de esta área.

Agradeciéndoles de antemano su participación, les prometemos que la información recogida será utilizada para los propósitos antes mencionados con el debido respeto y anonimato de su persona.

Atentamente:

Br. Juan José Guadamuz Sampson

Br. Boanerges Francisco Flores Herrera

Nombre de la Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____/_____/2007

INTRODUCCION

El embarazo en adolescentes hoy en día es un problema de salud pública muy importante en latinoamérica, no solo asociado a trastornos orgánicos propios de la juventud materna, si no porque están implicados factores socio-culturales y económicos que comprometen el binomio madre e hijo.⁽¹⁾

La adolescencia fue considerada por largo tiempo sólo como un tránsito entre la niñez y la adultez, sin dedicarle mayor interés. En la actualidad, se considera como una etapa de la vida del ser humano donde ocurren complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que hacen necesario dedicarle nuestra atención. 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 autosuficiente en ambos sentidos.⁽²⁾

Uno de cada cuatro nacimientos en Nicaragua corresponde a mujeres de 15-19 años y la mitad de las adolescentes a los 19 años ya han estado alguna vez embarazadas, si bien la diferencia entre zona urbana y rural es significativa (23% contra 34%) la diferencia por niveles de instrucción es mayor.

Según los expertos de la organización mundial de la salud, el factor más importante en la producción del embarazo no deseado, en las adolescentes de los países del tercer mundo es la ignorancia que existe entre ellas, sobre su anatomía, la fisiología de la reproducción, el periodo fértil de la mujer y el acceso a los métodos anticonceptivos.⁽³⁾

El embarazo en cualquier edad constituye un hecho bio-psicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atender tanto contra la salud de la madre como la del hijo, y constituirse en un problema de salud, que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que acarrea.⁽⁴⁾

El inicio de relaciones sexuales en edades tempranas es favorecido por factores sociales, económicos, familiares, ambientales, psicológicos y educacionales que incrementa la incidencia de los embarazos en edades

tempranas. En la familia las carencias económicas, culturales de manifestaciones de afecto y aceptación hacia los hijos y la desunión entre sus integrantes, son factores que inducen a la adolescente a la búsqueda de gratificantes y sensaciones compensatorias; a lo que hay que agregar las imágenes día a día más insinuantes de la sexualidad libre que se ven o escuchan en los anuncios comerciales, en las películas, en las telenovelas o se leen en las revistas o periódicos donde se insinúan, se hablan, se viven las relaciones sexuales sin limitaciones como un acto normal en cualquier circunstancia.⁽⁵⁾

Todo ello induce a la adolescente a aceptar estos mensajes, sin criterio ni normas, como lo que "se usa" y, para no ser diferente a lo que han imbuido por todos los sentidos, sede ante las primeras insinuaciones sin tener la menor preparación psicológica, moral o de conocimiento para manejar las consecuencias que sus actos acarrearán.⁽⁶⁾

En las adolescentes el mayor riesgo comparativo observado no parece ser debido tanto a las especiales condiciones fisiológicas, si no más bien, a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente.

El embarazo irrumpe en la vida de los adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan 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.⁽²⁾

ANTECEDENTES

Las investigaciones sobre fecundidad y embarazo adolescente, de orientación tanto biomédica como social, exhibieron un gran impulso en la década de 1970 en los países desarrollados, sobre todo en Estados Unidos. En la región de América Latina y el Caribe el fenómeno se observó en los años ochenta y se consolidó a fines de esa década. El surgimiento de interés por el tema se ha justificado de diversas maneras, que se examinan a continuación.

En primer lugar, las tasas de fecundidad de las menores de 20 años se consideraban altas y eran vistas como un problema social e individual. No se tenían en cuenta las diferencias culturales, según las cuales en ciertas sociedades en que la maternidad a edad temprana es la norma aceptada e incluso alentada, ni el ciclo vital en el que muchas madres adolescentes están en uniones estables y tener hijos es lo esperado y deseado.

En segundo lugar, la preocupación se justificaba por el aumento de la fecundidad adolescente, si bien los datos no daban sustento a este argumento ya sea por falta de información o porque indicaban estabilidad o una tendencia contraria a las postuladas. También se señalaba el riesgo para la vida y la salud que, para la madre y el hijo, provendría de una maternidad temprana. Sin embargo, ya a fines de la década de 1970 había investigaciones que evidenciaban que los riesgos de salud para la madre adolescente y el hijo obedecían en gran medida a la falta de cuidados médicos y a deficiencias nutricionales debidas a su situación económica (las madres adolescentes eran mayoritariamente pobres) o al descuido de la propia salud, no eran consecuencia de la edad de las madres en sí misma.⁽⁷⁾

Las cifras de embarazos en la adolescencia no son exactas, ya que se establecen principalmente de los registros de hospitales y centros de salud que excluyen a quienes no solicitan sus servicios; sin embargo se han realizado aproximaciones. Así, por ejemplo, en 1980 se mencionaba que cada año más de

un millón de adolescentes en el mundo se embaraza; de las cuales 30,000 son menores de 15 años y en su mayoría son embarazos no planeados.⁽⁸⁾

La maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe es relativamente común. En América Central, nacen cada año entre 99 y 139 niños por 1.000 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 probablemente tendrán un hijo antes de llegar a los 20 años.

En Nicaragua, la tasa de fecundidad específica en las adolescentes representa la mayor proporción de la región de nacimientos por mil adolescentes en edades de 15-19 años, casi duplica la media centroamericana con 119 para el año 2001. Esta tasa es mayor en mujeres adolescentes del área rural ya que además del desconocimiento que tienen sobre reproducción humana y el poco acceso a métodos de planificación familiar, generalmente se unen y quedan embarazadas entre los 14 y 17 años, a través de la “unión de hecho”, formando familias estructuralmente inestables lo que a su vez va íntimamente relacionado con la deserción escolar y perpetuación del ciclo de la pobreza.⁽⁹⁾

De cada mil adolescentes nicaragüenses 158 se convierten en madres cada año, ocupando uno de los primeros lugares de América Latina.⁽¹⁰⁾

JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes es un fenómeno bio-psico-social que va en aumento diariamente y que produce cambios tanto en el joven como en el entorno social en el cual habita debido a las múltiples y graves consecuencias que dejan en los adolescentes y sus futuros hijos como por ejemplo muerte materno - infantil, ausentismo escolar y menos posibilidades laborales para los adolescentes, etc.

Este trabajo pretende realizar un primer diagnóstico sobre un solo aspecto de este fenómeno: lo social ya que el hombre desde su nacimiento se encuentra inmerso dentro de una sociedad y unos grupos específicos que le "imponen", de alguna manera, ciertas formas de pensamiento y pautas de comportamiento específicas para la mayoría de situaciones que enfrenta diariamente.

Tal situación se encuentra asociada a patrones conductuales, culturales, educativos, morales y otros, los cuales se vinculan a una actividad sexual precoz; por ello consideramos la necesidad de identificar los factores sociales que influyeron en la concepción del embarazo en la adolescencia en nuestra área de salud, que sirva de insumo para proponer un futuro plan de intervención a nivel preventivo sobre todo de educación sexual y sanitaria que se encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo etáreo; lo que garantizará una mejor calidad de vida para las adolescentes, disminuyendo de esta manera la morbi-mortalidad de estos al igual que sus futuros hijos, además de disminuir el abandono escolar que influye de manera directa con la perpetuación de la pobreza y rechazo de las mismas por la sociedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo sociales que influyen en el embarazo en adolescentes en el Municipio de Nagarote?

OBJETIVOS

General

“Identificar los factores sociales que predisponen al embarazo en adolescentes del municipio de Nagarote en el año 2007”.

Específicos

- Describir las variables sociodemográficas de la población de estudio.

 - Determinar los factores sociales que influyen en el embarazo en adolescentes.
-

HIPOTESIS

Cuando se presentan las siguientes situaciones:

- Bajo nivel de escolaridad.
- Separación de los padres.
- Situación socioeconómica baja.
- Falta de comunicación familiar.
- Falta de convivencia con los padres.
- Falta de comunicación con los padres.
- Influencia de las amistades y de los medios de comunicación sobre relaciones sexuales.
- Falta de conocimiento y accesibilidad sobre el uso de métodos de planificación familiar.

Es mayor la probabilidad de que ocurra embarazo en adolescentes.

MARCO TEORICO

La adolescencia es un período de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta. Comienza alrededor de los 12 o 13 años con la pubertad y termina hacia los 19 y 20 años. La pubertad es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de esperma en los varones, la maduración de los órganos reproductores y el desarrollo de características sexuales secundarias.⁽¹¹⁾ La O.M.S. define como *adolescencia* al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" la cual fija sus límites entre los 10 y 19 años de edad.⁽¹²⁾ Todo esto produce el alcance de la maduración sexual. El desarrollo de esta maduración marca unas posibles etapas de la sexualidad del adolescente que describen características muy generales de este proceso relacionadas con aspectos psicológicos y sociales.⁽¹⁾

Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.⁽¹³⁾ La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.⁽¹⁴⁾

Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

- **Adolescencia Temprana (10 - 13 años)**

Biológicamente, es el *periodo peri puberal*, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

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

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

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física, extrema curiosidad por su cuerpo y pares, exploración acentuada del auto-erotismo, muchas fantasías sexuales, y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico no predomina (coquetería, amor platónico, etc.).

