

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA.
UNAN-LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICA**

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFÍA Y SALUD-CIDS
MINISTERIO DE EDUCACIÓN-MINED**



**Reporte de Investigación para optar al título de Especialización en
Promoción de Valores para la Convivencia Armoniosa**

TEMA

Factores asociados a embarazo adolescente en Nicaragua

Autor: Héctor Gabriel Muñoz Robleto.

Tutor: Lic. Ever Téllez. MSc

Noviembre, 2018

“A la libertad por la Universidad”

AGRADECIMIENTO

Primeramente, doy gracias a Dios por permitirme una nueva experiencia dentro de la Universidad, gracias al Ministerio de Educación por permitirme en ser un profesional en lo que me apasiona, gracias a cada docente que fue parte de este proceso integral de especialización que deja como producto terminado este grupo de especialistas en valores y como recuerdo y prueba viviente en la historia este trabajo que perdurará dentro de los conocimientos y desarrollo de las demás generaciones que estén por llegar.

Agradezco a la Cra. Mendy Aráuz por haberme permitido ser parte de este equipo de especialistas y a mis compañeras: Verónica Osorio, Ana Molina y Mirtha Acevedo por el apoyo brindado.

Finalmente, agradezco a quien lee este apartado y más de mi trabajo de especialización, y que el mismo sirva como referencia para realizar esfuerzos y ahondar en la problemática planteada.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación al ser que me formó en valores, que me enseñó el valor de la responsabilidad y superación, a mi padre:

Héctor Antonio Muñoz Pavón (Q. E. P. D)

A mis compañeros y compañeras de estudio, a mis maestros y amigos, quienes sin su ayuda nunca hubiera podido hacer esta especialización. A todos ellos se los agradezco desde el fondo de mi alma. Para todos ellos esta dedicatoria.

INDICE

RESUMEN	1
I. INTRODUCCIÓN	2
II. ANTECEDENTES	4
III. JUSTIFICACIÓN	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V. OBJETIVOS	8
• General:	8
• Específicos:	8
VI. RESULTADOS	9
6.1. Adolescencia	9
6.2. Embarazo.....	9
6.3. Embarazo Adolescente.....	9
6.4. Detección y fecha de fecundación.....	10
6.5. Signos presuntivos del embarazo	10
6.6. Embarazo en Adolescencia	10
6.7. Cambios fisiológicos durante el embarazo.....	11
6.8. Riesgos y consecuencias en el embarazo adolescente.....	12
6.9. Las adolescentes que se quedan embarazadas presentan en muchos casos:.....	12
6.10. Complicaciones psicológicas para la adolescente embarazada	15
6.11. Consecuencias Para El Hijo De La Madre Adolescente	16
6.12. Situación actual en Nicaragua	16
6.13. Que no Hacer:	21
6.13. Prevalencia:	22
VII. METODOLOGÍA	24
7.1. Tipo de estudio: Descriptivo de tipo documental.....	24
7.2. Área de estudio.....	24
7.3. Población de estudio.....	25
7.4. Período de estudio	25
7.5. Fuente de información.....	25
7.6. Proceso de recolección	25
VIII. DISCUSIÓN	26
IX. CONCLUSIONES	27

X. RECOMENDACIONES	28
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
XII. ANEXOS	30
1. Desarrollo humano prenatal	31

RESUMEN

Uno de los problemas que enfrentan los países centroamericanos es el embarazo en adolescentes. Nicaragua no es la excepción y aunque desde el año 2015 el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional viene haciendo esfuerzos desde las Consejerías de las Comunidades Educativas, aún seguimos con un alto índice de embarazos.

Por lo antes mencionado, el objetivo de esta investigación documental es identificar las causas que provocan el embarazo en adolescentes e identificar acciones que permitan mejorar la calidad de vida de las jóvenes.

La población de estudio fue de adolescentes entre 12 y 18 años de Nicaragua, durante el II semestre 2018, la fuente de información fue secundaria mediante artículos, revistas, entre otros.

En relación a la prevalencia Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 24.4% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 92 de cada 1,000 mujeres adolescentes (entre 15 y 18 años) son madres.

En conclusión, las adolescentes entre 15 y 19 años de edad, tienen el doble de probabilidad de morir a causas de complicaciones durante el embarazo, que las mujeres entre los 20 y 24 años de edad. Las menores de 15 años de edad tienen un riesgo 4 veces mayor.

Palabras claves:

Embarazo, prevalencia, complicaciones, población, adolescentes, estudio, parto, riesgo.

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación trata principalmente acerca del embarazo en la adolescencia, sus causas y consecuencias, síntomas de un embarazo, cómo prevenir embarazos no deseados, además nos entrega estadísticas de la realidad e información sobre el porcentaje de jovencitas que tienen relaciones sexuales a temprana edad, sin responsabilidad.

Cabe mencionar que éste tipo de problema social no es reciente, es decir, desde años pasados existe y lo peor es que se han realizado muchas investigaciones, pero ninguna ha podido resolver el problema y que últimamente se ha expandido considerablemente en nuestro país.

El objetivo de la investigación no es resolver el problema, sino intentar darle una explicación lógica y proponer medidas para disminuir el problema, error que encontré en otras investigaciones cuyo objetivo era, precisamente, resolver el problema, cosa que resulta casi imposible.

Los índices de embarazos y nacimientos en adolescentes varían según la región debido a diferentes causas, entre ellas se puede nombrar, actividad sexual, educación sexual, accesos a los servicios de anticoncepción y abortos, control de natalidad, atención prenatal alta, entre otros.

Las causas de embarazos en adolescentes son amplias y complejas, variando entre distintos grupos culturales y étnicos, nuestras actitudes sociales sobre la actividad sexual y la anticoncepción sexual, complica la prevención de embarazos en adolescentes.

La mayoría de las adolescentes embarazadas son pobres, con poca o nula educación y menos oportunidades de terminarla; y madres solteras, sin pareja. Por tanto, es un problema que afecta y amenaza el avance en las metas del Milenio relativas a reducción de la pobreza, expansión de la educación y mejoras en la salud materno-infantil.

Para las adolescentes embarazadas, es frecuente el abandono de los estudios, lo que reduce futuras oportunidades de lograr buenos empleos y las posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección.

Según la OMS¹ la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2013 murieron 289 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos.

Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.

