

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de enfermería



**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA CON MENCION EN MATERNO INFANTIL**

TITULO

CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y FACTORES SOCIALES EN
RELACIÓN AL EMBARAZO PRECOZ DE LAS ESTUDIANTES DEL INSTITUTO
NACIONAL SEÑOR DE ESQUÍPULAS TELICA 2012.

AUTORAS:

BRA.NOEMY DEL CARMEN ALVAREZ PARRALES.

BRA.ROSA YESENIA CHEVEZ HERNANDEZ.

TUTORAS:

MSC.: JUANA JULIA SALMERON

LIC.: ENMA VARGAS.

LEON- NICARAGUA ABRIL 2012.

INDICE	PÁGINAS
RESUMEN	1
INTRODUCCION.....	2
ANTECEDENTES.....	4
JUSTIFICACION.....	6
PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS.....	8
MARCO TEORICO.....,	9
DISEÑO METODOLOGICO.....	42
RESULTADOS.....	45
ANALISIS DE RESULTADOS.....	49
CONCLUSION.....	55
RECOMENDACIONES.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	58
ANEXOS.....	60

Resumen

El objetivo de este estudio es determinar el conocimiento de los estudiantes adolescentes sobre métodos anticonceptivos y factores sociales que influyen en el embarazo precoz

Se realizó el estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, en el Instituto Señor de Esquíputas Telica.

El instrumento que se realizó fue entrevista con preguntas cerradas a los estudiantes de I a V año dominical, la información se analizó en el programa Epi-info versión 7.

El resultado final permitió conocer que:

La mayor parte de las adolescentes son solteras y unión libre, procedencia rural, amas de casa, católica, 17-20 años.

La mayoría de las adolescentes consideran que método anticonceptivo “es lo que la mujer y el hombre utiliza para evitar embarazo”

La mayoría de las adolescentes consideran que el bajo nivel educacional es un factor social para un embarazo precoz.

Palabras claves. Métodos anticonceptivos, factores sociales, embarazo precoz, adolescente

INTRODUCCION

La OMS (2010) establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales.

La OMS manifiesta que: el inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas esta en aumento; por lo tanto se considera que regularmente se caracteriza por la falta de información y consecuentemente a la falta de uso de anticonceptivo, lo que da origen al contagio de enfermedades que se transmiten por esta vía, entre ellas: el virus del papiloma humano y el virus de inmunodeficiencia humana.

Desde el punto de vista el Ministerio de Salud de Nicaragua ha adoptado una posición de activa promoción de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar dentro del marco de implementación del Modelo de Atención Integral a la Mujer y a la Niñez.

Es interesante recalcar que en el aspecto social la desatención a los hijos los puede poner en riesgo de daños a su salud y al inicio de su vida sexual en edades más tempranas, debido a que por la condición emocional propia de su edad se encuentran muy vulnerables.

Sin embargo los cambios físicos que viven los adolescentes influyen directamente en sus emociones, sus comportamientos y sus relaciones interpersonales dentro y fuera de la familia.

El embarazo a su edad es un riesgo para la salud, ya que su cuerpo todavía no está preparado para tener hijos sin dificultades. Además, un bebe necesita amor, atención y cuidados para que lleve una vida sana y logre su pleno desarrollo. Independientemente de la norma que influye en la mujer joven, a iniciar la actividad sexual durante la adolescencia involucra también ciertos riesgos.

Es importante hacer mención que la práctica sexual deseada y consentida pero practicada sin métodos anticonceptivos además de comportamientos sexuales no deseados por los adolescentes puede contribuir a incrementar los embarazos no deseados.

Los adolescentes pueden carecer de información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos o también no tener un fácil acceso a su adquisición. También pueden sentirse avergonzados tanto para preguntar como para comprar anticonceptivos.

La sociedad influye de manera negativa en los adolescentes que inician su vida sexual activa a temprana edad.

Algunos de los factores sociales que influyen en los embarazos precoces son: menarca temprana, familia disfuncional, bajo nivel educativo, migraciones recientes, falta o distorsión de la información y violaciones.

La influencia del entorno social durante la adolescencia es fundamental en el desarrollo de estilos de vida y conductas determinadas.

ANTECEDENTES

Los métodos anticonceptivos se han convertido entonces en el instrumento más eficaz para el control de la población, como parte de una estrategia mundial. Dentro de esta problemática existe un deficiente práctica de planificación familiar que propicia altas tasas de embarazos no deseados y por lo consiguiente altas tasas de morbilidad infantil. Es casi todo el mundo, la mayoría de las mujeres jóvenes inician su actividad sexual durante el periodo de la adolescencia. la proporción de jóvenes que han tenido relaciones oscilan entre la mitad y los tercios en los países de América latina y el Caribe, llega a los tres cuartos partes o más en muchos países del mundo desarrollado, y es superior a nueve de cada 10 jóvenes en muchos países del África al sur del Sáhara.

Según la encuesta nacional de demográfica en salud (ENDESA 2006-07) manifiesta que la tasa de fecundidad de las adolescentes a nivel de Centro América. Guatemala entre 1992-2002, alcanza su mayor porcentaje del 4.4% de embarazos precoces, Belice entre 1994-1999 un 3.7% Honduras 2003-2006 3.3% El salvados 1997-2002 3.0% Nicaragua 2001-2006 2.7% y Costa Rica 2002 2.1%.

Según los datos de ENDESA el porcentaje de adolescentes madres o que se encuentran embarazadas por primera vez en Nicaragua: Jinotega presenta un 36.5%, la RAAN 35.4%, Rio san Juan 31.4%, Matagalpa 30.6%, RAAS 30.6%, Nueva Segovia 30.1%, Masaya 29.7%, León 25.5%, Chontales 25.3%, Managua 20.2%, Chinandega 22.6% y Estelí 18.6%.

La tasa general de fecundidad (TGH) deseada a nivel de Nicaragua es de 2.3% de hijos por mujeres. La TGH no deseada disminuyo en 0.9% hijos; paso de 1.3% hijos estimados en ENDESA 1998, a 0.4% ENDESA 2006/07. esto indica que desde 1998 hay mas uso de método anticonceptivo para espaciar o limitar los hijos.

Las/os adolescentes representan el 26.1% de la población de estos, el grupo de 10-14 años representa el 13.8% y el grupo de 15-19 años el 12.3%. Las adolescentes en Nicaragua se caracterizan desde el punto de vista reproductivo por el inicio de relaciones sexuales precoces y altas tasas de fecundidad. El 3.02% de los embarazos en adolescentes ocurre entre los 10 y 14 años, generalmente asociados a violencia de género intrafamiliar. La fecundidad de las adolescentes rurales (15-19 años) supera a los urbanos en más de un 60% y es el grupo con mayores tasas de mortalidad materna.

De 1982-1992 se han realizados estudios sobre planificación familiar en distintos departamentos de Nicaragua: Costa Atlántica, San Carlos, Condega, Carazo, Juigalpa y León respectivamente, encontrándose bajo uso de métodos anticonceptivos, deficiente divulgación sobre anticonceptivos por personal de salud, mayor demanda urbana, inicio de vida sexual activa a temprana edad y nivel de conocimiento de anticonceptivos bajo.

Nicaragua continúa presentando la tasa de fecundidad más alta de la región centroamericana: 119 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años, el 25 % de mujeres adolescentes en el país ya son madres. El porcentaje más alto de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas en el país lo presenta Jinotega con un 38%, seguido de la región Atlántica con un 30%. Managua y León con un 20%.

Existen muchos factores que tienen repercusión en el comportamiento sexual y reproductivo del ser humano, entre ellos se destacan la familia, la comunidad y los programas de planificación familiar en donde se representan estos servicios.

JUSTIFICACIÓN

Es importante reconocer que el uso de preservativos ayuda a las personas a prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados aunque en las adolescentes se observa un grupo de desconocimiento de estos métodos, y de las ventajas que conlleva el usarlos.

La mayoría de los jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales a temprana edad, existiendo muchos factores que influyen a esta práctica como la familia, la sociedad, y su pareja. El propósito es determinar cuál es el conocimiento de los métodos anticonceptivos y factores sociales que influyen en el embarazo precoz en el Instituto.

Los resultados del estudio fueron de utilidad para el ministerio de educación de Toluca (MINED) para implementar estrategias como facilitar documentos alusivos al tema de métodos anticonceptivos que le permita reforzar el conocimiento de la población adolescente.

Fue de gran relevancia a la directora del Instituto para que coordine con el MINSA y que brinden información a través de seminario a los docentes proporcionando información fluida para los estudiantes.

Es de importancia que en el desarrollo de la educación continúa fortalezcan el conocimiento a los profesores sobre métodos anticonceptivos y embarazo precoz a fin de que orienten a los estudiantes para que cuiden su cuerpo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la actualidad las adolescentes inician su vida sexual a temprana edad y cada vez va en aumento pero muchas veces inician por ciertos factores sociales, además no utilizan los métodos de planificación familiar o pocos los hacen a pesar de haber escuchado o conocerlos por lo que trae resultados como: embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, fracasos académicos, problemas emocionales, familiares, etc. por lo que se planteo la siguiente pregunta:

¿Cuál es el conocimiento de los métodos anticonceptivos y factores sociales en relación al embarazo precoz de las estudiantes adolescentes en el Instituto Señor de Esquípuas I a V año de la Modalidad Dominical Enero-Febrero Telica 2012?

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el conocimiento de los métodos anticonceptivos y factores sociales en relación al embarazo precoz de las estudiantes del Instituto Nacional Señor de Esquipulas I a V año de la modalidad Dominical Enero-Febrero Telica 2012.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar los datos demográficos del grupo en estudio.
- Identificar el conocimiento de métodos anticonceptivos de los estudiantes.
- Describir los factores sociales que influyen en el embarazo precoz en los estudiantes.

MARCO TEORICO

Palabras claves

Métodos anticonceptivos:

Es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual.

Factores sociales:

Comportamiento presentes en una sociedad y que da sentido a la relación que se establece con las otras personas lo que implica el reconocimiento, aceptación y valoración del otro mediante los cuales se orienta el ejercicio de la sexualidad.

Embarazo precoz:

Es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente; entre la adolescencia inicial o pubertad-comienzo de la edad fértil-y el final de la adolescencia.

Adolescentes:

La OMS define como adolescentes al periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, consolida la independencia socio económica que ocurre entre los 10 y 20 años.

Planificación familiar:

Es el conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por la mujer, el hombre o una pareja de potenciales progenitores-orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

2.1 conocimiento de métodos anticonceptivos

Se considera que la carencia de educación sexual en las escuelas y la falta de una atención especializada en este grupo atareó, explica en alguna medida el desconocimiento que tienen las adolescentes sobre los métodos de anticoncepción segura, a esto se suman los mitos que las adolescentes tienen sobre el uso de algunos métodos.

ENDESA2006-07 refiere que “la educación es factor influyente en las actitudes y practicas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivo de las mujeres, así como la actitud frente al tamaño ideal de la familia y la practica de planificación familiar.