- **Adolescencia Media (14 - 16 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus parejas, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física (Narcisismo), pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

- **Adolescencia Tardía (17 – 19 años)**

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas, desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

La sexualidad adolescente viene con expresiones y experiencias templadas durante infancia y por esto experiencias negativas, como el maltrato físico (incluso abuso sexual), la disgregación familiar, ambiente conflictivo; pueden afectar el desarrollo normal de la personalidad del adolescente. Además, en esta edad pueden hacerse manifiestos patrones latentes de desviaciones sexuales

(homosexualidad, transexualismo, voyeurismo, violencia sexual, sadismo, masoquismo).

Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: *"una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; **son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes**".*⁽¹⁾⁽¹⁴⁾

RELACIONES FAMILIARES

La familia es una unidad social que se encarga de la transmisión de valores culturales y de una propia ideología al sujeto. La familia es la gran célula de aprendizaje de convivencia humana, que permite, al mismo tiempo, el desarrollo autónomo de sus componentes y el ejercicio constante de la solidaridad. El estar dentro de una familia le da sentido de pertenencia al sujeto.

Los jóvenes al entrar a la pubertad presentan cierta rebeldía y tendencia a poner en tela de juicio normas que pudieran haber sido acatadas en el pasado sin mayores inconvenientes. Los jóvenes requieren razones, motivos, justificaciones de las normas y limitaciones que se les imponen. Se presenta el egocentrismo adolescente según el cual los jóvenes meditan acerca de la sociedad y sus instituciones y de cómo ellos desean reformarla, desde un punto de vista subjetivo. Aparece el cuestionamiento de valores en el plano religioso, moral, político, y no siempre los valores de los padres tienen resonancia en los hijos adolescentes. Para muchos padres, esta es una etapa dolorosa, pues sienten en el cuestionamiento de los jóvenes un rechazo personal a ellos, representados a través de su estilo de vida y de su visión del mundo.

Los padres pasan a un segundo plano ya que estos ya no tienen el mismo nivel de control sobre sus hijos. Los padres solo tienen acceso a conocer los detalles y la intimidad de sus hijos en la medida en que éstos quieran compartirla. Los

intereses de los padres y los adolescentes van cambiando y se van diferenciando cada vez más, lo que supone mayores dificultades de convivencia.

RELACIONES CON LOS PARES

La amistad es un aspecto clave en la adolescencia. Los amigos se convierten en su nueva "familia", en ellos se deposita la afectividad, la comunicación de la intimidad, la fidelidad total y el establecimiento de vínculos profundos. En los amigos se halla la forma de encuentro consigo mismo y con los demás en un plano de igualdad diferenciada. Al compartir las experiencias de los pares se desarrollan las propias.

El establecimiento de relaciones de amistad que son escogidas por los propios jóvenes hace que estos empiecen a pertenecer a grupos específicos. Los jóvenes suelen aceptar y adaptarse a las "normas" tanto explícitas como implícitas de estos grupos por temor a recibir desaprobación de los demás integrantes. Este sometimiento a las normas es producto de la necesidad que tiene en estos momentos de recibir aprobación social. Además, el grupo le permite una autovaloración ya que los amigos al aceptar o rechazar la forma de actuar, pensar y relacionarse del joven este podría aprender lo que es normal en su medio.

Rasgos fundamentales de la agrupación adolescente:

- **Adhesión:** necesidad del joven de diferenciar su mundo de dudas, incertidumbre, nuevas sensaciones y vivencias diversas, del mundo del adulto, que se le manifiestan como agresivo en la medida que parece tener respuesta para todo.
- **Dependencia:** nace de la afectividad, la elección libre de unos amigos produce en él un sentimiento de necesidad e intimidad.

RELACIONES DE PAREJA

La llegada de la adolescencia significa la adquisición de la capacidad psicoafectiva para sentir y desarrollar emociones identificables con el amor. Esta

capacidad afectiva lleva implícita la capacidad para discriminar sus afectos: *querer de distinta forma a cada una de las personas que le rodean, personalizar los afectos.*

Este proceso se inicia gracias a la gran capacidad para admirar y apasionarse que tiene el adolescente, para dejarse embelesar por personas que ejercen una gran atracción. Cuando a estas circunstancias se les asocia la fuerza de la carga erótica o de la atracción física, surge el enamoramiento. El adolescente siente un ansia apasionada por poseer, compartir y convivir con otro ser, de admirarle y desearle, de enamorarse con intensidad.

Se pueden comenzar a presentar las relaciones sexuales como un "fin inevitable" de la vinculación amorosa y todas las sensaciones gratificantes que esta genera. Se trata de manifestaciones de más genitalidad más que de una verdadera sexualidad. No hay, en tales relaciones, interioridad; obedecen a unos esquemas culturales que obliga a los jóvenes a usar sus facultades sexuales y a manifestarlo claramente.⁽¹⁵⁾

INICIACION SEXUAL

La iniciación sexual, entendiéndola como tal la primera experiencia coital, presenta particulares características dentro de nuestra cultura, por lo que se convierte en una meta, una experiencia que divide a la sexualidad en "infantil" y "adulta".

Más allá de las motivaciones conscientes o inconscientes que intervienen en el proceso de decisión de ser sexual con un/a otro/a, es prácticamente universal que el acto de la penetración sea vivido como el suceso o momento relevante. Marca un antes y un después en la persona.

Algunos mecanismos que influyen en el proceso de toma de decisión de un adolescente a la hora de tener una relación sexual son:

- *Factores evolutivos:* los jóvenes se encuentran físicamente preparados y maduros para tener una relación sexual mucho antes de encontrarse

psicológica y socialmente preparados para adoptar un comportamiento responsable y comprometido en lo que la relación de pareja se refiere.

- *Normas sociales:* de la negación cuasitotal y absoluta del sexo se ha pasado a una apertura sin límites que, de manera abierta, hace buscar el sexo. Un aspecto importante es el proceso de socialización diferente para hombre y mujeres. A ellos se les enseña a disfrutar el sexo y se les plantea una alta expectativa para luchar y presionar activamente para conseguir conquistas sexuales. A las chicas se les enseña que sus órganos sexuales no son solo para pasarla bien, sino el medio reproductor de la raza humana y además se les enfatizan que resistan las propuestas de los chicos. A este proceso de socialización diferencial contribuyen todas las agencias (familia, escuela, medios de comunicación, etc.) que intervienen en la educación de los niños.
- *Fuentes de influencia:* son diversas y no siempre mandan lenguajes coherentes entre sí.
 - **Familia:** en la familia se habla poco de sexo. Pocos padres explican a sus hijos temas como los métodos anticonceptivos de manera concreta. Hay un ambiente de poca confianza para que el joven pregunte sobre temas sexuales ya que, por lo general, los padres se muestran ambivalentes y en desacuerdo con respecto al sexo prematrimonial.
 - **Pares y amigos:** la influencia de los pares-iguales en lo que actitud y comportamiento sexual se refiere no es siempre positiva. La mayoría de los jóvenes obtienen su información sexual y acerca de los métodos anticonceptivos a través de amigos con quienes intercambian frecuentemente gran cantidad de errores dado que muchos de ellos conocen poco acerca de estos temas.
 - **Medios de comunicación:** exitosas películas, novelas y series televisivas actualmente venden a los jóvenes unos "modelos a imitar" como por ejemplo: la expresión cada vez menor del amor romántico, los anticonceptivos no se mencionan o rara vez están presentes, etc. Aunque algunos medios están cambiando en las imágenes sexuales que venden, fundamentalmente por la

amenaza del SIDA, todavía no son lo suficientemente seguros que conviene, por lo menos en el aspecto educativo.

- *Programas de educación sexual:* la mayoría de los programas se enfatizan en enseñanzas anatómicas y fisiológicas, menstruación, emisiones nocturnas, reproducción, etc. Estos temas "tradicionales" realmente no son los que le interesan a los jóvenes, ellos expresan el deseo de saber más e ir más allá explorando temas poco tratados como el placer sexual, los sentimientos de culpa acerca de la relación, el amor, el miedo al sexo, aborto, delincuencia sexual, prostitución, violación, sexo oral, etc. Por otra parte, se asume para el desarrollo de este tipo de programas, que es el desconocimiento acerca de temas sexuales y de los anticonceptivos lo que hace que el joven se comporte de manera no responsable. Sin embargo, Stout y Rivora (1989) señalan que no existe mucha relación entre la decisión de implicarse en actividades coitales premaritales y el conocimiento acerca de los anticonceptivos y la actividad sexual, y con demasiada frecuencia, la razón y las viseras toman caminos divergentes. Por último, el tipo de conocimientos impartidos es este tipo de programas parece, pues, ser necesario pero no suficiente para prevenir una actividad sexual irresponsable.
- *Contestarismo juvenil:* muchas ocasiones un comportamiento se mantiene por las consecuencias que produce. En otras palabras, las conductas que producen consecuencias positivas se realizan con más frecuencia, mientras aquellas a las que le siguen consecuencias negativas o menos positivas, se dejan de hacer. La actividad sexual, también la coital, especialmente para el varón, es seguida de una serie de consecuencias muy positivas: el placer. Utilizar anticonceptivos, por el contrario, implica una serie de consecuencias menos agradables como por ejemplo menor sensibilidad en el caso del condón. Otro factor importante que determina la frecuencia de un comportamiento radica en que sus consecuencias sean inmediatas o diferidas. Así, en este sentido, las consecuencias positivas, el placer, es inmediata e intensa. Las consecuencias negativas de este acto, un embarazo o contagio de enfermedad o virus, son inciertos y postergados.