Numerosos factores de riesgo para la salud de la madre y el niño pueden ser identificados durante la atención prenatal y muchos de ellos son prevenibles o modificables.

¹ Organización Mundial para la Salud

II. ANTECEDENTES

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), reconoce que *"los embarazos entre niñas menores de 18 años tienen consecuencias irreparables: viola los derechos de las niñas, con consecuencias potencialmente mortales en términos de salud sexual y reproductiva, y plantea altos costos de desarrollo para las comunidades, en particular para perpetuar el ciclo de la pobreza"*. Las consecuencias para la salud incluyen que aún no se está físicamente preparada para el embarazo y el parto, lo que genera complicaciones y malnutrición, ya que la mayoría de las adolescentes provienen de hogares de bajos ingresos. (Climent, 2015)

El riesgo de muerte materna para las niñas menores de 15 años en los países de bajos y medianos ingresos es mayor que para las mujeres de 20 años. El embarazo adolescente también afecta la educación de las niñas y el potencial de ingresos ya que muchas se ven obligadas a abandonar la escuela, lo que en última instancia son perjudicial las oportunidades futuras y las perspectivas económicas.

Varios estudios han examinado el impacto socioeconómico, médico y psicológico del embarazo y la maternidad en adolescentes. Los resultados de la vida de las madres adolescentes y sus hijos varían; otros factores, como la pobreza o el apoyo social, pueden ser más importantes que la edad de la madre en el momento del nacimiento.

Se han propuesto muchas soluciones para contrarrestar los hallazgos más negativos. Las madres adolescentes que pueden confiar en el apoyo de la familia y la comunidad, los servicios sociales y el apoyo de cuidado de niños tienen más probabilidades de continuar su educación y obtener trabajos mejor remunerados a medida que progresan en su educación.

Se requiere un enfoque holístico para abordar el embarazo adolescente. Esto significa no centrarse en cambiar el comportamiento de las niñas, sino abordar las razones subyacentes del embarazo adolescente, como la pobreza, la desigualdad de género, las presiones sociales y la coacción.

Este enfoque debería incluir "proporcionar educación sexual integral apropiada para la edad para todos los jóvenes, invertir en la educación de las niñas, prevenir el matrimonio infantil, la violencia sexual y la coacción, construir sociedades equitativas para los géneros empoderando a las niñas e involucrando a hombres y niños y garantizando el acceso de los adolescentes a la información de salud sexual y reproductiva, así como a los servicios que los acogen y facilitan sus elecciones".

III. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, el incremento de los índices de maternidad adolescente, es un motivo de preocupación a nivel nacional. Ya que se observa un gran aumento de casos de embarazo adolescente en los últimos 6 meses, con una marcada proporción de crecimiento en la franja etaria de 12 a 15 años y como consecuencia de esto el incremento de problemas relacionados con la maternidad.

La maternidad en las adolescentes significa riesgos para la salud de ellas y la de sus hijos, desde que comienza, pues la mayoría son embarazos no planeados ni deseados.

La importancia de esta investigación, en el ámbito de educación, radica en la necesidad de generar acciones que contengan a la población, desde el punto de vista educativo, tanto para la población adolescente como la población adulta.

Actualmente, existe una ley que permite a las estudiantes embarazadas seguir estudiando. La ley se encuentra en el Código de la Familia y la Niñez, entró en vigor a inicios del 2015 y pide a las instituciones públicas y privadas, en las cuales se encuentren estudiando las jóvenes, que les garanticen la continuidad en sus estudios.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El fenómeno de los embarazos en adolescentes, particularmente preocupante en Nicaragua, es un indicador de la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes. “El desafío al que nos enfrentamos es un cambio cultural según,” Sonia Montaña, directora de la división de asuntos de género de la Comisión Económica para América Latina y Caribe (CEPAL). El problema muchas veces, más allá de desigualdades económicas, es que “las jóvenes no saben decir no” por la cultura machista asentada en nuestras sociedades (El País, 15/03/2011).

En un grupo de adolescentes siempre se estigmatiza a la que sale embarazada, aunque las demás ya hayan tenido relaciones sexuales, porque aún seguimos en una sociedad machista lo que crea prejuicios”, opina María Auxiliadora Alfaro, psicóloga experta en violencia y salud mental en niños y adolescentes. Además, reitera que muchas veces las madres piensan que cuando una joven sale embarazada, su hija no puede juntarse con ella, como si su embarazo fuera una enfermedad contagiosa. Para Alfaro, es después del embarazo cuando la sociedad asume que estas niñas ya son mujeres maduras llenas de experiencias, pero esta sigue siendo una niña y la presión provoca que se le mande a la primaria acelerada o las escuelas nocturnas o de fines de semana, donde están ya con gente adulta que piensa distinto o que no contribuyen a su desarrollo emocional.

Estas situaciones traen como consecuencia un daño a las emociones de la joven, incluso a su autoestima por lo que no estará motivada para salir adelante o criar a un bebé cuando este le recuerde que por él la excluyen y la discriminan afectando la relación con él, aduce Alfaro.

Por cada mil nacimientos, 109 corresponden a jóvenes de entre 15 y 19 años en Nicaragua, país que ocupa el primer puesto en embarazos adolescentes de América Latina, seguido de Honduras, afirmó el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2014).

ANTE ESTO NACE LA SIGUIENTE PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son las consecuencias asociadas al embarazo en adolescentes en Nicaragua según estudios ya realizados?

V. OBJETIVOS

- **General:**

Analizar las consecuencias de embarazo en adolescentes en Nicaragua según estudios ya realizados

- **Específicos:**

1. Conocer la frecuencia de embarazo en adolescentes en Nicaragua.
2. Identificar consecuencias del embarazo en adolescente en Nicaragua.
3. Sugerir recomendaciones para la prevención del embarazo en adolescentes desde la familia y centro educativo.

VI. RESULTADOS

6.1. Adolescencia

La adolescencia es un período de transición o una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y anuncia la adultez (Menacho, L, 2005).

La Dra. Jeanneville O'mally Alfaro Blandón (2000), en su tesis menciona que en base a la OMS la adolescencia abarca 3 etapas:

- a) Adolescencia temprana: Comprende entre los 10 y 13 años.
- b) Adolescencia media: Comprende desde los 14 a los 16 años.
- c) Adolescencia tardía: Abarca desde los 17 a los 19 años.

Cabe mencionar que en Nicaragua la tercera etapa conlleva hasta los 18 no cumplidos.