Es interesante recalcar que es la información adquirida de métodos que la pareja puede utilizar para prevenir un embarazo no deseado e ITS.

Según María López y col. Manifiesta que el embarazo no deseado es una de las consecuencias que ocurre por desinformación, por miedo, por inexperiencia, por falta de acceso de métodos anticonceptivos.

Meléndez Mercado (92), conocimiento, actitudes y práctica de métodos anticonceptivos refiere que: la falta de acceso a servicios de planificación familiar es una razón importante de la diferencia de ambas zonas, la mujer rural tiene menos probabilidades de conocer una fuente de métodos anticonceptivos.

Se considera que cuanto más lejos viva la mujer de la fuente de planificación familiar menos probabilidad tendrá de conocerla y por lo consiguiente tendrá más riesgo de un embarazo e ITS.

Por lo tanto la planificación familiar se utiliza a veces como un sinónimo de control de la natalidad. En este sentido los servicios médicos de planificación familiar facilitan información sobre los distintos métodos anticonceptivos y ofrecen asistencia médica especializada para conseguir espaciar los embarazos deseados, así como para evitar los embarazos no deseados

Métodos anticonceptivos

Los métodos anticonceptivos o métodos contraceptivos son aquel que reduce significativamente las posibilidades de la fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. Contribuyen además en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad, prevención de embarazos, así como en la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos de adolescentes. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia.

Hernández Omar, 2000 refiere que Método anticonceptivo: es una metodología que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales. Por lo general implica acciones, dispositivos o medicamentos en las que cada uno tiene su nivel de efectividad. También se le llama contracepción o anticoncepción, en el sentido de ser formas de control de la natalidad.

Los métodos anticonceptivos son aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente. Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados.

Existen clasificaciones de los métodos dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad, estos se clasifican en Femeninos y Masculinos y a su vez en temporales y permanentes.

La OMS ha establecido recomendaciones en relación a los criterios médicos para elegir el uso de uno u otro método anticonceptivo. Los criterios han sido desarrollados por la OMS junto con grupos, organizaciones e individuos de todos los continentes del mundo. Estos criterios pretenden garantizar que las mujeres y los hombres de todo el mundo tengan acceso a servicios de planificación familiar seguros y de alta calidad.

Según las estrategias nacionales de salud sexual y reproductiva manifiestan que los servicios de consejería orientados a los adolescentes están limitados a los clubes y son aún insuficientes. Igualmente, la consejería en los colegios públicos y privados es casi inexistente y los maestros no han sido debidamente capacitados. No existe una atención diferenciada en los servicios de salud orientadas a los y (las) adolescentes que requieren de acceso a orientación profesional sobre su salud sexual y productiva.

Se considera que es importante que el personal de enfermería brinde consejería con lenguaje sencillo en los colegios privados y públicos para que estos tengan conocimientos sobre métodos anticonceptivos, ya que cada método tiene sus propias indicaciones y debe ofrecerse el que sea más adecuado para cada circunstancia.

La eficacia teórica de cada método aumenta considerablemente si se usa correctamente.

Según la OMS manifiesta que los Factores que deben considerarse en la elección del método anticonceptivo son:

Estado de salud general.

Frecuencia de las relaciones sexuales.

Número de parejas sexuales.

Si se desea tener hijos (deben descartarse los métodos irreversibles)

Eficacia de cada método en la prevención del embarazo.

Efectos secundarios.

Facilidad y comodidad de uso del método elegido.

Según las normas y protocolo de planificación familiar (2008) manifiestan que:

La planificación familiar en adolescente, es el uso de anticonceptivos por un adolescente o pareja de ellos, al inicio de su vida sexual o con vida sexual activa. En esta edad la vida sexual generalmente es esporádica, no planificada o permanente.

La elección del método depende de lo siguiente:

La orientación, escogencia y oferta de métodos anticonceptivos debe ir orientada a postergar el inicio de la actividad sexual, a espaciar el intervalo intergenesio, a prevenir embarazos y las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA.

Los jóvenes y adolescentes pueden usar cualquier método anticonceptivo, sin embargo, hay criterios de elegibilidad y condiciones no medicas que son importantes para la toma de decisión informada, es posible que no utilicen los métodos correctamente y que tiendan a tener relaciones sexuales esporádicas y no planificadas sin protección.

En la adolescencia se deberá recomendar el método de barrera en todas las relaciones coitales, sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas, para escoger un método además hay que basarse en las siguientes características del adolescente:

Vida sexual activa, esporádica o frecuente.

Fertilidad no probada.

Paridad

Grupo II: jóvenes- adolescentes con inicio de actividad sexual.

En las jóvenes- adolescentes mujeres sin hijos:

Retardar el inicio de primer embarazo.

Nunca ha estado embarazada.

Segunda opción: métodos de barrera (condón masculino o femenino) mas píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

Clasificación de los métodos anticonceptivos.

I-Métodos temporales

Métodos naturales

Métodos del calendario o del ritmo

Método de la temperatura basal
Método del moco cervical o billing
Método sintotermico
Método de lactancia materna (MELA)
Métodos de barrera

Físicos (condón femenino)

Métodos mecánicos

DIU

Hormonales

Hormonales orales

Hormonas inyectables intramusculares

Hormonas inyectables trimestrales

II-Métodos femeninos permanentes

Esterilización quirúrgica (OTB)

Es precisamente que la práctica sexual de los hombres, las mujeres o las parejas adoptan voluntariamente cuando no desean descendencia y que se logran evitando totalmente tener relaciones sexuales.

Este método debe ser compartido con la pareja, pero se trata de una decisión individual que responde al derecho propio de reproducirse. Puede ser decidido en cualquier momento y el tiempo que lo desee puede ser permanente es de forma periódica.

Métodos Temporales

Métodos naturales

Método del ritmo, del calendario

Este método se basa en la abstinencia durante el periodo fértil, de la mujer, periodo que debe calcularse en dependencia de la duración de sus ciclos menstruales.

Es interesante recalcar que la **base fisiológica es:**

La ovulación se produce de 16 a 12 días del inicio de menstruación siguiente. Sobre la base de la duración de los ciclos anteriores se calcula el momento de la menstruación siguiente, contando retrospectivamente desde esa fecha se determina el momento aproximada de la ovulación, a lo que hay que agregar un margen de abstinencia que cubra el tiempo de vida del espermatozoide y del ovulo.

Los días antes y después de ese tiempo, probablemente serán infértiles.

Es importante hacer mención en la metodología del **cálculo del periodo fértil en ciclos regulares:**

Desde el primero hasta finalizar el octavo día de la menstruación, se encuentra en la fase relativamente infértil y tiene pocas probabilidades de quedar embarazada, si tiene relaciones sexuales.

Del final del octavo hasta decimo y séptimo día del ciclo, se encuentra en la fase fértil y debe abstenerse de tener relaciones sexuales para evitar un embarazo.

Desde el final del día decimo y séptimo hasta el primer día de la menstruación siguiente, se encuentra en fase infértil y existen pocas probabilidades de que se produzca un embarazo al tener relaciones sexuales.

Por tanto al cálculo del periodo fértil en ciclos irregulares encontramos que:

Por un tiempo de 6 a 9 meses, la pareja debe marcar en un calendario el primer día de cada menstruación y contar los días transcurridos desde el primer día menstrual hasta el día anterior del inicio de la siguiente menstruación.

Identificar el ciclo menstrual más corto e identificar el ciclo más largo.

El ciclo más corto restarle 18 días para obtener el primer día fértil.

Al ciclo más largo, restarle 11 días para obtener el último día fértil.

La efectividad de este, método es de un 53% hasta un 85.6%.

A continuación se presentaran algunas ventajas y desventajas del método de calendario.

Ventajas

Los antes mencionados

Mejora el conocimiento del ciclo menstrual en mujeres y hombre.

Desventajas

Requiere de un tiempo prolongado de entretenimiento para ponerlo en práctica con éxito.

En ciclos irregulares el periodo fértil puede ser largo y por lo tanto la abstinencia es muy prolongada.

Es insegura en mujeres con ciclos menstruales irregulares.

Las normas de planificación familiar 2008 manifiesta que el

Método de temperatura corporal, basal a método térmico es un:

Método identifico el periodo de ovulación por medio del registro diario de la temperatura basal durante un ciclo menstrual. La elevación de la temperatura indica que la mujer ha ovulado.

La medición se debe efectuar todas las mañanas apenas despierte y antes de que realice alguna actividad por la misma vía, este puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal.

La base fisiológica del método de temperatura corporal es el:

Del cuerpo que se produce poco después de la ovulación relacionado con la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo del ovario.

El incremento es de 2 a 5 decimas de grados centígrados o 0.4 a 1.0 grados f y permanece a ese nivel alto hasta antes de la siguiente menstruación.

El periodo infértil post ovulatorio comienza 3 días después de observarse el alza de temperatura.

Por tanto la metodología es que:

Debe tomarse la temperatura a partir del primer día del ciclo por la mañana, antes de levantarse de la cama, y luego de un periodo del mínimo de 6 horas de sueño nocturno.

En los días después de la menstruación se registran temperaturas bajas y estas vuelven a subir a partir de la ovulación.

Hay que tener una abstinencia de 72 horas como mínimo, a partir del día que detecta el aumento de la temperatura, si desea evitar un embarazo.

Es meritorio mencionar que el método de temperatura basal tiene sus propias ventajas y desventajas.

Ventajas

Las ya mencionadas en las generales

Favorece en los hombres y las mujeres en el conocimiento sobre la fisiología de la ovulación.

Propicia en las mujeres el reconocimiento en su cuerpo de los Signos de la ovulación.

Desventajas

Requiere de un periodo de orientación de varios meses en manejo del método.

Existe dificultad en la interpretación de algunas curvas térmicas.

La identificación real de la ovulación es después que esta se produjo, no preside el día de la misma.

Es necesaria una buena salud física general que evite las fiebres por otras causas no ovulatorias.

La efectividad del método de la temperatura basal hay pocos estudios sobre su efectividad; los que existen informan alcanzar del 77.9 al 99%.

Indicaciones para la toma de la temperatura:

Mantenga el termómetro cerca de la cama y al alcance de la mano.

Tómese la temperatura inmediatamente después de despertarse y antes de levantarse de la cama o ingerir líquidos o alimentos.

Tómese la temperatura de preferencia a la misma hora, por la misma vía, y con el mismo termómetro.

Inicie el primer día de la menstruación que se considera el primer día del ciclo.

Método del moco cervical, de la ovulación del Billings.

Este método reconoce los cambios cíclicos del moco cervical en los periodos pre y post ovulatorio por medio de la observación e interpretación de las sensaciones vaginales y vulvares que producen los cambios en la calidad y cantidad del moco cervical en respuesta a los niveles cambiantes de los estrógenos.