La precocidad de las relaciones sexuales es mayor de lo que cabría esperar de la precocidad de la madurez genital y psicológica. A esta precocidad en las relaciones sexuales, se añade una increíble ignorancia de la fisiología femenina, incluso de parte de aquellas que tienen una actividad sexual regular. Esto es llamado "ingenuidad biológica".

Teniendo en cuenta lo anterior son mas los factores que llevan al joven a satisfacer sus impulsos sexuales que una sociedad que preferiría mantenerlos dormidos a través de un complejo aprendizaje de vida social que en realidad solo ha llenado el ambiente de mensajes sexuales implícitos que reducen todo a la genitalidad generando en los jóvenes una liberación sexual.

La libertad sexual es un problema de toda la adolescencia actual y no solo en lo que se refiere a su actitud frente a la sexualidad, sino también en lo respecta a sus reacciones frente a unos valores morales tradicionales, a la autoridad paterna y a la libertad. Es, pues, problema de toda la sociedad y de su forma de comportarse con respecto a su juventud y con respecto a sí misma.⁽¹⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

EMBARAZO PRECOZ

Esta iniciación sexual a edades muy tempranas puede generar múltiples consecuencias en la vida del adolescente y de todo el entorno que le rodea debido a la falta de "experiencia" y al poco cuidado que tienen en la realización de sus practicas sexuales probablemente porque a su edad todavía se consideran exentos de cualquier situación difícil. Una de las consecuencias que puede traer una vida sexual activa sin la responsabilidad que esta merece es un embarazo no planeado que en el caso de los jóvenes influiría drásticamente en sus vidas.

Un factor que influye en la iniciación sexual, como se menciona anteriormente, y por lo tanto en la posible aparición de embarazos precoces es el adelanto de la pubertad; esta sigue inmediatamente la adolescencia. Es importante tener en cuenta que solo pasados de tres a cinco años después de la pubertad la mujer reúne todas las condiciones físicas necesarias para dar a luz un bebé. Una adolescente correrá un riesgo tanto mayor de embarazo precoz cuanto más

pronto haya alcanzado su madurez sexual ya que su morfología femenina determinará una apetencia masculina que no tendrá en cuenta su edad real y porque, además, una precocidad de desarrollo físico puede ir acompañada de un adelanto en las formas de conducta y llevar mas pronto a las relaciones heterosexuales regulares. Además existe un fenómeno colectivo de gran importancia: un adelanto progresivo del promedio de edad de la pubertad. El adelantamiento de la edad de la pubertad se inscribe en un fenómeno global que es la aceleración secular del crecimiento, que implica igualmente un cambio progresivo de peso, la talla y, sin duda, el desarrollo intelectual y social. Esta evolución es el resultado de la mejora de condiciones de nutrición, higiene, tratamiento de enfermedades, etc. Las chicas de hoy pueden ser fecundadas de seis a doce meses antes de lo que podían serlo sus madres.⁽¹⁵⁾

Mientras ha estado ocurriendo esta aceleración en la maduración sexual de los adolescentes, la maduración social se ha ido haciendo más compleja; o sea, la persona adquiere el desarrollo de la adultez a mayor edad. El promedio de años de escolaridad ha estado aumentando y esa tendencia continuará para elevar el nivel cultural de la población. La maduración social más tardía es una necesidad y consecuencia del desarrollo. La adolescencia empieza antes y termina después. Constituye un periodo paradójico entre las posibilidades de un cuerpo dotado de facultades nuevas y las restricciones de un sistema social.

Además existen unas circunstancias particulares que posibilitan la fecundación de chicas muy jóvenes como casos particulares de un fenómeno muy general:

- *La prostitución:* es un importante factor en la frecuencia de la precocidad de los embarazos en jóvenes ya que esta edad este fenómeno ya existe. A veces suele tratarse de una prostituta verdadera, "profesional", organizada. Pero a menudo es una forma de prostitución mal definida que tiene difusas fronteras entre la verdadera prostitución y una actividad sexual desordenada. Este caso puede ser el de chicas que han tenido relaciones sexuales esporádicas con diferentes compañeros dentro de un grupo. Un día, el grupo necesita dinero. La chica se ha acostado con diversos compañeros, y ahora lo hace con otros en beneficio del grupo.

Mal que bien esta también es una apetencia al dinero en donde la sexualidad se ve reducida a su dimensión genital en una relación puramente física. Para algunas jóvenes esto puede ser ocasional pero otras caen en manos de proxenetas.

- *Violaciones:* es difícil evidenciar la frecuencia de la violación ya que algunas quedan disimuladas por la misma joven o por su familia; otras son denunciadas con posterioridad, para rehuir unas relaciones sexuales que, en su momento, fueron consentidas. La violencia sexual experimentada a la fuerza y el no-consentimiento pasivo o ingenuo frente a un joven u hombre mayor, demasiado seguro de sí mismos, con una forma de actuar y hablar envolvente, ejercen la violencia más moral y verbal que física. Otra característica de la violación es aspecto colectivo. La chica se ve "utilizada" por cuatro o cinco muchachos. Estos son realmente auténticos actos de violencia.
- *Relaciones incestuosas:* están implicadas adolescentes muy jóvenes, son frecuentes, principalmente en el caso del incesto entre padre e hija. La mayoría de estas chicas tienen sus primeras relaciones de esta índole entre los 10 y 15 años. Muchas de estas relaciones son silenciadas por la joven y la familia. Ocurre principalmente en familias de posición modesta. También se presenta el caso de la unión de una joven con su padrastro, marido o amante de su madre. Tales situaciones resultan cargadas de consecuencias para la adolescente, por la misma imagen deformada que recibe del hombre en el inicio de su vida sexual y se puede generar el sentimiento de rivalidad entre madre e hija lo que podría hacer aun más dramática la maternidad en la joven.
- *Debilidad mental:* la adolescente deficiente mental resulta vulnerable en lo que se refiere a abusos de tipo sexual. ⁽¹⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁸⁾

SOCIEDAD

El embarazo precoz es un problema de la sociedad de los adultos y del lugar que reservan a los jóvenes. El problema moderno de la adolescencia viene a ser el del lugar que se deja a los jóvenes en una sociedad de transición, es decir, que ha destruido sus ritos tradicionales sin sustituirlos y que esta

absorbida por los propios problemas de crecimiento. Ahora, los jóvenes se sienten más libres porque los mayores se ocupan poco de ellos; solo al interior de sus grupos de amigos o actividades sexuales, encuentran la satisfacción de la necesidad de relación y de comunicación que no les ofrece la familia más libres de aburrirse colectivamente durante el tiempo que les deja un sistema social que les juzga incapaces aún de ocupar en él una función. Más libres porque rechazan los valores morales tradicionales de los adultos. Los jóvenes tratan de llenar este vacío imaginando una forma de vida desprovista de lo que es considerado como hipócrita en la vida de los adultos. Los jóvenes son libres, pero experimentando con la necesidad de "orientación" y sin la ausencia de límites y referencias.

El embarazo y la maternidad tienen un significado cultural y social que es más importante, la mayor parte de las veces, sobre el significado biológico. No es el temor a riesgos particulares de origen biológico lo que lleva a tratar de evitar las maternidades precoces, sino el que estas implican dificultades de orden social.

Aparentemente, la sociedad se ha convertido muy tolerante respecto a las madres solteras, en las actitudes respecto a los derechos de las madres solteras y de sus hijos, en el aumento de formas de ayuda institucional; esta tolerancia contrasta hasta cierto punto con las dificultades con que se topan las familias. Pero esto no es más que una apariencia ya que si existe un rechazo general frente a la adolescente embarazada o madre soltera por parte de la familia, la escuela, exclusión global, no siempre expresada francamente para mantener una fachada de honorabilidad y dar un sentimiento de buena conciencia o pasar inadvertida.

La sociedad pone a las jóvenes en una situación prácticamente insostenible, ofreciéndoles la pauta de un comportamiento por el cual las castiga cuando llega a producirse. Los adolescentes no dejan de percibir confusamente que sus acciones genitales no son condenadas en realidad sino es el miedo al escándalo, el temor a los rumores y la obsesión al bebé lo que entraña un rechazo dirigido a la persona que a los actos que haya podido efectuar. Los

jóvenes saben muy bien que lo que las familias temen no es la actividad sexual, sino "tener problemas", es decir, un problema de embarazo.