6.2. Embarazo

El embarazo o gravidez es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

El período de embarazo comienza al arribar un espermatozoide al útero femenino, luego de ingresar por la membrana del óvulo. Allí se forma el cigoto, que tiene forma de huevo, a través del proceso de la fecundación y será el desarrollo de cigoto permitirá la creación del embrión, del cual procederá la formación del ser humano.

6.3. Embarazo Adolescente

González (2004) señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (Molina et al., 1991, p.29).

Una mujer con carencia afectiva y sin una adecuada educación de la voluntad, además de la influencia ambiental y la visión de la sexualidad sin compromiso podrá conducir a la joven a una relación sexual inmadura con el riesgo de un embarazo inesperado. "Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. El ser requeridas sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado." (Molina et al., 1994, p.92).

6.4. Detección y fecha de fecundación

El principio del embarazo es detectado con la presencia de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG) que es producida por el embrión después de la concepción y posteriormente por el plasma materno (la placenta), esta hormona aparece en la sangre y en la orina de las mujeres embarazadas hasta 10 días después de la concepción y esta puede ser detectada por medio de análisis de orina y de sangre. Ambos tipos de prueba solamente pueden detectar si la mujer está o no embarazada, pero no la fecha de inicio del embarazo.

6.5. Signos presuntivos del embarazo

Tal vez el primer signo presuntivo del embarazo sea la amenorrea o ausencia del período menstrual. Debido a que puede ocurrir amenorrea por causas distintas a un embarazo, no siempre es tomada en cuenta, especialmente si la mujer no tiene ciclos regulares.

Sin embargo, pueden presentarse varios signos más que, junto a la amenorrea sugieren un embarazo, como son: la hipersensibilidad en los pezones, mareos, vómitos matutinos, somnolencia, alteración en la percepción de olores, y deseos intensos de ciertos tipos de alimentos (antojos). Esto lo puedes notar a partir del segundo al tercer mes de la concepción.

6.6. Embarazo en Adolescencia

El embarazo en adolescentes puede tener consecuencias adversas para la salud tanto de corto plazo como de largo plazo. En el corto plazo el resultado del embarazo será muy

probablemente desfavorable. Una razón es biomédica: la niña adolescente embarazada es más propensa a sufrir toxemia de embarazo y desproporción céfalo-pélvica cuando los huesos de la pelvis no se han desarrollado completamente. Y tiene más probabilidades de tener un bebé con bajo peso de nacimiento.

Otro tipo de consecuencias a largo plazo son las fístulas obstétricas, que a consecuencia del trabajo de parto prolongado u obstruido, es un orificio entre la vagina y la vejiga o el recto, lo cual causa que la mujer padezca de incontinencia crónica. Este padecimiento afecta a más de dos millones de niñas y mujeres en todo el mundo y se estima que cada año se agregan entre 50 000 y 100 000 nuevos casos.

6.7. Cambios fisiológicos durante el embarazo

La mujer embarazada se encuentra en un estado hipervolémico crónico. El volumen de agua corporal total se incrementa debido al aumento de la retención de sal y agua por los riñones. Esta mayor cantidad de agua ocasiona dilución de la sangre, lo que explicaría la anemia fisiológica propia del embarazo que persiste durante todo el embarazo.

El aumento del volumen sanguíneo causa un aumento en el gasto cardíaco, el volumen urinario y el peso materno. La acción de las ciertas prostaglandinas causa bronco dilatación y aumento en la frecuencia respiratoria. A nivel renal se ve una leve disminución en la depuración de creatinina, y otros metabolitos.

El peso de la madre durante el embarazo aumenta a expensas del peso del feto, el peso del líquido amniótico, placenta y membranas ovulares, el incremento del tamaño del útero, la retención de líquidos maternos y el inevitable depósito de grasa en tejidos maternos. El metabolismo de la madre también incrementa durante el embarazo.

La frecuencia cardíaca incrementa hasta un promedio de 90 latidos por minuto. La tensión arterial se mantiene constante o a menudo levemente disminuida. La resistencia venosa aumenta, en especial por debajo de la cintura gestante. El corazón tiende a aumentar de tamaño, condición llamada hipertrofia ventricular especialmente izquierda y desaparece a las pocas semanas después del alumbramiento.

La presencia circulante de prostaglandinas causa vasodilatación en oposición a los vasoconstrictores fisiológicos angiotensina y noradrenalina, en especial porque la angiotensina II aumenta para mantener la presión arterial normal. La hipertensión y la aparición de edema son por lo general signos de alarma en el embarazo.

La tasa o índice de filtrado glomerular y la perfusión del riñón aumentan a expensas del aumento del gasto cardíaco y la vasodilatación renal. Ello causa un leve aumento de los valores de creatinina en sangre por disminución del aclaramiento de creatinina e igualmente de nitrógeno ureico. La disminución de la presión parcial de dióxido de carbono en la sangre materna causa un aumento en la excreción renal de bicarbonato.

6.8. Riesgos y consecuencias en el embarazo adolescente

Expertos aducen que, la edad más apropiada para ser madre es entre los 20 y los 35 años, ya que el riesgo para la salud de la madre y el niño es mucho menor. El embarazo en la adolescencia se considera de alto riesgo y conlleva más complicaciones. La adolescente no está preparada ni física ni mentalmente para tener un bebé y asumir la responsabilidad de la maternidad.

6.9. Las adolescentes que se quedan embarazadas presentan en muchos casos:

Complicaciones menores

1. Anemia: es la reducción en la cantidad de hemoglobina en sangre; el valor de corte que la distingue en el embarazo es < 11 g/dl.
2. Cervicovaginitis: es el proceso inflamatorio de la vagina y el cérvix uterino acompañados de infección microbiana (flora anaerobia, Gardnerella vaginalis, Trichomonas o Candida) y flujo vaginal.
3. Bacteriuria asintomática: es la colonización bacteriana persistente del tracto urinario en ausencia de síntomas específicos. El nivel de colonización debe mostrar en el urocultivo una cantidad ≥ 100 mil unidades formadoras de colonias bacterianas/ml.

4. Infección de las vías urinarias bajas (cistitis): disuria, polaquiuria y urgencia urinaria, sin presencia de taquicardia, taquipnea, deshidratación, dolor lumbar y fiebre. Además, tira reactiva positiva a esterasa de leucocitos o nitritos, o más de 10 leucocitos por campo microscópico en el sedimento urinario.