Por tanto la base fisiológica del método del moco cervical en el ciclo de los 28 días, durante los días inmediatamente posteriores a la menstruación, bajo la influencia de estrógeno, el moco cervical forma un tapón grueso, pegajoso y viscoso que ocluye el cuello del útero, hay sensación de resequedad en la vagina, y hace que la vulva se note seca al tacto (periodo pre ovulatorio).

Durante el tiempo de ovulación ,por efecto del incremento de los estrógenos, aparece primero cierta cantidad de moco en la vagina, al principio es escaso y provoca sensación de humedad en la vagina, es grueso, no elástico, pero al continuar aumentando los niveles de estrógenos antes y durante la ovulación el moco cambia a una sustancia mas liquida, muy lubricante, resbalosa, el moco es claro, transparente, delgada, blanco y elástico, puede estirarse hasta 6 a 10 cm sin romperse y la vulva se note húmeda al tacto (periodo ovulatorio).

Su efectividad se informa un 84.6% cuando hay seguimiento de las indicaciones.

Las ventajas de este método son las siguientes:

Las ya mencionadas en las generales de los métodos naturales.

Favorece en mujeres y hombres el conocimiento sobre la fisiología de la ovulación.

Propicia en las mujeres la apropiación de su cuerpo y el conocimiento en el mismo de los signos y síntomas de la ovulación.

Por tanto sus desventajas son:

Requiere de un periodo de orientación y supervisión de varios meses en el manejo del método.

La identificación real del día de la ovulación es retrospectiva.

Presenta dificultades para las mujeres que no quieran manipular sus genitales ni observar sus secreciones.

Es indispensable que no exista algún tipo de infección en la vagina.

No confundir el moco cervical con exudados o secreciones provocadas por:

Las secreciones vaginales debidas a estimulación sexual.

Residuos de semen que salen posterior al coito

Tensión emocional o física.

Medicamentos utilizados como antigripales que pueden disminuir las secreciones, tienen a secar el moco.

Al analizar la información del protocolo de planificación familiar existen condiciones en las que el mismo moco cervical puede variar como: infecciones, uso de duchas vaginales, lubricantes, óvulos, presencia de semen, estimulación sexual.

Se considera que se pueden tener relaciones sexuales:

Inmediatamente después de la menstruación hasta que aparezca la primera señal de moco.

Desde el cuarto día después que desaparece el moco hasta que empieza la siguiente menstruación.

Partiendo de las normas de planificación familiar 2008 el método sintotermico

Es aquel método que combina varias técnicas de abstinencia periódica determinando la fase fértil de la mujer mediante la observación de una combinación diseñales.

También puede utilizar los datos de ciclos anteriores y secundariamente síntomas como: el dolor abdominal bajo intermenstrual, manchas de sangrado intermenstrual, sensibilidad en los senos y cambios de humor.

Es importante hacer mención de la efectividad del método sintotermico que es el:

Rango de 81.7% hasta 92.8.

El método sintotermico tiene ventaja y desventajas que permiten diferenciarlas de los demás métodos:

Ventajas

Las ya mencionadas en general y para cada una de los dos métodos involucrados.

Proporciona un doble control.

Desventajas:

Las ya mencionadas en general y para cada uno de los dos métodos involucrado

Método del collar del ciclo o días fijos

Permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural a través de conocer el ciclo menstrual, su periodo fértil y tener abstinencia periódica de relaciones sexuales o evitar las relaciones desprotegidas durante esos días.

El método de collar tiene una eficacia del 95% en varias investigaciones reportadas.

Base fisiológica

El collar del ciclo es un collar de perlas de colores que representa el ciclo menstrual de la mujer, le ayuda a saber en qué días del ciclo hay mayor riesgo de embarazos si tiene relaciones sin protección. Está formado por 32 perlas de colores, un anillo de hule negro y una flecha cada perla del collar representa un día del ciclo.

La perla roja representa el primer día de la menstruación o sangrado, luego vienen 6 perlas cafés que representan días infértiles de la mujer (días 2 al 7), luego 12 perlas blancas que representa los días fértiles de la mujer (día 8 al 19).luego hay 13 perlas cafés, que representan días infértiles (día 20 al final del ciclo).funciona bien para mujeres con ciclos entre 26 y 32 días de duración.

A continuación se presentaran algunas ventajas y desventajas del método del collar que son:

Ventajas

Las ya mencionadas en las desventajas generales

No requiere supervisión médica

No necesita tratamiento adiciones ni procedimientos quirúrgicos

Fomenta la participación del hombre en la anticoncepción

Le ayuda a saber cómo funciona su fecundidad.

Desventajas

No debe ofrecerse a parejas que no pueden evitar las relaciones sin protección: días de perlas blancas.

No debe ofrecerse a mujeres con ciclos menores de 26 días (muy cortos), ni mujeres con ciclos mayores de 32 días (muy largos)

No protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) y de VIH/SIDA.

El método de lactancia y amenorrea (MELA)

Se trata de un método de anticoncepción natural que se fundamenta en la infecundidad fisiológica experimentadas por las mujeres lactantes. Esta infecundidad es ocasionada por la supresión hormonal de la ovulación. Con una protección de más del 98%, contra el embarazo cuando se halla a menos de 6 meses después del parto, Es amenorreica y amamanta a su hijo/a exclusivamente.

Tipo

Es precisamente que este método precisa de practicar lactancia materna exclusiva para garantizar su efectividad, la introducción de cualquier tipo de alimentación en el bebé, altera la exclusividad de la lactancia provocando riesgo de embarazo.

Es meritorio mencionar que la efectividad anticonceptiva está bajo condiciones de lactancia materna exclusiva este método brinda protección anticonceptiva hasta el 98%, durante los primeros 6 meses del postparto su efectividad disminuye después de este periodo de forma gradual.

Por tanto las indicaciones de la MELA toda puérpera con hijo/a vivo/a que no tenga contraindicaciones para lactancia materna exclusiva.

Galactosemia

Fenilcetonuria

VIH/Sida positivo en niño/a y negativo en la madre

Infección en el niño/a con herpes simple

Contraindicaciones en la madre

Enfermedades infecciosas de ambas mamas

Infección por virus varicela-zoster durante la fase de vesícula

Tratamiento con quimioterapia para el cáncer.

Formas de usos

Explicar de forma adecuada el amamantamiento, la higiene de la mama y del pezón y los cuidados del niño posterior al mismo.

Lactancia materna exclusiva, sin introducir ningún alimento ni líquido.

Es fundamental que el estímulo de la succión sea constante e intenso, es decir que el niño mame a libre demanda.

Así mismo este método contiene ventajas y desventajas:

Ventajas

Previene el embarazo

Proporciona mejor nutrición al bebé

Ayuda a la retracción uterina

Previene el cáncer de mama
Satisfacción emocional de la madre
Sin costo económico alguno
Contribuye a la disminución de la mortalidad infantil

Desventajas

Dificultad en el ámbito de la población (sobre todo en lo urbano)
Es un método exclusivo del puerperio

Métodos de barrera

Preservativo femenino:

Es un anticonceptivo temporal. Tiene la función de cubrir la vagina durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que El esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

Es importante hacer mención en que el condón femenino es un tubo de poliuretano cerrado en un extremo de 15cm de largo por 7cm de diámetro, alrededor de su extremo abierto se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que sostiene el condón contra la vulva. El otro extremo tiene un anillo flexible que ayuda a mantenerlo en la vagina durante el contacto sexual.

La forma de administración del condón de barrera es:

Utilizar un condón nuevo para cada relación sexual.
Abrir cuidadosamente el sobre para evitar romper el condón.
No utilizar un condón dañado o vencido
Después de la eyaculación retirarlo suavemente de la vagina y así prevenir que se derrame el semen.
Desechar el condón y botarlo en un lugar apropiado.

Así mismo se encuentran ventajas y desventajas del condón femenino

Ventajas

No requieren receta médica

Son desechables

Ofrecen protección contra las ITS

Desventajas

Interfiere con la espontaneidad del coito

Requiere del uso de un condón nuevo en cada coito sexual

Métodos Mecánicos

Dispositivos intrauterinos (DIU)

El dispositivo intrauterino, es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hechos de metal y plástico que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismo.

Extracción del DIU

El DIU se debe retirar en los siguientes casos:

Solicitud de retiro voluntario por parte de la usuaria (insatisfecha, cambio de método, deseo de embarazo, otras razones).recomendar empezar a usar otro método preferentemente un mes antes del retiro.

Cuando presenta dolor exagerado y sangrado excesivo.

Ante la presencia de un tumor endometrial o cervical. Después de un año sin menstruación en el climaterio.

Es importante hacer mención sobre la duración de protección anticonceptiva del DIU.

La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo TCU380A es de 8 a 10 años.

Al término del periodo de efectividad de que si la usuaria requiere aun este tipo de método, desde reemplazarse por otro en forma inmediata a la remoción.

Efectos colaterales

Dolor post inserción:

LEVE: es normal, indicar analgésicos.

Severo: puede indicar una complicación (por ejemplo una perforación), consultar o referir.

Dismenorrea: se trata con analgésicos tipo indometacina, si persiste y es muy intensa se debe retirar el DIU.

Flujo vaginal: es forma de exudado se considera normal.

Las complicaciones del DIU son:

Expulsión del DIU parcial y completa

Pérdida u otro problema de los hilos del DIU

Embarazo.

Hormonales

Métodos hormonales orales combinados

Píldoras que contienen dosis bajas de dos hormonas (una progestona y un estrógenos) iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógenos en el cuerpo de la mujer y que administrados por vía oral, evitan el embarazo.

Se considera que la eficacia anticonceptiva es de:

Al alrededor del 97 al 99% cuando se utilizan en forma correcta y consistente (0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, 1 en cada 1000)

Por lo tanto el mecanismo de acción es la funcionan fundamentalmente previniendo la liberación de óvulos de los ovarios.

Métodos hormonales orales: microgynon

Lineamientos específicos para su prescripción:

Proporcionar consejería

Prescribir dosis baja y micro dosis en mujeres que la toman por primera vez.

En el primer ciclo de uso, deben iniciarse preferentemente dentro de los 5 días del ciclo menstrual.

En lactancia: si esta y tiene más de 6 meses y se encuentra en amenorrea, puede aplicarse la inyección y manejarse como en amenorrea.

Hormonales inyectables intramusculares solo con progestágenos de depósito trimestrales.

Este anticonceptivo inyectable contiene una sustancia esteroidea de progestágenos sola, que administrada por vía intramuscular, evita el embarazo durante tres o dos meses, con gran efectividad, de depósito, son reversibles y de uso privado.

Partiendo de la eficacia de las inyecciones intramusculares trimestrales:

La eficacia es mayor al 99,5, se reporta tasa de fallo de un embarazo por cada 333 mujeres que lo usan durante un año.

Se considera que el mecanismo de acción:

Actúa a nivel del moco cervical, endometrio y trompas de Falopio.