El embarazo en adolescentes es un producto de la patología social: negligencia paterna, carencia afectiva, inseguridad, pobreza, ignorancia, violencia. La adolescente embarazada es la presa de la hipocresía de una sociedad que perdona sus actividades sexuales y condena su embarazo. Consciente o inconscientemente, deliberadamente o por impotencia, se da mayor libertad sexual a los jóvenes, pero la sociedad permanece o vuelve a ser repentinamente moralizadora y represiva frente a las consecuencias de dicha libertad. Achacar la culpabilidad y la responsabilidad a la adolescente evita a los adultos el preguntarse por su propia responsabilidad y culpabilidad. El rechazo es la reacción más cómoda; se pone una simple etiqueta, a fin de no ver que se trata de un problema más general. Al condenar a la joven embarazada, se defiende a la sociedad y sus instituciones. El rechazo es a veces muy disimulado y puede adoptar el disfraz de una solución de acogida o de integración. Multiplicar los auxilios de carácter material o médico puede corresponder a un proceso de exclusión. Crear establecimientos donde las jóvenes viven sus embarazos bien protegidos y vigilados para no correr con el riesgo de herir el pudor y el equilibrio psíquico de los adultos, muestra más marginación que posibilidad de favorecer la integración social. Tener piedad de la joven embarazada es colocar a la "pobre chica" en una categoría aparte, víctima de falta de protección de la familia y del egoísmo de los hombres; es levantar una barrera entre el testigo impotente y silencioso, y los otros, los responsables.

El embarazo y la maternidad en la adolescencia tienen un alto carácter peyorativo, tanto para la misma joven como para su hijo si la gestación llega a término. Las dificultades son numerosas, a corto y a largo plazo: el adolescente es frágil y se vuelve más frágil aun por el embarazo; el pronóstico médico, escolar, familiar y profesional resulta sobrio, al igual que el futuro del niño y la relación madre-hijo; los embarazos seguidos y demasiado precoces constituyen un factor de alto riesgo y la joven madre tiene pocas probabilidades de llegar a formar un día una familia estable, o incluso de llegar a obtener un estatuto de autonomía social.

Más que por razones de inmadurez biológica o psicológica de la joven adolescente, estas maternidades aparecen tan difíciles de asumir debido a que nuestro sistema social mantiene contradicciones respecto a los adolescentes. La muchacha puede concebir un hijo y darlo a luz, pero no está preparada por una educación, una madurez social y una autonomía suficientes para criarlo sin dificultad.

Una muestra real de todo lo anterior es la reacción de padre y madre al enterarse del embarazo de la hija. Hay poca comprensión y ayuda afectuosa. Lo que primero acude al ánimo de los padres no es tanto que ocurre con su hija sino que va ocurrirles a ellos. Esta herida paterna profunda da lugar enseguida a severos e irracionales reproches. Ante esto la joven se siente sola para asumir el conflicto y con una gran carga de culpabilidad. A veces, la revelación del embarazo da lugar a un violento enfrentamiento entre los mismos padres. Esta es una actitud inmedatista, epidérmica e impulsiva que casi todos los padres adoptan.⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾

CONSIDERACIONES PSICOSOCIALES PARA EL AUMENTO DE LOS EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

a. – Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

b. – Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

c. – Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

d. – Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

- 1. –Estratos medio y alto:** la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
- 2. –Estratos más bajos:** donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.⁽¹⁷⁾

RAZONES SOCIALES QUE FACILITAN LA INICICACION SEXUAL TEMPRANA

- 1. Familia disfuncional:** la familia del adolescente no funciona como sistema, no cumple sus cometidos, no hay vinculación y tampoco es un centro de contención.

- 2. Familia desintegrada:** Uno de los padres del adolescente hace falta, con más frecuencia el varón, y la familia no funciona. Sin embargo, a la ausencia de un padre por si misma no es motivo para la disfunción familiar; abundan familias que son grandes familias y falta el padre o la madre.
- 3. Pertenencia a zonas marginadas:** el barrio si constituye un peligro, el cual aumenta cuando la familia del adolescente no funciona. Las conductas de riesgo son diversas y por lo general se promueven y sustentan por jóvenes adultos que acosan a quienes no cooperan con ellos. Muchos adolescentes obligados desvían sus conductas por presión a estos grupos, ya sea de manera temporal o permanente; otros, sin mucha formación, carentes de autoestima y sin un buen medio familiar contenedor al final se asocian con ellos como única forma de recibir apoyo, tener reconocimiento y pertenencia y poder así sobrevivir en el barrio.
- 4. Dependencia del grupo de pares:** La familia de nuevo no pone atención ni afecto y comunicación. Entonces, el adolescente vive en soledad y privación social y afectiva. Esta situación le obliga a vincularse con pares y a depender de ellos; en conjunto establecen códigos para identificación y en ocasiones son nómadas dentro de una misma región. Dejan sus hogares, si estos alguna vez lo fueron.
- 5. Relación o participación en bandas y grupos promiscuos de conducta antisocial:** estos grupos pueden incluir personas de un solo sexo o de ambos. Los participantes tienen como objetivo común aportarse identidad de grupo y crear a si sentido de pertenencia. Muchos de ellos viven por temporadas en sus hogares.

Los grupos tienen jerarquías y lo integran personas de edades muy diversas. No se adoptan por la preferencia sexual o la identidad en la

conducta antisocial; los menores toman de dichos grupos las conductas que mas tarde les caracterizara.

- 6. Abandono de la escuela:** Estos adolescentes carecen de control en sus hogares, vagan y no pertenecen a grupos juveniles, deportivos, de diversión o laboral, tampoco trabajan y quienes intentan hacerlo sufren rechazo por su gran problemática personal y social.

- 7. Imposibilidad para resolver la crisis de adolescencia:** la iniciación sexual temprana se facilita en adolescentes que desde niños tienen numerosos problemas personales y de carácter psicosocial. Esos conflictos más que conducir a una conducta delictiva se convierten en un impedimento para resolver la crisis de la adolescencia. Así, los jóvenes se dedican a una “vida” hedonista que no les enaltece ni le lleva a la creatividad; más bien les degrada por vivir el sexo y otras licencias para autocalificarse como “seres en busca de si mismos”. Sin embargo, ellos no mantienen compromiso afectivo o responsabilidad alguna para con su “pareja” o su proyecto de vida; la sociedad con sus diferentes opciones tampoco “les interesa” y se mantiene al margen.⁽¹⁵⁾

CONSECUENCIAS DE UN EMBARAZO PRECOS

La joven corre el riesgo de experimentar anemia, preclamsia y complicaciones en el parto, así como un alto riesgo de mortalidad propia durante el embarazo. Los bebes de madres adolescentes tiene una alta tasa de mortalidad al igual que pueden experimentar mal formaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia o parálisis cerebral. Estos niños experimentan muchos mas problemas de conductas y funcionamiento intelectual disminuido.

Hay problemas maritales y mayores probabilidades de divorcio en parejas jóvenes que se unieron producto de un embarazo. Debido a esto, los hijos de adolescentes pasan gran parte de su vida en un hogar monoparental, y ellos se convierten en una población potencial para generar embarazos no deseados en su futura adolescencia.

Las muchachas embarazadas tienen pocas probabilidades de continuar sus estudios debido a que algunas instituciones educativas optan por negarles la entrada por temor de que puedan influir desfavorablemente en otros alumnos. Estas chicas que han abandonado los estudios, raramente vuelven a tener oportunidad de retomarlos donde los dejaron. De igual manera los padres jóvenes corren un alto riesgo de experimentar periodos de desempleo o menor salario.

Otra consecuencia del embarazo en edades tempranas es el riesgo de aborto. Por lo general, las adolescentes que están en edades de gestación tardías (mas de 12 semanas). Las causas por las que se producen estos retrasos son muy variadas. En primer lugar, existe un desconocimiento de los signos de embarazo, una dificultad de comunicárselo a la familia, una falta de posibilidades económicas, deseos expresados de tener el hijo y una ambivalencia en relación con este hecho, a pesar de las dificultades, falta de consultas apropiadas donde consejo y la solución les puedan ser facilitados.

La reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser supremamente fuerte que puede llevarla al suicidio o intento de suicidio teniendo en cuenta que esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, pueden ser fácilmente considerados como "factores suicidógenos circunstanciales".

La situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; las dificultades personales o familiares que traen consigo el embarazo, las que originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, la inquietud de un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se han de tomar; es vacío afectivo; etc.⁽¹⁾⁽¹⁹⁾

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio y diseño general

Estudio analítico de caso – control no pareado

Área de estudio

El presente estudio se realizó en el Municipio de Nagarote el cual está ubicado a 42 Km al Oeste de la capital Managua y a 50 Km de la ciudad de León.

Este territorio posee los siguientes límites geográficos:

Al Norte con el municipio de la Paz Centro y el Lago Xolotlán.

Al Sur con el municipio de Villa Carlos Fonseca (Managua).

Al Este con municipio de Mateares (Managua).

Al Oeste con el Océano Pacífico.

Este municipio tiene 45 comarcas y 32 barrios urbanos. Su población es de aproximadamente 35,714 habitantes, de las cuales la población urbana corresponde 20.464 (57.3%) y la rural es de 15.350 (42.7%). En el Municipio de Nagarote para el último trimestre del año 2006, la población de mujeres adolescentes era aproximadamente 4,472 personas.

RED DE SERVICIOS DE SALUD

Esta compuesto por un centro de salud (Dr. Raúl Vargas Pérez) y tres puestos de salud los cuales son: P/S Puerto Sandino, P/S El Transito y P/S San Lorenzo. El ministerio de salud cuenta con 5 médicos generales y 1 médico general del fondo social, 2 de ellos están fijos en 2 puestos de salud, mientras que el puesto de salud de San Lorenzo es visitado 2 veces a la semana.