5. Infección de las vías urinarias altas (pielonefritis): presencia de disuria, polaquiuria o urgencia urinaria, más fiebre (temperatura > 38 °C) o dolor lumbar.

6. Amenaza de aborto: hemorragia en la primera mitad del embarazo que no se acompaña de dilatación del cérvix uterino.

Complicaciones mayores:

1. Aborto en evolución: hemorragia de la primera mitad del embarazo que se acompaña de modificaciones cervicales y puede mostrar sintomatología dolorosa.

2. Embarazo molar: desarrollo anormal del óvulo fecundado consistente en degeneración hidrópica (edema) de las vellosidades coriales.

3. Embarazo múltiple: se origina por la fecundación de uno o más óvulos con el desarrollo intrauterino de dos o más fetos, condición asociada a mayor número de complicaciones.

4. Retraso en el crecimiento intrauterino: en la práctica una medición de la altura del fondo uterino por debajo de la centila 10 de la curva de altura del fondo uterino para la edad gestacional, indica retraso en el crecimiento fetal.

Estrictamente lo que se desea identificar es el peso del producto cuando está por debajo de la centila 10 de la curva de crecimiento de acuerdo con la edad gestacional.

5. Hiperemesis gravídica: vómitos incoercibles durante el primer trimestre de la gestación que comprometen el equilibrio hidroelectrolítico y estado nutricional de la embarazada.

6. Preeclampsia-eclampsia: entidad patológica exclusiva del embarazo caracterizada por hipertensión arterial (tensión arterial sistólica mayor de 140 mm Hg y diastólica mayor de 90 mmHg, o una elevación de 30 y 15 mmHg en la diastólica y en la sistólica con respecto a la basal) y proteinuria durante la segunda mitad del embarazo. Si se acompaña de convulsiones se denomina eclampsia.

7. Inserción baja de placenta: inserción anormal de la placenta en la zona de la cavidad uterina situada entre el segmento inferior del útero y el orificio cervical interno.

8. Desprendimiento prematuro de placenta: separación prematura de la placenta de su sitio de inserción en la cavidad uterina; se manifiesta por sangrado transvaginal en el tercer trimestre de la gestación.

9. Amenaza de parto prematuro: cuando se presentan contracciones uterinas regulares después de las 20 semanas de gestación y antes de las 37, con intervalos de cinco a ocho minutos o menores entre cada contracción.

10. Muerte fetal: ausencia de latido cardíaco y de movimientos fetales después de la semana 20 de gestación y antes del inicio de trabajo de parto espontáneo.

11. Ruptura prematura de membranas: pérdida espontánea de la integridad de las membranas corioamnióticas con salida transvaginal de líquido amniótico antes del inicio del trabajo de parto.

12. Diabetes gestacional: estado de intolerancia a los carbohidratos que se diagnostica por primera vez durante el embarazo. La prueba de detección debe realizarse desde la primera visita prenatal y repetirse entre las 24 y 28 semanas de la gestación.

Las mujeres con riesgo alto para diabetes gestacional (obesidad, historia personal de diabetes gestacional, antecedentes familiares de diabetes, glucosuria) pueden beneficiarse si se les practica una prueba de tolerancia a la glucosa desde un principio.

La detección de glucemia en ayuno mayor de 126 mg/dL o glucemia casual mayor de 200 mg/dL constituyen la sospecha de diabetes mellitus; la comprobación se realiza con glucemia mayor de 140 mg/dL tras haber recibido carga de 50 g de glucosa por vía oral.

La confirmación de hiperglucemia en ayuno en una medición subsecuente hace innecesaria la realización de la prueba de tolerancia oral a la glucosa.

6.10. Complicaciones psicológicas para la adolescente embarazada

En general, los estudios hablan de una serie de circunstancias por los que pasan las mamás adolescentes:

- Miedo a ser rechazadas socialmente: una de las consecuencias de la adolescencia y el embarazo es que la joven se siente criticada por su entorno y tiende a aislarse del grupo.

- Rechazo al bebé: son niñas y no desean asumir la responsabilidad, el tiempo y las obligaciones que supone ser madre. Sin embargo, esto también las hace sentirse culpables, tristes y su autoestima se reduce.

- Problemas con la familia: comunicar el embarazo en la familia muchas veces es fuente de conflicto e incluso rechazo por parte de su propio entorno.

- Los hijos de madres y padres adolescentes suelen sufrir mayor tasa de fracaso escolar, problemas de inserción social o de aprendizaje.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para evitar el embarazo en la adolescencia: limitar el matrimonio antes de los 18 años, aumentar el uso de anticonceptivos para los adolescentes, reducir las relaciones bajo coacción y apoyar los programas de prevención de embarazos en la adolescencia.

En cualquier caso, la mejor prevención es que los jóvenes tengan una buena educación sexual desde el mismo seno de la familia. Es importante informar sobre los riesgos y complicaciones del embarazo en la adolescencia y todos los cambios que se producirán desde el momento en que la adolescente se quede embarazada.

La comunicación en la familia esencial, por tanto, debe haber un diálogo abierto y transparente para que los jóvenes tengan toda la información a su alcance.

6.11. Consecuencias Para El Hijo De La Madre Adolescente

- Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".
- Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.
- Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

6.12. Situación actual en Nicaragua

Tres de cada diez mujeres en Nicaragua 'han parido' al menos un hijo antes de cumplir los 18 años, de acuerdo con un estudio presentado ayer por la no gubernamental Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social (Funides), que calificó el fenómeno de "preocupante".

Según el estudio "Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua", este país centroamericano tiene la tasa más alta de embarazos en adolescentes de América Latina.

De acuerdo a la investigación de Funides, las parejas de las adolescentes son de 5 a 10 años mayores que ellas y la mitad de ellos no se hace responsable ni económica ni emocionalmente de sus hijos. "Esto trae implicaciones muy fuertes para la vida de las muchachas" y de los niños, advirtió la economista y presentadora del estudio, Lilia Huelva.