Existen tipos y presentación de las inyecciones intramusculares trimestrales:

Fracasos que contienen un solo progestágeno sintético depósito:

Acetato de medroxiprogesterona (DMPA) 150 mg en frasco-ampula de 1 ml con suspensión acuosa micro cristalina (depo-proveda)

Forma de administración

Aplicar intramuscular, profundo, en la cadera, en la región glútea.

Administración de inicio

En intervalo: la primera aplicación debe hacerse en cualquiera de los primeros siete días del inicio del periodo menstrual o en cualquier momento si hay seguridad razonable de que no está embarazada.

En el pos parto o post cesárea

Si esta lactando, aplicarla después de 6 semanas posteriores al nacimiento.

Métodos femeninos permanentes

Oclusión tubarica bilateral (OTB)

Esterilización quirúrgica voluntaria, corte y ligadura tubarica, tubectomia.

Es un método anticonceptivo, quirúrgico para suprimir en forma permanente la capacidad reproductiva de la mujer es un método muy eficaz que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de evitar que el ovulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así la fecundación.

Su eficacia es bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99% la tasa de falla es muy baja

A continuación se describirá las ventajas y desventajas de la OTB:

Ventajas

Eficacia inmediata y elevada

Es un método permanente

No interfiere con la lactancia

No interfiere con las relaciones sexuales

No tiene efectos

Desventajas

Es un método permanente

Puede haber arrepentimiento con posterioridad

La cirugía implica un pequeño riesgo

No brinda protección contra ITS y VIH/SIDA

Se considera que una mujer debe usar este método cuando:

Está segura de que tanto ella como su compañero no desean más hijos.

No es un método adecuado para la mujer que es:

Es soltera

No tiene hijos o tiene menores de 3 hijos

Tiene problemas conyugales

Métodos anticonceptivos masculinos

Métodos temporales

Métodos naturales

Abstinencia periódica

Métodos de barrera

Métodos permanentes

Vasectomía

Anticonceptivos de emergencia

Métodos temporales

Métodos naturales

Método de abstinencia periódica

La OMS, la define como Métodos para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual de la mujer; existe abstinencia del acto sexual, cuando ocurre, es completo.

Por lo que estos métodos son llamados también métodos de abstinencia periódica porque es necesario obtenerse de relaciones sexuales coitales los días potencialmente fértiles de la mujer si se desea evitar un embarazo.

La duración de la protección anticonceptiva de la abstinencia con los métodos naturales depende de su práctica correcta y del tiempo que la pareja desee utilizar

Por tanto la efectividad anticonceptiva es de:

Teoría: 90 %

Real: 70 al 80 %, bajo condiciones óptimas, interpretando bien cuáles son los días en que se puede quedar embarazada.

A continuación se presentaran algunas características de la abstinencia como son:

Los métodos naturales implican motivación y comunicación del hombre y la mujer, las parejas no pueden tener relaciones sexuales entre 10 y 20 días de c/mes o deben utilizar métodos adicionales (condones) en ese periodo.

Algunos métodos de abstinencia periódica pueden ser de difícil aplicación y poco eficaces para las mujeres de ciclos menstruales irregulares.

Partiendo de las Ventajas de las abstinencias son:

No tienen efectos adversos en la salud de la mujer ni el hombre.

No tienen costo económico o lo tienen muy bajo.

Efectivos cuando se usan en forma correcta y consistente.

Así mismo sus **desventajas son:**

Son menos eficaces que los otros métodos disponibles.

Los periodos largos de abstinencia sexual pueden ocasionar dificultades conyugales y tensión emocional.

Estos métodos no funcionan sin el compromiso y cooperación continua, tanto de la mujer, como el hombre.

No protegen contra infecciones de transmisión sexual.

Métodos anticonceptivos masculinos

De barrera

A continuación se presentara el Condón o preservativos

Es un método anticonceptivo temporal, conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros. Tiene la función de cubrir el pene erecto durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

Por tanto la eficacia anticonceptiva está en bajas condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 70 al 90% usado en forma correcta tiene una tasa de fallo de 14 embarazos por 100 mujeres en el primer año de 450.

Es interesante recalcar el mecanismo de acción del preservativo

Impide de manera mecánica y química que los espermatozoides del hombre entre en contacto con la vagina, el cuello del útero y el ovulo de la mujer.

Presentación:

Sobres individuales conteniendo una cantidad enrollada.

Se presentaran algunas de las ventajas y desventajas de los preservativos

Ventajas

Fácil de conseguir, de usar y portar

No requieren receta médica

Son desechables

Son de bajo costo

Desventajas

Interfiere con la espontaneidad del coito

No se recomienda guardarlos en billeteras durante más de un mes

Requiere del uso de un condón nuevo en cada acto sexual

Método permanente masculino

Vasectomía

Es un método anticonceptivo que interrumpe la fertilidad en forma quirúrgica, voluntaria y permanente para el hombre. se trata de una operación simple que puede realizarse con un procedimiento ambulatorio que pone fin anticonceptivo.

La eficacia anticonceptiva de la vasectomía

En condiciones habituales, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99.5%. la tasa de fallo es muy baja. 1 de cada 700 operaciones en el primer año de uso.

Ventajas

Es un procedimiento altamente efectivo, no ocasiona cambios en la fisiología. No tiene efectos sobre la producción de las hormonas por parte de los testículos. No interfiere con el coito.

Desventajas

Es un procedimiento permanente. La reversibilidad es de alto costo y requiere técnicas especiales como éxito. Menor del 50%. El costo es alto en el momento y bajo a largo plazo.

Se considera que tanto el hombre como la mujer deben de coordinarse decidir juntos cual es el método que desean utilizar en sus relaciones ellos son libre de decidir nadie debe de exigir ni obligar para ponerse un método de planificación familiar.

Anticonceptivos de emergencia

Son métodos de prevención del embarazo que actúan dentro del plazo de varias horas o pocos días después de haber tenido una relación sexual sin protección.

Cuando usar anticonceptivo de emergencia, cuando hubo una relación sexual no protegida y la mujer no desea un embarazo.

En el caso de que una mujer haya sido víctima de una violación.

2.2 factores sociales que tienen adolescentes en relación a las relación a los embarazos precoces.

Embarazo adolescente o embarazo precoz es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad-comienzo de la edad fértil-y el final de la adolescencia.

La OMS establece la adolescencia entre los 10-20 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados provocados por la práctica de relaciones sexuales sin protección anticonceptiva.

Martínez Javier- la prensa indica que: El embarazo en las adolescentes se convertido en seria preocupación para los sectores sociales desde hace unos 30 años. Para la salud, por la mayor incidencia de resultados desfavorables o por las implicancias del aborto.

Nicaragua continúa presentando la tasa de fecundidad más alta de la región centroamericana: 119 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años.

La fecundidad de las adolescentes del área rural supera en un 75% a las del área urbana. El 46% de las adolescentes sin educación eran madres o estaban embarazadas de su primer hijo. Aunque a nivel mundial es frecuente que el embarazo en la adolescencia no es deseado.

Causas del embarazo en adolescencia

En algunas sociedades, él matrimonio a edades tempranas y el rol de genero que tradicionalmente se asigna a la mujer, son factores importantes en las altas tasas de embarazos en la adolescencia. Así, en algunos países de África subsahariana, el embarazo adolescente se celebra porque es la prueba de fertilidad de la mujer joven.

En el subcontinente indio, el matrimonio en adolescentes y el embarazo es más común en las comunidades rurales tradicionales, donde es apreciada una numerosa descendencia, en comparación con las tasas de las ciudades.

En las sociedades donde el matrimonio con mujeres adolescentes es poco frecuente, la causa fundamental de los embarazos en adolescente es la práctica de las relaciones sexuales de las jóvenes sin métodos anticonceptivos por lo que estos embarazos pueden considerarse como embarazos no planificados o embarazos no deseados.

Falta de información sobre métodos anticonceptivos

Diferenciación de edades en las relaciones sexuales.

Abusos sexuales

Violencia sobre la mujer

Violencia durante el noviazgo

Pobreza

Ambiente en la infancia

Las mujeres expuestas al abuso, la violencia doméstica y los conflictos familiares en la infancia tienen más probabilidades de quedar embarazadas en la adolescencia, y el riesgo de quedar embarazada aumenta con el número de experiencias adversas en la infancia.

Según un estudio realizado en 2004, un tercio de los embarazos de adolescencia podría evitarse mediante la eliminación de la exposición al abuso, la violencia y los conflictos familiares. Los investigadores señalan que “la disfunción familiar tiene consecuencias duraderas y desfavorables para la salud de las mujeres durante la adolescencia, la edad fértil, y más allá”

Según el objetivo de la relación sexual es el placer en sí mismo, siendo la reproducción una discusión diferente, se considera inmaduro sexual a una persona, hombre o mujer, que conciba la sexualidad con fines únicamente reproductivos.

La función de la reproducción debe verse como una opción libremente elegida que. Nos lleva a una maternidad y paternidad responsable. Tener hijos que no planifican o soportan la angustia de embarazos accidentales son causas principales de la incapacidad para distribuir el placer.

Según OMS manifiesta que el comportamiento presentes en una sociedad y que da sentido a la relación que se establece con las otras personas lo que implican el reconocimiento, aceptación y valoración del otro mediante los cuales se orientan el ejercicio de la sexualidad.

Riesgos biológicos del embarazo precoz:

Complicaciones obstétricas

Deficiente atención medica durante el embarazo, toxemias del embarazo y del parto prematuro.

Anemia

Desproporción cefalopelvica

Distocia mecánica y dinámica

Parto prolongado y difícil

Muerte

Abortos provocados y sus complicaciones

Perforaciones uterinas

Hemorragias

Infecciones

Aumento de la morbimortalidad infantil

Prematurez

Bajo peso al nacer

Enfermedades congénitas

Las relaciones sexuales a tempranas edad es cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.

Se considera que la sociedad no debe de influir de manera negativa en los adolescentes que inician su vida sexual activa a temprana edad, deben brindárseles información sobre los riesgos que conlleva esta práctica.

La OMS define como adolescencia al periodo de la vida en el cual del individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica y fija sus límites entre las edades de los 10-20 años.

Se considera que un embarazo no deseado o no planificado, con una relación débil de pareja y en muchos casos fortuitos u ocasionales cual determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, amigos y maestros, comportamiento que generalmente conduce a la detención y el control prenatal tardío o insuficiente, con sus consecuencias negativas antes y después del nacimiento.

Según estudios realizados manifiesta que el embarazo se produce cuando la maduración biosocial, física y psicológica no se ha logrado aun, de manera que en muchos casos por incomprensiones, problemas socioeconómicos, carencias nutricionales y un medio familiar poco receptivo y cooperativo, incapaz de aceptarlo y protegerlo, termina en parto distócico.

La futura madre adolescente se enfrenta a la inquietudes propias de la gravidez; se preocupa por la transformación de su cuerpo en una etapa en que asume su nueva imagen corporal; teme a las molestias del parto, se angustia por la actitud del padre ,en muchos casos también adolescentes. A ello se suma tener que abandonar a su grupo de iguales ,interrumpir los estudios y quizás no poder continuarlas; dejar de divertirse, atender a su bebe ya amantarlo cada vez que llora, entre otros aspectos, que pueden provocar estrés,fatigas,desinterés y trastornos de la personalidad.