Población de estudio

Se estudiaron las mujeres adolescentes que han asistido a las unidades de salud del Municipio de Nagarote en el presente año 2007.

Se tomó una muestra de 200 mujeres adolescentes (10 -19 años); 100 de las cuales eran adolescentes embarazadas y 100 no estaban embarazadas a las cuales se les realizó una encuesta sobre factores de riesgo sociales presentes (actuales) en el momento de la entrevista.

Caso: Se consideró caso a toda **adolescente embarazada** que acudió a las unidades de salud del Municipio de Nagarote en el periodo de tiempo antes definido.

Control: Se tomó como control a toda mujer adolescente **no embarazada** que habita en los mismos sectores de donde acudieron los casos.

Criterios de inclusión de casos:

1. Que la edad de las pacientes en estudio este comprendida entre los 10 - 19 años de edad.
2. Prueba de Gravidéz positiva.
3. Que la paciente acepte voluntariamente participar en el estudio.
4. Que asistió sucesivamente a los controles prenatales.

Criterios de exclusión de casos:

1. Que la edad de las pacientes en estudio no este comprendida entre los 10 – 19 años de edad.
2. Que la paciente rehúse a participar en el estudio.
3. Paciente inasistente a los controles prenatales.

Fuente de Información

Primaria: Se realizó una entrevista a la paciente con una ficha previamente elaborada en función de los objetivos propuestos y con el debido consentimiento de la misma.

Secundaria: Libro de registro del programa de C.P.N. de cada unidad de salud para ubicar la dirección de las pacientes.

Variables del estudio

VARIABLE	OPERACIONALIZACION
Bajo nivel de Escolaridad	No sabe leer, ni escribir (Analfabeta) Primaria incompleta (menor de 6 grado aprobado)
Situación socioeconómica baja y media	Situación Baja (Si tenia de 0 a 3 condiciones o artículos) Media (Si tenia de 4 a 6 condiciones o artículos)
Separación de los padres	Están separados
Falta de convivencia con los padres	Considerando falta de convivencia cuando: * Convive con 1 de ellos *No convive con sus 2 progenitores (Ver ficha de recolección de datos - en anexos)
Disfunción familiar	Disfunción familiar severa (puntaje de 0 a 3) en el cuestionario APGAR Disfunción familiar moderada (puntaje de 4 a 6) en el cuestionario APGAR
Falta de comunicación con los padres	Puntaje menor de 5 en pregunta adaptada para tal efecto (Ver ficha de recolección de datos - en anexos)
Influencia de amistades sobre las relaciones sexuales	Respuesta " <i>de acuerdo</i> " en ficha de recolección de datos.
Influencia de medios de comunicación sobre las relaciones sexuales	Percepción positiva (si) de la adolescente en ficha de recolección de datos.
Pocos conocimientos sobre métodos de planificación familiar	Muy poco Nada
Difícil accesibilidad a métodos de planificación familiar	Regular Difícil

- **Nivel socioeconómico:** Se basa en el número de condiciones, servicios y/o artículos disponibles en el hogar, de un total de 10: radio, electricidad. Cuarto o mas cuartos, agua por cañería, televisión, refrigerador, cocina de gas o eléctrica, teléfono, inodoro y vehículo.⁽²¹⁾

Se clasificaran de la siguiente manera:

- **Bajo:** Si tenia de 0 a 3 condiciones o artículos.
 - **Medio:** Si tenia de 4 a 6 condiciones o artículos.
 - **Alto:** Si tenia de 7 a 10 condiciones o artículos.
- **Disfunción familiar** - Se realizó el Cuestionario **APGAR** familiar (*Family APGAR Questionnaire*)

El Apgar Familiar (Family APGAR Questionnaire) consta de cinco ítems que recogen la **percepción de disfunción familiar** por el sujeto que contesta, mediante cinco variables relacionadas con el funcionamiento familiar. Hay datos que apoyan el uso del test de Apgar Familiar como un instrumento fiable y útil para medir el nivel de satisfacción con la función familiar.

Mediante la categorización de 0 a 2 el sujeto da su percepción sobre cinco dimensiones del funcionamiento de su familia: 1) Estar satisfecho de la ayuda recibida por la familia, 2) Estar satisfecho con la forma en que la familia discute y comparte, 3) Creer que la familia acepta y apoya sus deseos, 4) Sentir que la familia le quiere, y 5) Estar satisfecho con el tiempo que la familia y el encuestado pasan juntos. Se estima que existe una "disfunción severa" en una familia, cuando la suma total de la puntuación de las cinco variables puntúa entre 0 y 3, y de "disfunción leve" cuando es de 4 a 6, considerándose la percepción de la familia como funcional cuando la puntuación osciló entre 7 y 10.

Procedimiento y recolección de la información

Previa a la recolección de la información se solicitó autorización a la dirección del centro de salud del municipio de Nagarote para poder realizar dicho estudio,

posteriormente se visitó el área de estadística del centro de Salud Raúl Vargas Pérez con el propósito de investigar sobre el total de adolescentes embarazadas que acudían al control prenatal de las cuatro unidades de salud, para luego buscarla en el libro de registro del programa de C.P.N. de cada unidad de salud y así ubicar la dirección de dicha paciente.

Instrumento de recolección de datos:

Se realizó una encuesta de recolección de datos con preguntas abiertas y cerradas el cual fue aplicado por personal previamente capacitado para el manejo del mismo conformado por médicos generales y personal de enfermería. Previo a la recolección de la información se realizó una prueba piloto con 5 adolescentes mujeres en donde se encontraron errores de conceptos e interpretaciones por parte de las entrevistadas a las que posteriormente se corrigieron.

Análisis de la información:

Una vez obtenida la información necesaria, se ingresaron los resultados en una base de datos elaborada en el software **Microsoft Access Database 2007** los que posteriormente fueron analizados en el programa estadístico informático **SPSS (Statistical Product and Service Solutions)** versión 15, para Windows XP, realizándose el análisis de los diferentes grupos de población; cálculo del χ^2 , O.R, intervalo de confianza al 95% (IC 95%) y valor de p para las diferentes variables incluidas en el estudio.

Aspectos éticos:

Se visitaron a los responsables de las unidades de salud de Municipio de Nagarote con el fin de solicitar de manera formal la autorización para realizar el presente estudio, explicándoles los propósitos y objetivos del mismo. Previo a la entrevista se solicitó autorización a cada una de las adolescentes asegurándole respeto, integridad, dignidad, beneficio y anonimato de los resultados (De acuerdo a las recomendaciones éticas de Helsinki)²², además que la información

brindada por ellas iba a ser manejada única y exclusivamente por los autores para fines de estudio.

Control de Sesgos:

1. Sesgo de selección: Se visitó el área de estadística del Centro de Salud Raúl Vargas Pérez, con el fin de constatar el total de adolescentes embarazadas que acudían al control prenatal de las cuatro unidades de salud, para luego ser entrevistadas por parte del personal de salud previamente capacitado.
2. Sesgo de recolección de la información: Se realizó una lista con los nombres de las adolescentes embarazadas con el fin de evitar sesgo de duplicación de datos y otra lista con adolescentes no embarazadas del mismo sector en donde el entrevistador iba tachando los nombres de cada una de las adolescentes entrevistadas.
3. Sesgo de análisis: Los datos obtenidos fueron procesados de manera automatizada en el programa estadístico SPSS versión 15.0 para WINDOWS.

RESULTADOS

En el presente estudio realizado en el Municipio de Nagarote y sus sectores sobre **factores sociales del embarazo en adolescentes** se entrevistaron un total de 200 adolescentes mujeres, de las cuales las 100 adolescentes embarazadas fueron captadas en el centro y puestos de salud de Nagarote. La edad mínima entrevistada fue de 10 años (0.5%) y la máxima de 19 años (10.5%), con una media de 16.33, tomando en consideración la clasificación de adolescencia por la O.M.S. que va desde los 10 a 19 años y la clasifica como: adolescencia temprana de 10 a 13 años (7%), en las cuales no habían embarazadas; adolescencia intermedia de 14 a 16 años con un 42% en los casos y 47% en los grupos controles para un total de (44.5%); adolescencia tardía de 17 a 19 años, con un 58% en los casos y un 39% en el grupo control; para un total de (48.5%).

De acuerdo al estado civil de las adolescentes entrevistadas se encontró que el mayor porcentaje del total de adolescentes estaban solteras (55.5%), de estas el 78% no estaban embarazadas a diferencia de los casos que correspondió a un 33%; por otro lado se encontró en el grupo de las acompañadas un mayor porcentaje de embarazos con un 56% en comparación con el grupo control con un 19%.

En lo que respecta al sector, el mayor porcentaje de las entrevistadas eran del área urbana (Centro de la ciudad de Nagarote y sus alrededores) el cual correspondió a un 71% del total de la muestra (200), el resto pertenecían al área rural (Puerto Sandino, El Transito y San Lorenzo) con un 29%. Dentro de estos sectores el mayor porcentaje de adolescentes se concentró en Nagarote con un 33% para los casos (embarazadas) y un 38 % para los controles (no embarazadas), mientras que el menor número embarazadas fue obtenido en el Balneario el Tránsito con 6%.