Nuestro Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional dirigido por el Comandante presidente Daniel Ortega y Vice presidenta Rosario Murillo emitió comunicado para garantizar la continuidad educativa de las adolescentes embarazadas que cita:

“Para las Muchachas embarazadas este Acompañamiento Solidario es fundamental pues les va a permitir que logren interrumpir su asistencia a clases, únicamente por el tiempo necesario para el parto y los cuidados iniciales, periodo en el cual sus Compañer@s y Docentes juegan un papel muy importante facilitándoles la información de lo avanzado en las Materias Escolares y ofreciéndoles Reforzamiento Académico a fin de que logremos entre todos y todas que no pierdan el Año.” (Murillo, Rosario, 2015)

El Ministerio de Educación a través de la Dirección de Consejerías de las Comunidades Educativas, ha desarrollado diferentes estrategias para acompañar el proceso de las adolescentes embarazadas como:

Monitoreo y seguimiento para brindar contención y acompañamiento a las estudiantes y así puedan transitar sus experiencias de maternidad en simultáneo con la escuela secundaria.

Las asesoras, más allá de sostener el diálogo fluido y cotidiano con las estudiantes, generan y brindan espacios para charlas con mayor profundidad, en las que tratan de conocer las situaciones puntuales que atraviesan las adolescentes en ese momento. No sólo se ocupan de saber si asistieron y cómo les va en la escuela, sino que intentan ir más allá del mero vínculo escolar.

En los primeros acercamientos, lo que importa es establecer vínculos de confianza. Escuchar y preguntar, en función de lo que las adolescentes estén en condiciones de compartir.

Como dice Gomes Da Costa (2001) la capacidad de hacerse presente en forma constructiva en la realidad del educando es una aptitud posible de ser aprendida, mientras exista por parte de quien se propone aprender la disposición interior (apertura, sensibilidad, compromiso), lo cual se requiere la implicación entera del educador en el acto de educar y rescatar lo que hay de positivo en la conducta de las adolescentes en dificultades, sin rotularlas ni clasificarlas.

Aquí lo central que se propone desde la estrategia es repensar el vínculo pedagógico, o por lo menos reflexionar acerca del mismo, la verdad de la relación educador- educando debería basarse en la reciprocidad entendida como una interacción en la que dos presencias se revelan

mutuamente, aceptándose y comunicándose. Y esto es una construcción permanente, no es algo dado/ natural,

Sino que se va aprendiendo a partir de instancias de formación, intercambio, discusión y en la misma práctica cotidiana de los centros educativos. Además, como asesora debe tener clara las siguientes pautas para detectar el embarazo en las adolescentes:

1. A través de la información de sus compañeras y compañeros que les han comentado que no le ha bajado su menstruación y anda averiguando donde comprar y usar una prueba de embarazo de uso personal.
2. Se observa cambios repentinos en su figura, crecimiento del abdomen, senos, ensanchamiento de la cintura y caderas
3. Se les observa cansadas todo el tiempo.

4. Observamos cambios en su conducta tales como: desánimos, pensativas y preocupadas.
5. Aislamiento y tristeza, llanto de parte de las adolescentes.
6. Inasistencia a clase de manera continuas con sus novios
7. Manifestaciones mutuas de caricias inapropiadas en el centro educativo con jóvenes de su edad y de grados superiores.
8. Sus compañeras de estudio comentan que demuestran deseo de saber sobre el tema, queriendo conocer qué hacer ante una situación de embarazo.
9. Las y los compañeros de estudio expresan que demuestran interés en el conocimiento del uso de anticonceptivos
10. A través de la información de las y los muchachos nos comunican que hacen Preguntas a sus compañeras o compañeros sobre las consecuencias de un aborto.
11. Demuestran poco interés y temor participar en las actividades deportivas que se implementan en educación Física.

12. A través de las y los estudiantes nos comunican que hay compañeras que quieren conocer lugares donde se practica abortos.
13. Se les puede observar cambio en el porte y uso del uniforme usando la camisa por fuera de la falda y portando camisas más holgadas.
14. Se observa que no tiene una pareja estable.
15. Se observa a simple vista el uso de fajas talladoras dentro de su camisa.
16. Las y los compañeros de estudios le comentan a las profesoras o profesor que llegan personas ajenas al centro de estudio a llevarlas, demostrando una afinidad muy íntima con la adolescente.
17. Su amiga o amigo más cercano la observa que presenta malestares de estómago o tiene vómitos, los senos agrandados y escucha que se queja de dolor.
18. La profesora o el profesor, sus amigas o los amigos observan que desean comer algunos alimentos que comúnmente no lo acostumbran ejemplo:

antojos de ciertas comidas como Comer maduro con queso y crema de momentos, mangos en rajitas con limón sal y chile, mamomes, coyolitos entre otros, o bien sentir nauseas por algunos perfumes, olores de comidas le disgustan y otras. También se les dan pautas para que sigan la ruta del qué hacer

1. Atención primaria individualizada, podríamos orientarle que, si se sospecha que está embarazada, indicarle que vaya al centro de salud para hacerse una prueba de embarazo. De resultar positivo haremos lo siguiente:
2. Llamar a la madre o al padre para hacer de su conocimiento, tratando de establecer una conversación amigable para que reciba el apoyo necesario de sus familiares
3. Llamar a la madre y el padre de familia para valorar con la dirección del centro y docente, cuál es la situación en el hogar, conocer las relaciones que se están dando en el seno de la familia, para asegurar su tranquilidad y estabilidad emocional; y preguntarle así mismo si desea continuar con sus estudios durante el embarazo si así lo desea.
4. Orientar a la adolescente para que acuda al centro de salud de su localidad y reciba las orientaciones y la atención médica en el desarrollo de su embarazo hasta el momento del parto y después del parto; así mismo que adquiera los conocimientos para el cuidado, alimentación y nutrición del bebe y de su persona.

5. En la escuela podemos adecuarle los horarios, para que no pierda sus citas de control prenatal y no interrumpir las actividades escolares.
6. El o la docente en las sesiones individuales debe fortalecer su autoestima y asegurarse también que no esté tomando nada que pueda perjudicar la salud de ella y de su bebé.