Las madres adolescentes no tienen un orden de valores que le permite priorizar problemas o soluciones, por lo cual, si logra cuidar bien a su hijo se sentirá satisfecha como madre, pero en lo más individual tendrá que enseñarse de hacer lo mismo que una adolescente sin hijos. Esta falta de organización de valores es típico de la etapa, pues la adolescente se encuentra en un proceso de cambio y desarrollo, durante el cual va incorporando una nueva concepción del mundo, pero aun se guía por criterios valorativos externos y convicciones inestables, estereotipadas y variables.

El adolescente experimenta cuatro etapas que son:

El aislamiento:

Experimenta un sentimiento de soledad, sentimiento encontrados de seguridad y desconfianzas tienen una imagen de sí mismo exagerada. Experimentan ansiedad mezclada con deseo sexuales, les da vergüenza que otros los sepan, no saben cómo abordar ese tema con alguien.

Orientación incierta de la identidad:

Es la época de no saber ,quien es, y que quiere ,si ama o detesta a sus padres se acerca a otros que se les identifica en algunos casos llegar a tener caricias o intercambio sexuales la mayor parte de ellos salen de fases reconfortado y segura al tener novio(a).

Orientación estable de la sexualidad:

En esta época las muchachas han pasado la etapa más difícil y es cuando en su mayoría deciden tener relaciones sexuales con su novio(a) estable.

Consolidación:

Es la época de afianzar las decisiones establecer y definir las preferencias ocasionales declarar abiertamente los gustos e inclinaciones.

Se considera que es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todas pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a las adolescentes

especialmente durante un embarazo sabiendo que una adolescentes que está embarazada se comportara como corresponde al momento de la vida que esta transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada.

La proporción de jóvenes que han iniciado relaciones sexuales va en aumento y la edad de inicio está disminuyendo.

La estrategia nacional de salud sexual y reproductiva refiere que el inicio temprano de la actividad sexual, la falta de información y la inaccesibilidad a medios anticonceptivos, expone a los adolescentes a un embarazo precoz. En el caso de las que se encuentran dentro del sistema educativo formal la información que se recibe es insuficiente, sobre todo en calidad. En caso de la adolescente que se encuentran fuera del sistema educativo la situación es más crítica ya que los programas existentes no cuentan con la cobertura suficiente, ni se atienden de forma sistemática las adolescentes de información de esta población.

Se considera que el grado educacional bajo o analfabetismo influye en los adolescentes a iniciar su vida sexual a temprana edad y sin protección.

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

Sociedad regresiva:

Niega la sexualidad considerando al sexo como una área peligroso en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva. Aceptando los fines procreativos. las manifestaciones de la sexualidad pasan hacer fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la calidad prematrimonial.

Sociedad restrictiva:

Tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños x su sexo. se aconseja la castidad prematrimonial otorgando al varón cierta libertad.

Sociedad permisiva:

Tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad) permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial.

Sociedad alentadora:

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 satisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de la pareja. Se considera que la mayoría de las adolescentes que inician vida sexual activa son mujeres que quedan embarazadas, sin apoyo de las parejas o las abandonan después de las relaciones sexuales y no las buscan más.

Factores sociales**Menarca temprana:**

Otorga madurez reproductiva cuando aun no maneja las situaciones de riesgo.

Familia disfuncional:

Uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección una familia continente. Su ausencia genera carencia afectiva que la joven no sabe resolver impulsándola a relaciones sexuales que tienen muchos más sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.

Bajo nivel educativo:

Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven aun teniendo relaciones sexuales adopte una prevención efectiva del embarazo

Migraciones recientes:

Con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes en las ciudades en busca de trabajo y aun con motivos de estudios superiores.

Se considera que las adolescentes emigran a otros lugares debido a la pobreza que existe en su familia y ven la necesidad de salir adelante económicamente.

Falta o distorsión de la información:

Es común que entre adolescentes circulen “mitos” como:

Solo se embaraza si tienen orgasmo

Cuando se es más grande

Cuando lo hace con la menstruación

Cuando no hay penetración completa.

Se considera que muchas veces que algunas adolescentes distorsiona la información en decir cosa no son ciertas es por eso que todo adolescentes deben preguntarles a personas profesionales y que tienen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos los riesgos que conlleva a tener relaciones sexuales a temprana edad y no creer lo que la gente dice ya que esa información las pueden perjudicar.

El despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros interés; con escolaridad pobre; sin proyectos (labores de uso de tiempos libres, de estudio) con modelos familiares de inicialización sexuales precoz, por estimulación de los médicos inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes con muy escasa de comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal.

Según apuntes de la sexualidad humana (1997) los adolescentes tratan de crecer biológica, psicológica y socialmente:

A continuación se detalla cada uno:

En la psicológica:

Aprende a valerse por su propio criterio y ejecución, elegir la identidad, definirse sexualmente, independizarse emocionalmente renunciar a la infancia y manejar los impulsos sexuales.

En la social:

Procurarse un lugar entre los demás, elegir parejas, integrarse en las actividades de sus intereses, decidir qué hacer en los campos laborar, desarrollar habilidades.

Se considera que la adolescencia no es nada fácil de vivir teniendo tan poca experiencia y muchas cosas por hacer.

Causa sociales:

Las relaciones sexuales se inician en edades más tempranas esto sumado a que la menarquía es más precoz, resulta en un aumento el número de embarazos.

Anteriormente los adolescentes iniciaban sus relaciones sexuales las mantenían con prostitutas; ahora esta práctica se realizan con sus novias generalmente también adolescentes.

Actualmente se ve con más frecuencia que los (as) permanecen solos mayor números de horas productos de la situación laboral de sus progenitores (Ahora es más corriente la incorporación de la mujer en las diferentes actividades productivas).

En nuestro país se observa que los(as) adolescentes tienen pocas probabilidades de espaciamento y educación.

Reciben poca información y a veces de forma sobre educación sexual y métodos anticonceptivos.

Existe abundancia de propagandas que incita a las relaciones sexuales.

Hay tendencia a la reproducción del modelo materno, en especial en aquellas comunidades donde es una costumbre a tener hijos a edades tempranas

Falta de acceso a los servicios de planificación familiar para la población joven.

Algunas de embarazan para castigar a los padres por su incomprensión.

Otras, por irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.

Algunas por darle gusto al novio que las amenazan por dejarlas sino les dan la” prueba del amor “

La pobreza

El rechazó hacia la familia y la poca comunicación con sus padres.

Baja autoestima, sentimiento de ser poco aceptada, diferente o inferior.

Machismo como valor cultural.

Historia de inasistencia y deserción escolar y desmotivación por el estudio y bajo rendimiento escolar.

Mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad en la familia, en la sociedad, y en los medios de comunicación.

Diseño metodológico

El diseño del estudio es: cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal.

Cuantitativo:

Porque se utilizo la recolección y análisis de datos para darle respuesta a la pregunta de investigación, estableciendo con exactitud patrones de comportamiento de la población en estudio.

Descriptivo:

Porque fue dirigido a determinar cómo está la situación de las variables que se están estudiando en la población.

De corte transversal:

Por qué se hizo un corte en el tiempo.

Área de estudio:

El Instituto Nacional Señor de Esquipulas está conformado por 733 estudiantes en el cual son: diurno (matutino, vespertino) y dominical (matutino) por tanto hay 200 estudiantes en la modalidad dominical hay de I a V año tanto dominical como diurno consta de 25 aulas.

Sus límites corresponden:

Al norte con el Granero

Al sur con barrio san Antonio Norte

Al este con la familia Arbizu

Al oeste con el colegio Miguel Larreynaga

Unidad de análisis:

Los estudiantes de la modalidad Dominical del I al V año en el Instituto” Señor de Esquipulas del municipio de Telica.

Universo:

El universo lo constituyeron 200 estudiantes inscritas en los diferentes años de estudios de la modalidad Dominical.

Muestra:

La muestra fue conformada por el 50% de la población para un total de 100 estudiantes.

Tipo de muestreo:

El tipo de muestreo fue aleatorio simple se seleccionara a los estudiantes del curso dominical a través de una rifa para que todos tengan la oportunidad de participar contendrá los nombres de todos los estudiantes seleccionando al azar a los participantes.

Fuentes de información:

Primaria: Entrevistas a las adolescentes en estudio.

Secundaria: Los textos, páginas web, estadísticas del instituto, tesis y revistas.

Criterios de inclusión:

Adolescentes matriculado en los años de I y V año en el Instituto Público “Señor de Esquipulas” Telica.

Edad de adolescencia entre 10-20 años.

Que asistan a la modalidad dominical.

Que deseen participar.

VARIABLES DE ESTUDIOS:**Independiente:**

Conocimiento de métodos anticonceptivos

Factores sociales de las adolescentes

Dependientes:

Embarazo precoz.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Se aplicó una entrevista estructurada con un cuestionario con preguntas cerradas dirigidas a los estudiantes de I a V año del Instituto Señor de Esquipulas, Telica Enero-Febrero 2012.

Prueba piloto:

Se realizó a 5 estudiantes de otro Instituto con las mismas características para validar el instrumento y realizar las correcciones a las inconsistencias en las preguntas.

Método de recolección de la información:

La recolección de la información se realizó a través de una entrevista la que realizamos en las horas de clases, se llamaron aparte fuera del aula de clase previo autorización de la directora del instituto a través de una carta solicitando su consentimiento.

Procesamiento y análisis de la información:

La información se procesó a través del programa epi-info, posteriormente se analizaron los datos y la información se presentó a través de tablas.

Aspectos éticos:**Consentimiento informado:**

Para realizar este estudio se le solicitó la autorización a la directora del instituto y se les solicitó la participación a las adolescentes en estudio a través de una carta donde se les dio a conocer los objetivos del estudio.

Anonimato:

Se les explicó a los estudiantes que los datos son anónimos que solo serían utilizados con fines de estudio y que su participación es voluntaria.

Resultados

Los resultados de los datos socio demográficos de las 100 entrevistadas se obtuvo lo siguiente:

En relación a la edad y la escolaridad se obtuvo que 6(6%) son de 14-16 años de las cuales 3(50%) cursan II año de la secundaria,1(17%) es de III año ,2(33%) son de IV año ;94(94%) son de 17-20 años de estas 11(12%) son de I año de la secundaria,16(17%) de II año,21(22%) de III año,35(37%) de IV año y 11(12%) de V año. Ver tabla #1

Al asociar la ocupación y el estado civil se obtuvo que 63(63%) son amas de casa de ellas 16(25%) casadas, 3(5%) divorciadas, 22(35%) solteras, 22(35%) unión libre;9(9%) comerciantes de las cuales 1(11%) es casada, 7(78%) solteras,1(11%) unión libre;13(13%) domesticas11(85%) solteras,2(15%) unión libre;15(15%) obreras de estas 14(93%) solteras,1(7%) unión libre. Ver tabla#2

Al relacionar procedencia con la ocupación se obtuvo que 60(60%) son de procedencia rural 38(63%) amas da casas,7(12%) comerciantes,9(15%) domesticas,6(10%) obreras;40(40%) de procedencia urbana 25(62%) amas de casas,2(5%) comerciantes4(10%) domesticas,9(23%) obrera. Ver tabla#3

II-Conocimientos de métodos anticonceptivos.