En cuanto al nivel de escolaridad se encontró que el 49 (24.5%) de las 200 encuestadas tenían un *bajo nivel de escolaridad* de las cuales el 31 % estaban embarazadas a diferencia del 18 % que no estaban embarazadas.

En relación al nivel socioeconómico, se encontró que el 101 (50.5%) de la población en estudio reflejo tener un *bajo nivel socioeconómico*; de estas el 60% estaban embarazadas al contrario del grupo de las no embarazadas que correspondió a un 41%. (Ver tabla 1)

Embarazadas	No embarazadas	Total	
Nº	Nº	Nº	%

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las adolescentes del municipio de Nagarote.

Edad				
10 -13	0	14	14	7%
14 -16	42	47	89	44.5%
17 -19	58	39	97	48.5%
Estado civil				
Soltera	33	78	111	55.5%
Casada	11	3	14	7%
Acompañada	56	19	75	37.5%
Procedencia				
Rural	35	23	58	29%
Urbana	65	77	142	71%
Escolaridad				
Alta	69	82	151	75.5%
Baja	31	18	49	24.5%
Nivel socioeconómico				
Alto	40	59	99	49.5%
Bajo	60	41	101	50.5%
Total	100	100	200	100%

Al hacerle la pregunta si los padres conviven juntos, el 61.5% de las 200 encuestadas respondieron que sus *padres están separados*, de las cuales 62% estaban embarazadas y un 61% no estaban embarazadas. Se observó además que el 49.5% de las 200 adolescentes no conviven con sus padres, de estos el 54% estaban embarazadas en comparación con el grupo de las no embarazadas que representó un 45%.

Cuando se les realizó el cuestionario APGAR familiar sobre la percepción de la disfunción familiar se encontró que el 58 (29%) de las 200 encuestadas tenían *disfunción familiar*, representando un 65% de embarazadas y con un 77% para las no embarazadas.

En relación a la variable comunicación con sus padres en el grupo de los casos se encontró que un 23% tenían *falta de comunicación*, en cambio el grupo de los

controles el porcentaje fue menor con un 17%; por tal razón solamente un 20% de las 200 encuestadas tenía falta de comunicación con sus padres. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Datos sobre separación de los padres, falta de convivencia y comunicación con los padres y disfunción familiar, de las adolescentes del Municipio de Nagarote.

	Embarazadas Nº	No embarazadas Nº	Total	
			Nº	%
Separación de los Padre				
Si	62	61	123	61.5%
No	38	39	77	38.5%
Vive con su papa y/o con su mama				
Si	46	55	101	50.5%
No	54	45	99	49.5%
Disfunción Familiar				
Sí	35	23	58	29%
No	65	77	142	71%
Falta de comunicación sus padres				
Si	23	17	40	20%
No	77	83	160	80%
Total	100	100	200	100%

En cuanto a las influencia de las amistades sobre las relaciones sexuales, encontramos que 124 (62%) de las 200 adolescentes encuestadas estuvieron de acuerdo con que las amistades influyen sobre el inicio precoz de relaciones sexuales, de estas un 34.5% estaban embarazadas, a diferencia de un 27.5% que no estaban embarazadas.

En la pregunta sobre la influencia de los medios de comunicación sobre las relaciones sexuales encontramos que en el grupo de los casos el 53% considero que si existe *influencia de los medios de comunicación* sobre esta condición en comparación con el grupo control que obtuvo un porcentaje un poco menor 51%, por tal razón el mayor porcentaje (52%) de las 200 encuestadas respondieron que si existe influencia de los medios de comunicación. (Ver tabla 3)

Tabla 3. Datos sobre influencias de las amistades y medios de comunicación sobre las relaciones sexuales, de los adolescentes del municipio de Nagarote

	Embarazadas N°	No embarazadas N°	Total	
			N°	%
Influencia de las amistades sobre las relaciones sexuales				
De acuerdo	69	55	124	62%
En desacuerdo	31	45	76	38%
Influencia de los medios de comunicación sobre las relaciones sexuales				
Si	53	51	104	52%
No	47	49	96	48%
Total	100	100	200	100%

Con relación a conocimientos y actitudes sobre métodos de planificación familiar, encontramos que 159 (79.5%) de las 200 encuestadas consideran tener *pocos conocimientos sobre planificación familiar*, de estas un 78% correspondió al grupo caso y un 81% para el grupo de los controles.

Se encontró también que 132 (66%) del total de las adolescentes consideraban que les era difícil tener acceso a los métodos de planificación familiar dentro de las cuales un 65% estaban embarazadas a diferencia de un 67% que no lo estaban. (Ver tabla 4)

Tabla 4. Datos sobre conocimientos y actitudes de la adolescente del municipio de Nagarote.

	Embarazadas Nº	No embarazadas Nº	Total Nº	%
Conocimientos sobre métodos de planificación familiar				
Bastante	22	19	41	20.5%
Nada	78	81	159	79.5%
Accesibilidad a métodos de planificación familiar				
Fácil	35	33	68	34%
Difícil	65	67	132	66%
Total	100	100	200	100%

Dentro de los factores de riesgo que fueron estadísticamente significativos encontramos:

- **Bajo nivel de escolaridad** con un O.R de 2.047 y un intervalo de confianza de 1.054 – 3.973.
- **Nivel socioeconómico bajo**, con un O.R de 2.159 y un Intervalo de confianza de 1.277 – 3.727.
- **Influencia de las amistades sobre las relaciones sexuales**, con un O.R de 1.821 y un I.C. al 95% de 1.021 a 3.248. (ver tabla 5).

TABLA 5. TOTAL DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS EXPUESTAS A LAS DIFERENTES CONDICIONES SOCIALES SOSPECHOSAS DE CONSTITUIR FACTORES DE RIESGO SOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

FACTORES RIESGO		EMBARAZADA	NO EMBARAZADA	ODDS RATIO	IC – 95%	VALOR DE P																																																																																						
Bajo Nivel de escolaridad	Si	31	18	2.047	1.054 – 3.973	.033																																																																																						
	No	69	82				Separación de los Padres	Si	62	61	1.043	.590 - 1.844	.884	No	38	39	Situación socioeconómica baja	Si	60	41	2.159	1.277 – 3.727	.007	No	40	59	Disfunción familiar	Si	35	23	1.803	.969 – 3.355	.061	No	65	77	Falta de convivencia con los padres	Si	54	45	1.435	.822 – 2.503	.203	No	46	55	Falta de comunicación con los padres	Si	23	17	1.458	.725 -2.935	.289	No	77	83	Influencia de las amistades sobre las relaciones sexuales	Si	69	55	1.821	1.021 – 3.248	.041	No	31	45	Influencia de los medios de comunicación sobre las relaciones sexuales	Si	53	51	1.083	.622 – 1.887	.777	No	47	49	Pocos conocimientos sobre métodos de planificación familiar	Si	78	81	.832	.418 – 1.655	.599	No	22	19	Difícil accesibilidad a métodos de planificación familiar	Si	65	67	.915	.509 – 1.624
Separación de los Padres	Si	62	61	1.043	.590 - 1.844	.884																																																																																						
	No	38	39				Situación socioeconómica baja	Si	60	41	2.159	1.277 – 3.727	.007	No	40	59	Disfunción familiar	Si	35	23	1.803	.969 – 3.355	.061	No	65	77	Falta de convivencia con los padres	Si	54	45	1.435	.822 – 2.503	.203	No	46	55	Falta de comunicación con los padres	Si	23	17	1.458	.725 -2.935	.289	No	77	83	Influencia de las amistades sobre las relaciones sexuales	Si	69	55	1.821	1.021 – 3.248	.041	No	31	45	Influencia de los medios de comunicación sobre las relaciones sexuales	Si	53	51	1.083	.622 – 1.887	.777	No	47	49	Pocos conocimientos sobre métodos de planificación familiar	Si	78	81	.832	.418 – 1.655	.599	No	22	19	Difícil accesibilidad a métodos de planificación familiar	Si	65	67	.915	.509 – 1.624	.765	No	35	33						
Situación socioeconómica baja	Si	60	41	2.159	1.277 – 3.727	.007																																																																																						
	No	40	59				Disfunción familiar	Si	35	23	1.803	.969 – 3.355	.061	No	65	77	Falta de convivencia con los padres	Si	54	45	1.435	.822 – 2.503	.203	No	46	55	Falta de comunicación con los padres	Si	23	17	1.458	.725 -2.935	.289	No	77	83	Influencia de las amistades sobre las relaciones sexuales	Si	69	55	1.821	1.021 – 3.248	.041	No	31	45	Influencia de los medios de comunicación sobre las relaciones sexuales	Si	53	51	1.083	.622 – 1.887	.777	No	47	49	Pocos conocimientos sobre métodos de planificación familiar	Si	78	81	.832	.418 – 1.655	.599	No	22	19	Difícil accesibilidad a métodos de planificación familiar	Si	65	67	.915	.509 – 1.624	.765	No	35	33																
Disfunción familiar	Si	35	23	1.803	.969 – 3.355	.061																																																																																						
	No	65	77				Falta de convivencia con los padres	Si	54	45	1.435	.822 – 2.503	.203	No	46	55	Falta de comunicación con los padres	Si	23	17	1.458	.725 -2.935	.289	No	77	83	Influencia de las amistades sobre las relaciones sexuales	Si	69	55	1.821	1.021 – 3.248	.041	No	31	45	Influencia de los medios de comunicación sobre las relaciones sexuales	Si	53	51	1.083	.622 – 1.887	.777	No	47	49	Pocos conocimientos sobre métodos de planificación familiar	Si	78	81	.832	.418 – 1.655	.599	No	22	19	Difícil accesibilidad a métodos de planificación familiar	Si	65	67	.915	.509 – 1.624	.765	No	35	33																										
Falta de convivencia con los padres	Si	54	45	1.435	.822 – 2.503	.203																																																																																						
	No	46	55				Falta de comunicación con los padres	Si	23	17	1.458	.725 -2.935	.289	No	77	83	Influencia de las amistades sobre las relaciones sexuales	Si	69	55	1.821	1.021 – 3.248	.041	No	31	45	Influencia de los medios de comunicación sobre las relaciones sexuales	Si	53	51	1.083	.622 – 1.887	.777	No	47	49	Pocos conocimientos sobre métodos de planificación familiar	Si	78	81	.832	.418 – 1.655	.599	No	22	19	Difícil accesibilidad a métodos de planificación familiar	Si	65	67	.915	.509 – 1.624	.765	No	35	33																																				
Falta de comunicación con los padres	Si	23	17	1.458	.725 -2.935	.289																																																																																						
	No	77	83				Influencia de las amistades sobre las relaciones sexuales	Si	69	55	1.821	1.021 – 3.248	.041	No	31	45	Influencia de los medios de comunicación sobre las relaciones sexuales	Si	53	51	1.083	.622 – 1.887	.777	No	47	49	Pocos conocimientos sobre métodos de planificación familiar	Si	78	81	.832	.418 – 1.655	.599	No	22	19	Difícil accesibilidad a métodos de planificación familiar	Si	65	67	.915	.509 – 1.624	.765	No	35	33																																														
Influencia de las amistades sobre las relaciones sexuales	Si	69	55	1.821	1.021 – 3.248	.041																																																																																						
	No	31	45				Influencia de los medios de comunicación sobre las relaciones sexuales	Si	53	51	1.083	.622 – 1.887	.777	No	47	49	Pocos conocimientos sobre métodos de planificación familiar	Si	78	81	.832	.418 – 1.655	.599	No	22	19	Difícil accesibilidad a métodos de planificación familiar	Si	65	67	.915	.509 – 1.624	.765	No	35	33																																																								
Influencia de los medios de comunicación sobre las relaciones sexuales	Si	53	51	1.083	.622 – 1.887	.777																																																																																						
	No	47	49				Pocos conocimientos sobre métodos de planificación familiar	Si	78	81	.832	.418 – 1.655	.599	No	22	19	Difícil accesibilidad a métodos de planificación familiar	Si	65	67	.915	.509 – 1.624	.765	No	35	33																																																																		
Pocos conocimientos sobre métodos de planificación familiar	Si	78	81	.832	.418 – 1.655	.599																																																																																						
	No	22	19				Difícil accesibilidad a métodos de planificación familiar	Si	65	67	.915	.509 – 1.624	.765	No	35	33																																																																												
Difícil accesibilidad a métodos de planificación familiar	Si	65	67	.915	.509 – 1.624	.765																																																																																						
	No	35	33																																																																																									