Ejemplo (alcohol, drogas o medicamentos) que la exponga a peligro, también debe de orientar que evitara realizar (ejercicios o actividades que puedan causar un aborto o complicaciones) durante el embarazo

7. El o la docente pedirá la tarjeta de control prenatal, asegurando que está recibiendo la atención médica necesaria.
8. En los casos que la familia la rechacé se ve abandonada por su pareja a raíz del embarazo o aquellas cuyo embarazo es producto de abuso o violación y se sienta desamparada, remitirla a MIFAN del distrito correspondiente para recibir el apoyo y la atención en correspondencia con los derechos del código de la Niñez y adolescencia.
9. Orientarla para que asista al centro de salud de su localidad para que conozca los métodos de planificación que esté de acuerdo a su edad, para evitar un segundo embarazo.
10. Promover en las y los compañeros de estudio la solidaridad, el respeto a la adolescente en este proceso para que se sienta aceptada y no se retire del centro educativo, es decir evitar que descontinúe sus estudios
11. Promover desde la escuela juntas y juntos jornadas educativas permanentes en las escuelas a través de ferias, festivales Cine foros, debates, caminatas, charlas testimoniales, ligas del saber, intercambios de experiencia, alusivas a prevención de embarazos en la adolescencia.
12. Promovamos espacios educativos dentro del aula (rincones educativos) (baúl mágico de educación integral de la sexualidad) para adolescentes con el propósito de fortalecer los conocimientos, podemos elaborar materiales que hagan énfasis cómo fortalecer la autoestima, desarrollar habilidades para la vida, proporcionarle los conocimientos como elaborar un plan de vida que permitan culminar sus metas con el apoyo de madres, padres de familia y tutores.
13. Realicemos actividades que Promuevan la promoción y la práctica de valores.

14. Fortalecer la capacidad de decir ¡No! A las propuestas de la famosa prueba del Amor.

15. Hagamos sesiones de conversaciones reflexivas a través de los encuentros de padres y madres de familia con padres, madres de familia y tutores, con temas de educación de la sexualidad, para que puedan compartir con las hijas e hijos

6.13. Que no Hacer:

1. Rechazar a la adolescente embarazada de parte de las autoridades del centro educativo, personal docente y estudiantes.

2. Culpabilizarla de los hechos por qué no usaron anticonceptivos o por qué no se esperó para tener relaciones sexuales con su pareja.

3. Trasladarla de turno sin haber consensuado con la adolescente y sus padres.

4. Realizar Comentarios negativos de parte del personal docente, con otras y otros ya que esto afecta el estado emocional de la adolescente, al bebe y a la familia.

5. Tomar represaría para que abandone el centro educativo.

6. Dejar de apoyarla en este proceso que tanto necesita para su fortalecimiento personal.

Ante lo descrito en el estudio documentado de investigación en embarazos adolescentes se recomienda:

1. Abstinencia:

Instar a las adolescentes a no tener relaciones sexuales a temprana edad.

2. Comunicación:

Las madres y padres de familia deben propiciar la confianza y acercamiento con las hijas e hijos para que juntos busquen asesoría e información adecuada sobre el tema.

3. Orientación:

Conozca los métodos anticonceptivos para prevención del embarazo.

4. Educación:

Reciba información en salud sexual, reproductiva y sexualidad.

5. No a las influencias:

No ceda ante la presión de amigos/as. Muchas jóvenes suelen caer en la tentación por las presiones sociales.

6. Diga NO:

Aprenda a decir “No”, esto significa a decir no a cualquier cosa con la que no sienta cómoda.

7. Ayuda:

Evite que busque ayuda en sus amigos/as para hablar de estos temas, ofrézcale confianza.

8. Responsabilidad:

Hágale saber a sus hijos/as que la prevención de un embarazo no solo concierne a la mujer, es cosa de dos.

9. Vicios:

No consuma alcohol ni drogas para no perder el control cuando se esté con la pareja.

10. Valores:

Fomente valores personales como el respeto a su cuerpo, a la vida, a las decisiones de los demás, al ejercicio de la sexualidad.

6.13. Prevalencia:

A nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 24.4% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 92 de cada 1,000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres.

Datos de ENDESA² 2011-2012 señalan que la edad promedio en que las mujeres inician sus relaciones sexuales es de 16.8 años. En la zona urbana es de 17.9 y la rural 16.6.

Según estadísticas del MINSA, entre el 2000 y 2009 se pasó de 1,066 nacimientos en niñas de 10 a 14 años, a 1,577, que representa el 47.9 por ciento del total de niñas en esa edad.

El número de nacimientos en madres de 10 a 14 años se ha incrementado en la última década en un 47.9 por ciento, según datos de 18 SILAIS, mientras el 25.0 por ciento de todos los nacimientos en Nicaragua viene de madres adolescentes de 15 a 19 años.

Las adolescentes entre 15 y 19 años de edad, tienen el doble de probabilidad de morir a causas de complicaciones durante el embarazo, que las mujeres entre los 20 y 24 años de edad. Las menores de 15 años de edad tienen un riesgo 4 veces mayor.

² Encuesta nicaragüense de Demografía y Salud.

VII. METODOLOGÍA

7.1. Tipo de estudio: Descriptivo de tipo documental

7.2. Área de estudio

Nicaragua, oficialmente República de Nicaragua, es un país de América, ubicado en el istmo centroamericano. Su capital es Managua. Está compuesta por 15 departamentos y 2 regiones autónomas. Se ubica en el hemisferio norte, entre la línea ecuatorial y el trópico de Cáncer aproximadamente entre los 11° y los 15° de latitud Norte y respecto al meridiano de Greenwich, entre los 83° y los 88° de longitud Oeste.

El territorio de Nicaragua tiene una superficie aproximada de 129 494 km, limita al norte con Honduras, al sur con Costa Rica, al oeste con el océano Pacífico y al este con el mar Caribe. En cuanto a límites marítimos, en el océano Pacífico colinda con El Salvador, Honduras y Costa Rica; mientras que en el mar Caribe colinda con Honduras, Colombia y Costa Rica.



7.3. Población de estudio

Adolescentes entre 12 y 18 años de Nicaragua.

7.4. Período de estudio

II semestre 2018.

7.5. Fuente de información

Secundarias, mediante revistas, artículos, periódico.

7.6. Proceso de recolección

Se hizo revisión documentada, mediante el uso de plataforma digital, utilizando buscadores como Google, google académico,

VIII. DISCUSIÓN

En relación a la prevalencia según estudio realizado por organismos como UNFPA y UNICEF:

A nivel latinoamericano, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 24.4% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 92 de cada 1,000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres.

Según estadísticas del MINSA, entre el 2000 y 2009 se pasó de 1,066 nacimientos en niñas de 10 a 14 años, a 1,577, que representa el 47.9 por ciento del total de niñas en esa edad.