Al relacionar la edad con el conocimiento de métodos anticonceptivos se obtuvo que 6(6%) son de 14-16 años 4(67%) respondieron que es lo que la mujer y el hombre utiliza para evitar embarazo,2(33%) dicen que son estrategias que se utilizan para no tener hijos;94(94%) son de 17-20 años de 53(56%) manifiestan que es lo que la mujer y el hombre utiliza para evitar embarazo,6(6%) dicen que es lo que utilizamos cuando tenemos relaciones sexuales sin tenerlo planificado,8(9%) dicen que no se,27(29%) manifiestan que son estrategias que se utiliza para no tener hijos. Ver tabla#4

Al asociar procedencia con la información de los métodos anticonceptivos se obtuvo que el 60(60%) son de procedencia rural 8(13%) obtuvieron la información de sus amigos,9(15%) enfermeras,15(25%) médicos,3(5%) ninguno,13(22%)familia,7(12%) pro familia,5(8%) xochilacalt; 40(40%) de

procedencia urbana 5(13%) les informaron amigos, 5(13%) enfermeras, 13(32%) medico, 5(12%) medico, 5(12%) ninguno, 6(15%) familia, 4(10%) pro familia, 2(5%) xochilacalt. Ver tabla #5.

En relación a la escolaridad y al método que uso por primer vez se obtuvo que 1(11%) son de I año de secundaria 2(18%) usaron inyección de mes, 1(9%) ninguna, 5(46%) pastillas de emergencia, 3(27%) usaron preservativos; 19(19%) son de II año 4(21%) usaron inyección de mes, 2(11%) ninguno, 4(21%) pastillas de emergencias, 2(10%) usaron píldoras, 7(37%) preservativos; 22(22%) son de III año de estas 10(46%) inyección de mes, 2(9%) usaron ninguno, 6(27%) usaron pastillas de emergencias, 4(18%) preservativos; 37(37%) son de IV año 1(3%) usaron inyección de tres meses, 7(19%) inyección de mes, 3(8%) ninguno, 17(46%) pastillas de emergencias, 2(5%) usaron píldoras, 7(19%) prservativos; 11(11%) son de V año de las cuales 2(18%) usaron inyección de mes, 4(37%) ninguno, 3(27%) pastillas de emergencias, 2(18%) preservativos. Ver tabla#6

Al relacionar el estado civil con el método que usa actualmente se obtuvo que 17(17%) son casadas 7(41%) usa inyección de tres meses, 5(29%) inyección de mes, 1(6%) usa ninguno, 1(6%) usa píldora, 3(18%) prservativos; 3(3%) son divorciados de ellas 1(33%) usa inyección de tres meses, 1(33%) pastillas de emergencias, 1(34%) preservativos; 54(54%) son solteras 8(15%) usa inyección de tres meses, 5(9%) inyección de mes, 14(26%) ninguno, 1(2%) pastillas de emergencia, 2(4%) usa píldoras, 24(44%) usa preservativos; 26(26%) son de unión libre 12(46%) inyección de res meses, 2(8%) inyección de mes, 2(8%) ninguno, 1(4%) píldora, 9(34%) preservativos. Ver tabla# 7

En relación a la religión y la importancia de planificar en el centro de salud se obtuvo que 66(66%) de los jóvenes son católicos de ellas 20(30%) respondieron que es importante porque explican mejor que deben hacer, 33(50%) refirieron me ofrecen y brindan el método y 13(20%) manifestaron puedo decidir cuantos hijos tener; 33(33%) son evangélicas 9(27%) aducen que explican mejor que debo hacer, 12(37%) dicen me ofrecen y brindan el método y 12(36%) refirieron puedo decidir cuántos hijos tener;

1(1%) es testiga de Jehová quien cree que es importante porque explican mejor que debo hacer. Ver tabla #8

III-factores sociales del embarazo precoz.

Al asociar la procedencia con la edad en que tuvo su primer embarazo se obtuvo que 60(60%) proceden del área rural y de estas 1(2%) tuvo su primer embarazo a la edad entre 10-13 años,40(67%) entre la edad 14-16 años, y 19(31%) lo tuvo en la edad entre 17-20 años;40(40%) son del área urbana 2(5%) tuvieron su primer embarazo entre la edad de 10-13 años,20(50%) se embarazaron a la edad entre 14-16 años y 18%(45%) a la edad entre 17-20 años. Ver tabla #9

Escolaridad en relación con las causas que exponen a las adolescentes a un embarazo precoz se obtuvo que 11(11%) cursan I año de la secundaria y de ellas 2(18%) refieren que las causas son los abusos sexuales,5(45%) refieren que es la falta de información,3(28%) aducen que es por la inaccesibilidad de los métodos anticonceptivos y 1(9%) dicen que por la pobreza; 19(19%) llevan el II año de ellas 4(21%) dicen que las causas son los abusos sexuales,11(58%) refieren que es por la falta de información,1(5%) dice que es por la inaccesibilidad de los métodos anticonceptivos,1(5%) dice que ninguna es causa de embarazo precoz,2(11%) manifiesta que es por la pobreza;22(22%) están en III año de estas 3(14%) dicen que por abusos sexuales,7(32%) refieren que por la falta de información,4(18%) aducen que la inaccesibilidad a los métodos anticonceptivos,(9%) manifiesta que ninguna y 6(27%) dicen que la pobreza;37(37%) cursan IV año de las cuales 3(8%) dicen que abusos sexuales,24(65%) refieren falta de información,6(16%) manifiestan que la inaccesibilidad a los métodos anticonceptivos,4(11%) dicen que ninguna;11(11%) cursan V año de ellas 2(18%) dicen que abusos sexuales, 6(55%) refieren falta de información ,1(9%) manifiesta que inaccesibilidad a métodos anticonceptivos y 2(18%) dicen que ninguno. Ver tabla #10

En relación a la edad y al riesgo que conlleva un embarazo precoz se obtuvo que 6(6%) se encuentra entre la edad de 14-16 años de ellas 2(33%) dicen que aborto,2(34%) refieren anemia, y 4(22%) manifiesta que prematuridad;94(94%) están entre edades de 17-20 años de las cuales 20(21%) aducen que

aborto,17(18%) dicen que anemia,15(16%) manifiesta que bajo peso al nacer,24(26%) aducen que complicaciones en el parto y 18(19%) refieren que prematurez. ver tabla #11

Al asociar la ocupación con el factor social para un embarazo precoz se obtuvo que 63(63%) son amas de casas 19(30%) dicen que baja temprano la menstruación,19(30%) refieren bajo nivel educacional,10(16%) emigraciones y 15(24%) manifiesta que padres divorciados;9 (9%) son comerciantes de ellas 3(33%) aducen que baja temprano su menstruación,3(33%) bajo nivel educacional y 3(34%) padres divorciados;13(13%) son domesticas y de ellas 3(23%) dicen que baja temprano su menstruación,4(31%) refiere que bajo nivel educacional,3(23%) aducen que las emigraciones y 3(23%) refieren que padres divorciados;15(15%) trabajan como obreras y de ellas 2(14%)9 dicen que baja su menstruación,3(20%) refieren que bajo nivel educacional,5(33%) manifiestan que la emigraciones y 5(33%) que padres divorciadas. Ver tabla#12

Al relacionar la escolaridad con la proporción de la información sobre embarazo precoz se obtuvo que 11(11%) cursan I año de ellas 1(9%) la recibieron de enfermera,8(73%) de medico,1(9%) de nadie y 1(9%) de los padres; 19(19%) cursan II año de ellas 1(5%) la recibió de amigos,3(16%) de enfermeras,8(42%) del medico,1(5%) de nadie, 3(16%) se la proporcionaron los padres y 3(16%) pro familia; 22(22%) llevan III año de 1(4%) de amigos,7(32%) de la enfermera,7(32%) del medico,5(23%) de los padres y 2(9%) en pro familia; 37(37%) cursan IV año de ellas 2(6%) recibieron la información de los amigos,5(14%) de la enfermera,12(33%) del medico,5(12%) de ninguno,9(24%) de los padres y 4(11%) atreves de pro familia; 11(11%) están en V año de ellas 1(9%) de la enfermera 4(36%) del medico,3(28%) de nadie,2(18%) a través de los padres y 1(9%) en pro familia. Ver tabla #13

Análisis de los resultados

Los resultados obtenidos del estudio indican que la mayoría de las estudiantes se encuentran en el grupo etareó entre la edad de 17-20 años, ellas cursan el IV año son amas de casas, en su mayor parte son solteras seguidas de unión libre y proceden de la zona rural.

Según la OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 20 años, la mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados provocados por la práctica de las relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos.

Se piensa que las adolescentes es el grupo etareó más susceptible desde el punto de vista reproductivo por el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad ya que experimentan cambios físicos que influyen directamente a ellas.

II- conocimientos de métodos anticonceptivos de los estudiantes en relación al embarazo precoz.

En relación a la edad e los estudiantes con conocimiento sobre los métodos anticonceptivos la mayoría de las mujeres son de 17-20 años de las cuales respondieron que los métodos anticonceptivos “es lo que la mujer y el hombre utiliza para evitar embarazo”, sin embargo existe un número significativo que desconocen sobre métodos anticonceptivos.

Según las normas de planificación familiar 2008 refiere” los métodos anticonceptivos se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente”.

Se considera que la planificación familiar es importante ya que esto permite planificar o espaciar el número de hijos que desean tener ya que esto se planifica en pareja, tanto el hombre como la mujer deben decidirlo.

En relación a la procedencia de los estudiantes y quien les proporcione la información sobre métodos anticonceptivos la mayoría de los estudiantes son

de zona rural de las cuales les informo sobre métodos anticonceptivos los médicos, seguidos de la familia.

ENDESA 2006-2007 refiere que “la educación es un factor influyente en las actitudes y practicas relacionadas con la salud y el comportamiento reproductivos de las mujeres, así como la actitud frente al tamaño ideal de la familia y la práctica de planificación familiar”.

Se piensa que es interesante que todo el personal de salud brinde mas información acerca de los métodos anticonceptivos ya que se observo que la información la obtuvieron por un medico pero debemos enseñar más acerca de conocimiento de planificación familiar.

En relación a la escolaridad de los estudiantes y cuál fue el método que uso por primera vez la mayoría de los estudiantes son de IV año de secundaria de estas hay un alto porcentaje que el método que uso por primera vez fueron las pastillas de emergencias, seguidas de inyección de mes.