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

El carácter cuantitativo del estudio permite comprender desde la perspectiva de las adolescentes la complejidad de los factores de riesgo sociales relevantes relacionados con el embarazo no planificado. Los hallazgos más importantes de este estudio se encuentran en la dimensión individual especialmente en el área social. El diseño de casos y controles permitió conocer el efecto de algunas variables que funcionaron como factores de riesgo en nuestro estudio para el embarazo en adolescentes en este municipio.

Dentro de los hallazgos encontrados en nuestro estudio se observó que la mayor cantidad de embarazadas estaba comprendida en las edades de 17 – 19 años, lo que concuerda con estudios realizados en nuestro país y en otras regiones del mundo en donde la mayoría de los embarazos se registran en estas edades.

En lo que respecta a la procedencia de las adolescentes el mayor porcentaje de las encuestadas en ambos grupos fueron seleccionadas del área urbana, debido a la poca accesibilidad a las áreas rurales, por lo que no se pudo identificar la procedencia como factor de riesgo a pesar de que la literatura mundial considera a la zona rural como el sector con mayor cantidad de embarazos.

De acuerdo con el estado civil de las encuestas observamos que el mayor porcentaje adolescentes embarazadas predominó en el grupo de las acompañadas a diferencia del grupo de las solteras en donde se observó el mayor número de adolescentes que no estaban embarazadas, lo que nos indica que el comportamiento de este fenómeno o condición es igual en la mayoría de los países latinoamericanos.⁴

Al analizar nivel de escolaridad encontramos que las adolescentes que tienen *bajo nivel de escolaridad* tienen **2.04** veces más riesgo de salir embarazadas en comparación con el grupo control, siendo estadísticamente significativo. Por lo tanto es lógico pensar que dicha condición (embarazo) sea producto de la falta de una adecuada preparación en educación sexual para este grupo. Molina y col. en un estudio realizado en Chile en el año 2004, sobre *Embarazo en adolescentes y su relación con el bajo nivel escolar*, manifiestan que desde la

perspectiva sociocultural, la adolescente con un bajo nivel de escolaridad queda expuesta a embarazos precoces, limitando sus oportunidades de estudio y trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas. Esta situación se ve agravada por su condición de madre soltera en que queda la mayoría de estas adolescentes, debido a que la pareja es generalmente un adolescente o joven que no asume su responsabilidad paterna, provocando una situación de abandono afectivo, económico y social en la madre y el niño, perpetuando además un círculo de pobreza de generación en generación.⁵

Por otro lado observamos que las adolescentes que tienen una *situación* socioeconómica *baja* tienen un riesgo de **2.15** veces más de salir embarazadas con respecto al grupo de control, en los cuales las limitaciones por falta de recursos económicos pueden influir y una u otra manera en el apareamiento de embarazos precoces. Este punto se relaciona con una literatura en la que se menciona a la pobreza como condición clave en el apareamiento de embarazos en adolescentes. Por ejemplo, en los sectores marginales, la mujer tiende a conformar pareja definitiva entre los 15 y los 17 años como un intento de mejorar las condiciones de precariedad en las que vive; ella sueña que casándose, todo será mejor. Pero, a causa de la crisis económica, numerosas jóvenes son abandonadas por su pareja inicial y se ven obligadas a estructurar otra relación que siempre exige más hijos y que, con frecuencia, no termina por ser la última sino, por el contrario, el inicio de una cadena de relaciones, muchas de las cuales suponen nuevos embarazos y partos, destinados a deteriorar aún más la condición de la mujer y la de sus hijos.⁷

Con respecto a la situación familiar se observó que el mayor porcentaje de los padres están separados, sin embargo en nuestro estudio no representó ser un factor de riesgo importante probablemente debido a que la mayoría vivía con sus madres las cuales al parecer desempeñan un buen papel importante en la crianza de sus hijos a pesar de carecer de la figura paterna. Un punto no menos importante en nuestro estudio es que la mayoría de las adolescentes con padres separados estaban embarazadas, lo que nos hace confirmar la gran importancia que representa la estabilidad familiar como pilar fundamental en la transmisión de valores hacia sus hijos.

Como anteriormente se menciona la familia representa la base fundamental en toda sociedad por lo que su disfunción traería graves consecuencias para la misma. Nuestro estudio no reveló datos importantes en cuanto a la familia se refiere, en ambos grupos no se encontró problemas de *disfunción familiar* a pesar de que la literatura mundial los menciona como un importante factor de riesgo.

La *comunicación con sus padres* en se mantuvo buena tanto en el grupo de los casos como el de los controles, por lo tanto no representó ser un factor de riesgo importante en nuestro estudio. Es importante mencionar que la literatura menciona que la falta de comunicación con los padres no es un factor que incida de manera directa en los embarazos en adolescentes, ya que durante esta etapa las adolescentes aunque tengan buena comunicación con sus padres toman sus propias decisiones sin consultarlo con ellos, como parte de la búsqueda de su independencia.¹⁵

En relación a la variable que mide la percepción de las adolescentes sobre la *influencia de las amistades sobre las relaciones sexuales*, encontramos que existe un riesgo de **1.08** veces más de que las adolescentes que piensan que las amistades influyen en el inicio precoz de las relaciones sexuales salgan embarazadas a diferencia del grupo de los controles, alcanzando significancia estadística. Se sabe que el contacto con amigos y amigas es fundamental en la adolescencia. Dentro de esta etapa para los adolescentes la búsqueda de una identidad e independencia se torna en rebeldía en contra de sus padres; los amigos se convierten en su nueva "familia", en ellos se deposita la afectividad, a comunicación de la intimidad, la fidelidad total y el establecimiento de vínculos profundos. En los amigos se halla la forma de encuentro consigo mismo y con los demás en el plano de igualdad diferenciada. Al compartir las experiencias de las amistades se desarrollan las propias.⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

Los medios de comunicación continúan siendo la principal fuente de distracción para los adolescente, constituyendo un factor educativo y a la vez perjudicial que incita y predispone al adolescente a realizar prácticas sexuales precoces a

través de imágenes y sonidos eróticos⁽⁷⁾; sin embargo en nuestro estudio no tubo significancia estadística.