Según las normas y protocolo de planificación familiar 2008 refiere “en la adolescencia se deberá recomendar el método de barrera en todas las relaciones coitales, sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas ya que las pastillas de emergencias no son método de planificación familiar”.

Se considera que las estudiantes tomaron una elección errónea ya que ellas se tomaron las pastillas de emergencias para no quedar embarazadas y dicha pastilla no es método de planificación familiar pues este conlleva a muchos riesgo como infertilidad.

En relación al estado civil de las estudiantes con el método que usa actualmente la mayoría de las adolescentes son solteras, seguidas de la unión libre de las cuales hay un alto porcentaje que usaron preservativos, sin embargo se puede observar que hay un numero significativo que las casadas se están protegiendo con inyecciones.

Según las normas de planificación familiar 2008 refieren que “es un anticonceptivo temporal, que tiene la función de cubrir la vagina durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el espermatozoides del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer”.

Según los resultados obtenidos se considera que estos coinciden con la bibliografía consultada ya que es importante que las adolescentes planifiquen con el método de barrera que es el preservativo ya que se protegen de embarazos y de ITS por lo tanto es interesante que las mujeres planifiquen con dicho método.

En relación a la religión y la importancia de asistir a planificación familiar por el centro de salud un alto porcentaje de las adolescentes son de religión católica y expresan que “me ofrecen y brindan el método”.

Según Meléndez mercado, conocimiento, actitudes y practica d métodos anticonceptivos refieren que “la falta de acceso a servicios de planificación familiar es una razón importante de la diferencia de ambas zonas, la mujer rural tiene menos probabilidades de conocer una fuente de métodos anticonceptivos.

Según los resultados obtenidos se consideran que estos coinciden con la bibliografía consulta, sin embargo en el segundo caso cualquiera de la respuesta que las estudiantes respondieran estaría bien porque la importancia de planificación familiar es unas estrategias que ayuda a que las adolescentes tomen precauciones y se protejan de acuerdo a la consejería brindada en el centro de salud.

III-Factores sociales del embarazo precoz.

Referente a la edad en que tuvo su primer embarazo relacionada con la procedencia, la mayoría de las adolescentes se embarazaron entre la edad de 14-16 años y proceden del área rural sin embargo se observo que una minoría tuvo su primer embarazo a edad entre 10-13 años de edad.

Según la OMS establece que el embarazo en adolescentes o embarazo precoz es aquel que se produce en una mujer adolescente: entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de edad fértil y al final de la adolescencia.

Se considera que es importante aconsejar a los jóvenes sobre como realizar un proyecto de vida que prioricen alcanzar un nivel académico alto y pospongan la maternidad para la edad adulta.

Con respecto a la causa que expone a la adolescente a un embarazo precoz con la escolaridad la mayor parte de las entrevistadas manifiestan que la causa que exponen a un embarazo en la adolescencia es la falta de información y cursan el IV año de secundaria, seguido de III año pero podemos observar que de I año a IV año la misma causa manifestaron seguido de inaccesibilidad de métodos anticonceptivos y abusos sexuales.

La estrategias nacional de salud sexual y reproductiva manifiesta que “es común entre los adolescentes la falta o la distorsión de la información circulando mitos como: solo se embaraza si tiene orgasmo, cuando se es más grande, cuando lo hace con la menstruación y cuando hay penetración completa.

Se considera que la falta de información es una de las causas de embarazos precoces porque la adolescentes en la mayoría de las veces no se informan, ni se enriquecen de conocimientos sobre relaciones sexuales, embarazo, ni métodos anticonceptivos y solo desean pasar esa experiencia sin saber que les espera más adelante y otras solo desvían la información sin poner interés a ella.

En relación al riesgo que conlleva un embarazo precoz y la edad de las adolescentes la mayoría de ellas refirió que complicaciones durante el parto y están entre la edad de 17-20 años el conocimiento esta entre las mas adultas y una minoría conoce los riesgo de un embarazo precoz.

Según la OMS los riesgos biológicos del embarazo precoz son las complicaciones obstétricas, anemia, desproporción cefalopelvica, parto prolongado y difícil, muerte abortos provocados, hemorragias, infecciones y prematuridad.

Según los resultados obtenidos se considera que entre mas adulta mas conocimiento tendrán, las complicaciones obstétricas son uno de los riesgos que mas se presentan ya que la futura madre enfrenta inquietudes propias, se angustia por la actitud del padre entre otros aspectos que pueden provocar estrés, desinterés entre otras manifestaciones que complican el embarazo y parto.

Referente al factor social para un embarazo precoz y la ocupación, un alto porcentaje son ama de casa y consideran que uno de los factores sociales es el bajo nivel educacional seguido baja temprana su menstruación y padres divorciados.

Según las estrategias nacionales de salud sexual y reproductiva el bajo nivel educativo expone a las adolescentes a un embarazo precoz. En el caso de las que se encuentran dentro del sistema educativo formal la información que se recibe es insuficiente. En caso de las adolescentes que se encuentran fuera del sistema educativo la situación es más crítica.

Al observar los resultados se consideran que el grado educacional bajo o analfabetismo influyen en las adolescentes a iniciar su vida sexual a temprana edad y sin protección.

Referente a la escolaridad y la proporción de información sobre embarazos de riesgo la mayor parte de las adolescente dicen haber obtenido la información a través del médico y ellas actualmente cursan IV año.

Según la OMS manifiestan que el comportamiento presente en una sociedad y que da sentido a la relación que se establece con las otras personas lo que

implica el reconocimiento, aceptación y valoración del otro mediante se orienta el ejercicio de la sexualidad.

Se considera que todo personal de salud debe brindar información de riesgo de embarazo en el momento de realizar control prenatal o reforzarlo porque muchas veces ellas se orientan a través de amigos, padres u otra institución.

Conclusión

De acuerdo a los resultados obtenidos del estudio de conocimiento d métodos anticonceptivos y factores sociales de los estudiantes en relación al embarazo precoz se llevo a la conclusión que:

Las adolescentes están entre las edades 17-20 años, cursan IV año de secundaria, son solteras seguidas de la unión libre, son amas de casa, la mayoría profesan la religión católica y la mayor parte de ellas proceden de área rural.

Las mujeres entre 17-20 años conocen sobre métodos anticonceptivos respondiendo que “es lo que la mujer y el hombre utilizan para evitar el embarazo”, sin embargo existe un número significativo que desconocen sobre métodos anticonceptivos.

Un alto porcentaje de IV año d secundaria utilizaban por primera vez las pastillas emergencia y el método que usan actualmente es el preservativo usado mayormente por las adolescentes solteras seguidas de las unión libre al momento del acto sexual; sin embargo se observo que un numero significativo de las casadas se están protegiendo con inyecciones.

Las mujer adolescentes conocen la importancia de asistir a planificación familiar al centro de salud por que aducen que e” me ofrecen y brindan el método para planificar.

Las adolescentes que están en IV año consideran que la falta de información es una de las causas que exponen a las adolescentes a un embarazo precoz pero se pudo observar que de I a IV año manifestaron la misma causa seguidos de la inaccesibilidad de métodos anticonceptivos y abusos sexuales por lo que se pueden afirmar que si conocen las causas exponentes a un embarazo.

Las adolescentes conocen en su mayoría los riesgos que conlleva a un embarazo precoz manifestado que uno de ellos son las complicaciones durante el parto se pudo observar además que el conocimiento estaba entre las mas adultas.

La mayor parte de las adolescentes manifiestan que el bajo nivel educacional es uno de los factores sociales que influyen en un embarazo precoz, seguida de “baja la menstruación” ya que otorga o inicia la madurez reproductiva.

Recomendaciones

Al concluir nuestro estudio recomendamos:

- Al ministerio de educación (MINED):

Implementar estrategias como coordinar con el MINSA y que faciliten documentos alusivos al tema de métodos anticonceptivos que le permita reforzar el conocimiento de la población estudiantil.

- A la directora del INASE:

Coordinar con el MINSA para que brinde seminarios sobre métodos anticonceptivos y factores sociales de embarazo precoz a docentes y estudiantes con mayor énfasis en las menores de 16 años que son las que mostraron menos conocimientos sobre el tema.

Fortalecer a través de educación continua el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociales de embarazos precoces de los profesores a fin de que orienten a los estudiantes para que cuiden su cuerpo.

Formar grupo pares a las estudiantes para que realicen murales y charlas sobre métodos anticonceptivos y embarazo precoz, a través de esto ellas se protejan o pospongan el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, previniendo embarazo no deseados.

Proporcionar consejería a través de la clase de convivencia y civismo orientando la responsabilidad compartida al tener relaciones sexuales.

Bibliografía

1. Apuntes de la sexualidad humana (1997)
2. Centros para el control y prevención de enfermedades 2006.
3. Castillo Vilma y col. Puntos de encuentros para transformar la vida cotidiana edición. Helena Ramos, Managua-Nicaragua octubre 2009.
4. De León, Diego Guía de métodos anticonceptivos - Sociedad Española de contracepción (SEC), Madrid 1997-2008 www.sec.es/informacion/guia_anticonceptivos/index.php
5. -Dra. Salazar, Berta y col. Aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del embarazo precoz y su influencia en la vida del adolescente. MEDISAN 2006.
[Http//bvs. S. /d.cu/revistas/san/vol. 10..](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol.10..)
6. Dr.R. Issler, Juan embarazo en la adolescencia. Revista de postgrado de la cátedra 6ma medicina. Agosto/2001.
[http://med.unne.edu.ar/revista 107/emb-adolescencia](http://med.unne.edu.ar/revista107/emb-adolescencia)
7. Dr. Martínez Dearreaza, Javier, la prensa-Embarazo en la adolescencia, Managua, Nicaragua - Domingo 09 de Enero de 2011 - Edición 10918.
archivo.elnuevodiario.com.ni/2011/01/09/variedades/139162.
8. - Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA)- fecundidad-Nicaragua 2006/07.
9. Hernández, Omar , monografía, causas de relaciones sexuales a temprana edad, Estado Yaracuy, Venezuela ,2000.
www.monografias.com
10. H. Gates the William, hacia un Nuevo mundo: vida sexual y reproductivo de las jóvenes, enero1996-2011.
www.guttmacher.org/pubs/new-world-span.html.
11. Lirrom, Ania. Aspectos de la sexualidad, Madrid 2001.
[html/rincondelvago.com/aspectos de la sexualidad](http://html/rincondelvago.com/aspectos%20de%20la%20sexualidad).
12. Meléndez mercado Conocimientos Actitudes y Prácticas de métodos anticonceptivos Pueblo Nuevo Estelí febrero 1992.

13. MINSA normas de planificación familiar. Editorial Somarriba. Nicaragua (2008)
14. Política nacional de prevención y control de ITS VIH/sida, Nicaragua, Managua agosto 2006.
15. Sánchez Félix planificación familiar en las comunidades de waspan. esteli, febrero
16. servicios de planificación. métodos anticonceptivos-aborto inducido. es.wikipedia.org/wiki/planificación-familiar
17. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, consenso sobre los métodos naturales de PFN. es.wikipedia.org/wiki/Método anticonceptivo.
18. Soto Martínez, Oscar y col. Embarazo en la adolescencia y conocimiento sobre sexualidad, Guantánamo, Cuba marzo 2003. www.google.com
19. The Alan guttmacher institute, hacia un nuevo mundo: la vida sexual y reproductiva de los jóvenes.
20. Uribarren, Adolfo Artículo principal: métodos anticonceptivos naturales, dic.2010 http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_anticonceptivo.
21. Vallecillo Carvajal, Silvio Raquel y col. conocimiento, aptitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil de Poneloya y las peñitas.
22. Wikipedia, enciclopedia libre, embarazos adolescentes, noviembre 2011 www.wikipedia.com.

ANEXO

Entrevista

El motivo de la presente entrevista es para Determinar el conocimiento de los métodos anticonceptivos y factores sociales de adolescentes en relación al embarazo precoz en el instituto nacional autónomo señor de Esquímulas I a V año de la modalidad dominical Telica 2011.

1-Datos socio demográficos

1-Edad: -----

2-Año que cursa

I año-----

II año-----

III año-----

IV año-----

V año -----

3-Estado civil

Soltera-----

Casada-----

Unión libre-----

Divorciada-----

4-Procedencia

Urbana-----

Rural-----

5-Ocupación en la semana

Ama de casa -----

Comerciante-----

Domestica-----

Obrera-----

6-Religión

Católica-----

Evangélica-----

Testigo-----

Otras.....

2-Conocimiento de métodos anticonceptivos

1-¿Qué conoce usted sobre métodos anticonceptivos?

Es lo que la mujer, el hombre utiliza para evitar embarazos -----

Son estrategias que se utilizan para no tener hijos----

Es lo que utiliza cuando tenemos relaciones sexuales sin haberlo planificado----

No se----

2-¿Quién le proporcione la información?

Pro familia _____

Medico _____

Enfermera _____

Amigos _____

Familia _____

xochilacalt-----

3-¿Cuál fue el método que uso por primera vez?

Preservativos _____ inyección del mes _____

pastillas de emergencia _____ píldoras _____ inyección de tres _____
meses ninguno_____

4-¿Qué método usa usted actualmente?

Preservativo _____

Inyección de mes ____ Patillas de emergencia-----

Píldoras _____ Inyección de tres meses ----- Ninguno-----

5-¿Por qué cree usted que es importante planificar por el centro de salud de su comunidad?

Explican mejor que debo hacer ---

Me ofrecen y brindan el método-----

Puedo decidir cuántos hijos tener----

6-¿se protege su pareja al tener relaciones sexuales?

SI---

NO----

3-Factores sociales del embarazo precoz de los adolescentes

1-¿A qué edad tuvo su primer embarazo?-----

2¿Cuáles cree usted que son las causas que exponen a los adolescentes a un embarazo precoz?

Falta de información---

Inaccesibilidad a los medios anticonceptivos—

Abusos sexuales---

Pobreza----

Ninguna—

3-¿Cuáles cree usted que son los riesgo que conllevan a un embarazo precoz?

Anemia---

Prematuro---

Bajo peso al nacer---

Aborto----

Complicaciones durante el parto---

4-¿Cuáles cree usted que son los factores sociales de un embarazo precoz?

Padres divorciados---

Bajo nivel educacional-

Baja su menstruación temprana---

Emigraciones---

5¿quie le proporcione la informacion sobre embarazo de riesgo?

Pro familia---

Medico--

Enfermeras—

Padres---

Amigos—

Ninguna—

I-DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Edad de los estudiantes en relación con la escolaridad.

Tabla#1

EDAD	ESCOLARIDAD											
	I AÑO		II AÑO		III AÑO		IV AÑO		V AÑO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
14-16	-	-	3	50	1	17	2	33	-	-	6	6
17-20	11	12	16	17	21	22	35	37	11	12	94	94
TOTAL	11	12	19	19	22	22	37	37	11	11	100	100

Fuente: Entrevista

Ocupación de los estudiantes en relación con el estado civil.

Tabla#2

OCUPACION		ESTADO CIVIL									
		casada		divorciada		soltera		Unión libre		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Ama de casa	16	25	3	5	22	35	22	35	63	63
	Comerciante	1	11	-	-	7	78	1	11	9	9
	Domestica	-	-	-	-	11	85	2	15	13	13
	Obrera	-	-	-	-	14	93	1	7	15	15
TOTAL		17	17	3	3	54	54	26	26	100	100

Fuente: Entrevista

Procedencia de los estudiantes en relación con la ocupación.

Tabla#3

PROCEDE NCIA	OCUPACION									
	Ama de casa		comerciante		domestica		obrera		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rural	38	63	7	12	9	15	6	10	60	60
Urbana	25	62	2	5	4	10	9	23	40	40
Total	63	63	9	9	13	13	15	15	100	100

Fuente: Entrevista

II-conocimientos de métodos anticonceptivos.

Edad de los estudiantes con conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Tabla#4

EDAD	METODOS ANTICONCEPTIVOS									
	Se utiliza para evitar embarazo.		Se utiliza en relaciones sin planificado		NO SE		se utilizan para no tener hijos		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
14-16	4	67	-	-	-	-	2	33	6	6
17-20	53	56	6	6	8	9	27	29	94	94
TOTAL	57	57	6	6	8	8	29	29	100	100

Fuente: Entrevista

Procedencia de los estudiantes en relación a quien le proporciono la información de los métodos anticonceptivos.

Tabla#5

PROCEDENCIA	Información de los Métodos Anticonceptivos														TOTAL	
	amigos		enfermería		medico		ninguno		familia		Pro familia		xochilcalt		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
Rural	8	13	9	15	15	25	3	5	13	22	7	12	5	8	60	60
Urbana	5	13	5	13	13	32	5	12	6	15	4	10	2	5	40	40
TOTAL	13	13	14	14	28	28	8	8	19	19	11	11	7	7	100	100

Fuente: Entrevista.

Escolaridad de los estudiantes en relación a cuál fue el método que uso por primera vez.

Tabla#6

ESCOLARIDAD	Método que uso por primera vez												TOTAL	
	Inyección de tres		Inyección de mes		ninguno		Pastillas de emergencia		píldora		preservativo		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
I AÑO	-	-	2	18	1	9	5	46	-	-	3	27	11	11
II AÑO	-	-	4	21	2	11	4	21	2	10	7	37	19	19
III AÑO	-	-	10	46	2	9	6	27	-	-	4	18	22	22
IV AÑO	1	3	7	19	3	8	17	46	2	5	7	19	37	37
V AÑO	-	-	2	18	4	37	3	27	-	-	2	18	11	11
TOTAL	1	1	25	25	12	12	35	35	4	4	23	23	100	100

Fuente: Entrevista

Estado civil de los estudiantes con el método que usan actualmente.

Tabla #7

ESTADO CIVIL	Método que uso por primera vez													
	Inyección de tres		Inyección de mes		ninguno		Pastillas de emergencia		píldora		preservativo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casada	7	41	5	29	1	6	-	-	1	6	3	18	17	17
Divorciada	1	33	-	-	-	-	1	33	-	-	1	34	3	3
Soltera	8	15	5	9	14	26	1	2	2	4	24	44	54	54
Unión libre	12	46	2	8	2	8	-	-	1	4	9	34	26	26
TOTAL	28	28	12	12	17	17	2	2	4	4	37	37	100	100

Fuente: Entrevista

Religión de los estudiantes en relación al porque cree que es importante planificar por centro de salud.

Tabla#8

Religión	Importancia de planificar en el centro de salud							
	Explican mejor que debo hacer		Me ofrecen y brindan el método		Puedo decidir cuánto hijos tener		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Católicos	20	30	33	50	13	20	66	66
Evangélicos	9	27	12	37	12	36	33	33
Testigos	1	100	-	-	-	-	1	1
TOTAL	30	30	45	45	25	25	100	100

Fuente: Entrevista

III-Factores sociales del embarazo precoz.

Procedencia de los estudiantes en relación a la edad que tuvo su primer embarazo.

Tabla #9

PROCEDENCIA	Edad de su primer embarazo							
	10-13		14-16		17-20		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Rural	1	2	40	67	19	31	60	60
Urbana	2	5	20	50	18	45	40	40
TOTAL	3	3	60	60	37	37	100	100

Fuente: Entrevista

Escolaridad de los estudiantes en relación a las causas que exponen a la adolescencia a un embarazo precoz.

Tabla#10

ESCO LARI DAD	Causas que exponen a un embarazo precoz en la adolescencia											
	Abusos sexuales		Falta de información		Inaccesibilidad de métodos anticonceptivos		ninguna		pobreza		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I AÑO	2	18	5	45	3	28	-	-	1	9	11	11
II AÑO	4	21	11	58	1	5	1	5	2	11	19	19
III AÑO	3	14	7	32	4	18	2	9	6	27	22	22
IV AÑO	3	8	24	65	6	16	4	11	-	-	37	37
V AÑO	2	18	6	55	1	9	2	18	-	-	11	11
TOTAL	14	14	53	53	15	15	9	9	9	9	100	100

Fuente: Entrevista.

Edad de los estudiantes en relación al riesgo que conlleva a un embarazo precoz.

Tabla #11

Edad	Riesgo que conlleva a un embarazo precoz											
	aborto		anemia		Bajo peso al nacer		Complicaciones durante el parto		prematurez		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
14-16	2	33	2	34	-	-	-	-	2	33	6	6
17-20	20	21	17	18	15	16	24	26	18	19	94	94
TOTAL	22	22	19	19	15	15	24	24	20	20	100	100

Fuente: Entrevista

Ocupación de los estudiantes en relación al factor social para un embarazo precoz.

Tabla#12

ocupación	Factor social para un embarazo social											
	Baja menstruación temprana		Bajo nivel educacional		emigraciones		Padres divorciados		TOTAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Ama de casa	19	30	19	30	10	16	15	24	63	63		
Comerciante	3	33	3	33	-	-	3	34	9	9		
Domestica	3	23	4	31	3	23	3	23	13	13		
Obrera	2	14	3	20	5	33	5	33	15	15		
TOTAL			27	27	29	29	18	18	26	26	100	100

Fuente: Entrevista.

Escolaridad de los estudiantes en relación a quienes les proporcionaron la

escolaridad	Información sobre embarazo de riesgo													
	amigos		enfermera		medico		ninguno		padres		pro familia		total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I año	-	-	1	9	8	73	1	9	1	9	-	-	11	11
II año	1	5	3	16	8	42	1	5	3	16	3	16	19	19
III año	1	4	7	32	7	32	-	-	5	23	2	9	22	22
IV año	2	6	5	14	12	33	5	12	9	24	4	11	37	37
V año	-	-	1	9	4	36	3	28	2	18	1	9	11	11
TOTAL	4	4	17	17	41	41	10	10	20	20	10	10	100	100

información sobre embarazo precoz.

Tabla # 13

Fuente: entrevista