La mayor parte de las adolescentes en ambos grupos se observa que conocen muy poco sobre métodos de planificación familiar y a la vez consideran que tienen poca accesibilidad a estos; en este caso no por problemas de transporte sino más bien de preocupación y/o temor a sufrir discriminación. Si bien es cierto que la literatura mundial refleja claramente que el no tener conocimientos sobre uso y manejo de métodos de planificación familiar es factor de riesgo importante para embarazos a edad temprana, en nuestro estudio no se demostró exactamente como esta descrito debido a que no se obtuvo el riesgo esperado. Por lo tanto, podemos suponer que no se trata entonces de un problema de falta de conocimientos ni de recursos, sino más bien de actitud de ellas mismas.

Cuando la educación sexual es descuidada o abandonada a la casualidad, ocasiona diversos problemas, y conflictos que trascienden el placer de lo individual y se evidencian de una u otra forma en lo social, de manera que se impone la necesidad de educar sexualmente no solo a niños y adolescentes, sino también a los padres para que estén en mejores condiciones de orientar a sus descendientes y evitar las desagradables consecuencias de un embarazo a destiempo; por tanto, si lográramos reducir a valores mínimos algunos de esos factores, disminuiríamos la incidencia del embarazo precoz en la población expuesta a ello de nuestra área de salud.

CONCLUSIONES

1. Las edades que más predominaron se encontraban en el grupo de la adolescencia tardía (17 -19 años).
2. El mayor porcentaje de embarazos en adolescentes se encontró en este mismo grupo.
3. La mayoría de las adolescentes pertenecían al área urbana y eran solteras.
4. La mayor parte de las adolescentes consideran que las amistades y los medios de comunicación influyen para que los adolescentes tengan relaciones sexuales.
5. Otro factor muy importante que encontramos fue la falta de conocimientos y difícil acceso de las adolescentes a métodos de planificación familiar aunque estos no alcanzaron significancia estadística.
6. Dentro de las principales condiciones que fueron identificadas como factores de riesgo están:
 - ❖ EL bajo nivel de escolaridad.
 - ❖ La situación socioeconómica baja.
 - ❖ La influencia de las amistades sobre las relaciones sexuales.

RECOMENDACIONES

- ❖ Recalcar la importancia del mejoramiento de las políticas del Ministerio de educación con el objetivo continuar garantizando la gratuidad y cobertura en educación para todos, disminuyendo de esta manera la cantidad de niños y jóvenes que desertan de estudiar y por consiguiente el bajo nivel de escolaridad.
- ❖ Brindar información a las autoridades locales sobre las condiciones socioeconómicas que viven las y los adolescentes del municipio de Nagarote con el objetivo de desarrollar políticas sociodemográficas que contribuyan a mejorar el desarrollo humano sostenible de la zona.
- ❖ Promover comportamientos y actitudes responsables en los y las adolescentes con el fin de concientizarlos de manera que cuando decidan comenzar a ejercitar su sexualidad coital lo hagan con responsabilidad, cuidado y respeto hacia sí mismos y su pareja.
- ❖ Diseñar estrategias para la creación de proyectos de vida, aumentar autoestima y fomentar valores y principios para fortalecer su vida personal de tal manera que les ayude a identificar y resistir las presiones sociales y grupales que favorecen las relaciones sexuales tempranas.
- ❖ Fortalecer los club de adolescentes del municipio de Nagarote por parte del Ministerio de Salud con el objetivo de proponer estrategias de distribución y conocimiento de métodos de planificación familiar con el fin de disminuir el temor que tengan los y las adolescentes de adquirirlos por si mismo(a)s.

BIBLIOGRAFIA

1. Troncoso, Isabel. **“EMBARAZO EN ADOLESCENTES”**. Distrito de Aguablanca – Colombia.
http://correo.puj.edu.co/proyectosintesis/HIPERVINCULOS/PROBLEMATICA_SOCIAL/PO99207a.htm.
2. Peláez Mendoza, Jorge Dr. **“ADOLESCENTE EMBARAZADA: CARACTERÍSTICAS Y RIESGOS.”** Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología v.23 n.1 Ciudad de la Habana Enero a Junio de 1997.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138600X1997000100003&script=sci_arttext.
3. Miranda Dávila Walter, Dr. **“FACTORES DE RIESGO MATERNOS Y PERINATALES EN LA ADOLESCENCIA TEMPRANA QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL BERTHA CALDERON EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2,000”**. Managua - Nicaragua, 2000.
http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/Factores%20de%20Riesgo%20materno%20y%20Perinatales.PDF.
4. Silber, Tomas J. et al. **“MANUAL DE MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA”**. Editorial, OPS/OMS, serie Paltex para ejecutores de programas de salud. Nª 20. Washintong D.C, 1992.
5. Martínez R. et al. **“LA SALUD DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE “**. Tercera edición, 1995. Editorial TGH Editores, México.
6. Barria, Javier et al. **ARTICULO DE TESIS - PROGRAMA “CASA DE ACOGIDA A LA VIDA”**. (Apoyo y acogida a adolescentes embarazadas **UNIVERSIDAD BOLIVARIANA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**.
http://www.ubolivariana.cl/.../main/imagenes/carreras/Trabajo_Social/Tesis_2006/Adolecentes_embarazadas.doc

7. Pantelides, Edith Alejandra **“ASPECTOS SOCIALES DEL EMBARAZO Y LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN AMÉRICA LATINA”**. Buenos Aires- Argentina.
<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/22069/lcg2229-p1.pdf>.
8. Gutiérrez, Marisol. **“EI EMBARAZO ADOLESCENTE”**,
<http://www.monografias.com/trabajos16/embarazo-enadolescentes/embarazo-en-adolescentes.shtml>.
9. Alvarado, José Antonio. **“ESTRATEGIAS Y LINEAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA”**. República de Nicaragua, Ministerio de Salud- Dirección primer nivel de atención. Nicaragua, Abril 2003.
<http://www.bvs.org.ni/adolec/doc/Estrategias%20de%20prevencion%20del%20embarazo.PDF>.
10. Ministerio de Salud, **MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LOS Y LAS ADOLESCENTES**. Dirección Atención integral a la mujer, niñez y adolescencia. Managua - Nicaragua 2002.
11. Sánchez Campos, Marianella. **TESIS para optar por el Título Profesional de: ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA. “HALLAZGOS PERINATALES DE LOS RECIÉN NACIDOS DE MADRES ADOLESCENTES Y MADRES ADULTAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ 2002-2003”** Lima – Perú 2004.
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/sanchez_cm/html/sdx/sanchez_cm.html.
12. Lic. Dubickas Karina **“EVALUACIÓN NUTRICIONAL Y CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN EN EMBARAZADAS.”** http://www.ama-med.org.ar/nutrición/alimentacion_en_embarazadas.doc.
13. **“EL EMBARAZO ADOLESCENTE PREOCUPA A LAS AUTORIDADES DE LA SUBSECRETARÍA DE SALUD”**.

www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/Archivos/Apuntes/2005_2006/Introduccion_embarazo_adolescente.doc.

14. Quiroz Lluen, José Manuel et al. **“EFECTOS DEL EMBARAZO EN LA PERSONALIDAD DE LAS ADOLESCENTES DE LA PROVINCIA DE FERREÑAFE DURANTE EL AÑO 2006.”** <http://www.monografias.com/trabajos41/embarazo-efectos/embarazo-efectos.shtml>.
 15. Dulanto Gutiérrez, Enrique. **“EL ADOLESCENTE”**, Asociación Mexicana de Pediatría. Editorial McGraw – Hill Interamericana. México-D.F. 2000
 16. [Esquivel, Maria A. et al.](#) **“ADOLESCENTES EMBARAZADAS: UN PROBLEMA DE TODOS”**. Fecha de publicación: 25/06/2001 13:14:32. http://www.sappiens.com/castellano/articulos.nsf/Sexualidad_y_Pareja/Adolescentes_embrazadas:_un_problema_de_todos/51BEC4C1C8B51A1A41256A76003DC19F!opendocument.
 17. Issler Juan R. et al **“EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA”**. Revista de postgrado de la cátedra VI año Medicina No 107 Agosto/2001. Pág. 11 - 23. <http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/embadolescencia.html>. Argentina.
-

18. Monterrosa Castro, Álvaro. **“CAUSAS E IMPLICACIONES MEDICO – SOCIALES DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA”**
<http://www.sarda.org.ar/Revista%20Sard%C3%A1/97c/104-111.pdf.com>.
Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena.
 19. Méndez Rivas, José María et al. **“ENFOQUE ACTUAL DEL ADOLESCENTE POR EL GINECOLOGO”**. Editorial ASLUNE HNOS. Buenos Aires – Argentina, 1993.
 20. Elizabeth R. Mc Anarny y colaboradores. **“MEDICINA DEL ADOLESCENTE”**. Editorial Médica, Panamericana. Madrid – España 1997.
 21. PROSIM, MINSA **“SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN DOS POBLACIONES DE NICARAGUA”**, 1997. Primera edición, Managua- Nicaragua, 1999.
 22. Guevara G. Uriel. **MANUAL DE BIOETICA MÉDICA**. Editorial universitaria 2005.
-

ANEXOS