El Ministerio de Salud y los organismos consultados según el estudio realizado concuerdan que para evitar el embarazo en la adolescencia se debe:

- Limitar el matrimonio antes de los 18 años.
- Aumentar el uso de anticonceptivos para los adolescentes.
- Reducir las relaciones bajo coacción y apoyar los programas de prevención de embarazos en la adolescencia.
- En cualquier caso, la mejor prevención es que los jóvenes tengan una buena educación sexual desde el mismo seno de la familia.

IX. CONCLUSIONES

La población en estudio se caracterizó por ser mujeres entre 12 a 19 años de edad, considerando muy importante la religión, no trabajaban, viven en casa con los familiares.

En relación a la prevalencia Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 24.4% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 92 de cada 1,000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres.

Expertos aducen que, la edad más apropiada para ser madre es entre los 20 y los 35 años, ya que el riesgo para la salud de la madre y el niño es mucho menor. El embarazo en la adolescencia se considera de alto riesgo y conlleva más complicaciones. La adolescente no está preparada ni física ni mentalmente para tener un bebé y asumir la responsabilidad de la maternidad.

Las adolescentes entre 15 y 19 años de edad, tienen el doble de probabilidad de morir a causas de complicaciones durante el embarazo, que las mujeres entre los 20 y 24 años de edad. Las menores de 15 años de edad tienen un riesgo 4 veces mayor.

X. RECOMENDACIONES

Para el MINED se recomienda:

- Crear campañas de prevención de embarazos.
- Fomentar en los encuentros mensuales con madres, padres de familias y tutores temas relacionados a la prevención de embarazos en adolescentes.
- Abordar la temática del embarazo adolescente en las diferentes asignaturas científicas del programa de educación.

En relación al MIFAN:

- Crear una política que permita integrar a las adolescentes, padres, madres de familia de zonas rurales en charlas para prevenir el embarazo en adolescentes.
- MIFAN como entidad rectora de las políticas de protección especial debe coordinar esfuerzos con el MINSA, el Ministerio Público y la Corte Suprema de Justicia para atender y garantizar el acceso a la justicia a la niña o adolescente embarazada.

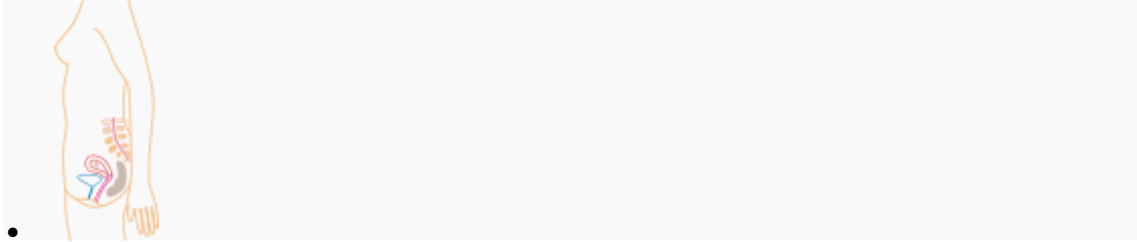
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Climent, G. (2015). Representaciones sociales sobre el embarazo y el aborto en la adolescencia: perspectiva de las adolescentes embarazadas. *Scielo*, 25.
- Menacho, L. (3 de octubre de 2005). *www.who.int*. Obtenido de *www.who.int*: <http://www.who.int>
- Murillo, Rosario. (29 de septiembre de 2015). Managua: Comunicación Social.
- Barrientos-Montero MJ et al. Guía de control y seguimiento del embarazo en atención primaria.
- Blanca Hernández Leyva et al. Guía clínica en atención prenatal. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (Supl): S59-S69.
- Guía de Práctica Clínica. Para control prenatal con Enfoque de riesgo. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-028-08.
- OMS Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Nota descriptiva N°348. Mayo de 2014.
- <https://redesdesolidaridad.wordpress.com/2016/11/11/embarazo...>
- <http://www.lacruzdecal.com/ed/articles/2006/0610ro.htm>
- http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/Full_text/gineco_obstetricia/Planificación%20familiar.PDF
- <http://www.monografias.com/trabajos16/embarazo-en-adolescentes/embarazo-en-adolescentes.shtm>
- <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/112/11203511.pdf>

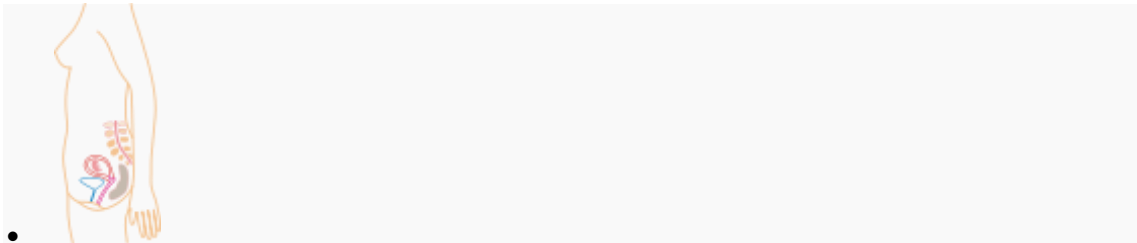
XII. ANEXOS

1. Desarrollo humano prenatal

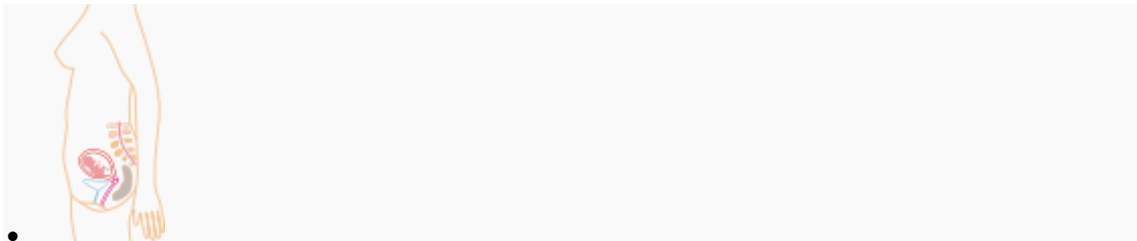
Desarrollo prenatal luego de la fecundación mes a mes:



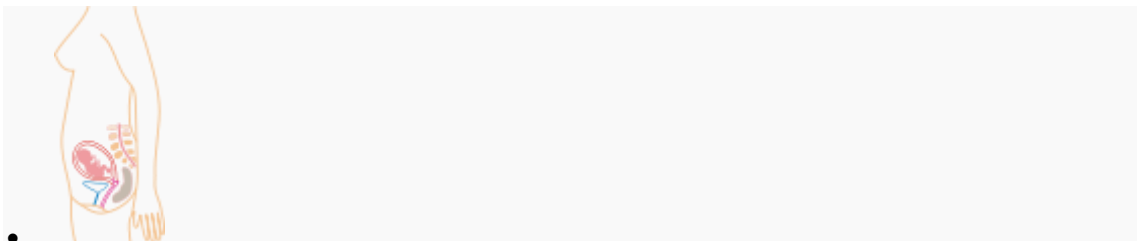
Mes 1: Mide 4 mm y pesa 1 g. Desarrollo incipiente de la cabeza. El corazón ya late



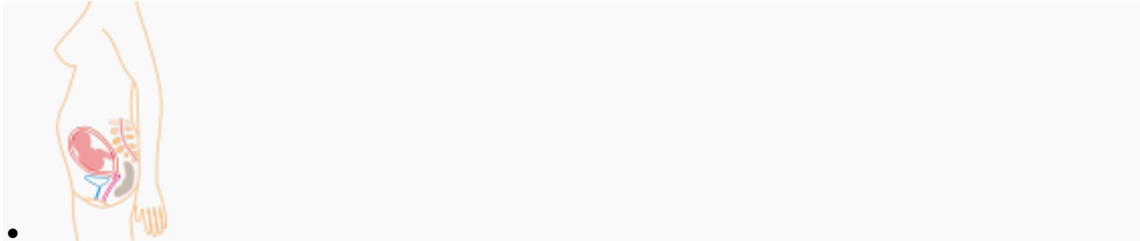
Mes 2: Mide 3 cm y pesa 3 g. Desarrollo de brazos y piernas, así como del cerebro y órganos internos.



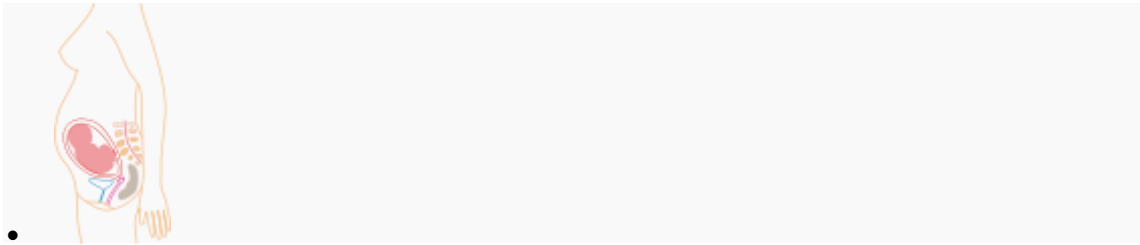
Mes 3: Mide 10 cm y pesa 45 g. Desarrollo de los párpados y movimiento de las extremidades



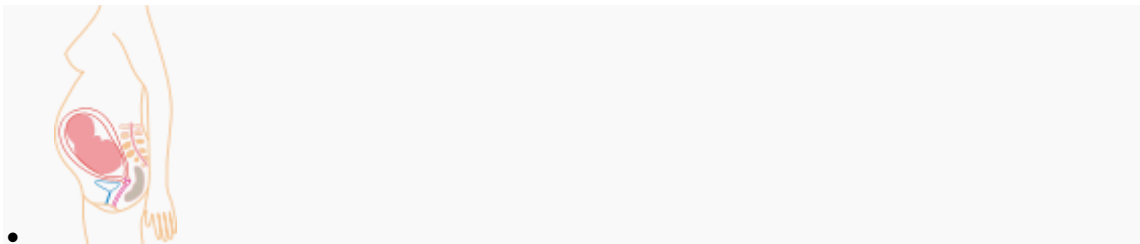
Mes 4: Mide 15 cm y pesa 180 g. Se cubre de lanugo. El intestino comienza a llenarse de meconio. La piel es todavía muy fina, casi transparente.



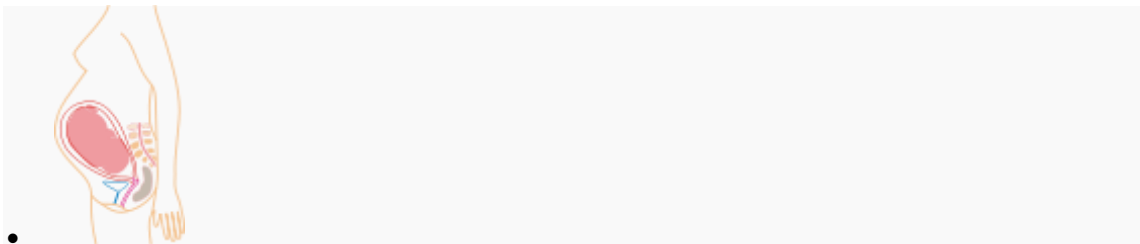
Mes 5: Mide 18 cm y pesa 500 g. Crece el cabello de la cabeza, pestañas y cejas. Desarrollo del sistema inmunitario



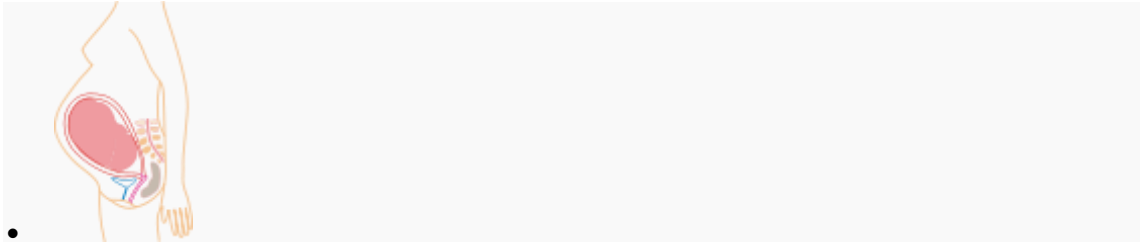
Mes 6: Mide 25 cm y pesa 1000 g. La cara ya está completamente formada. La piel se cubre de un material graso llamado vérnix caseoso. Abre los ojos y se mueve mucho.



Mes 7: Mide 30 cm y pesa 1500 g. Comienzan a moverse los pulmones. Aumenta la grasa subcutánea y ya no cabe bien en el útero.



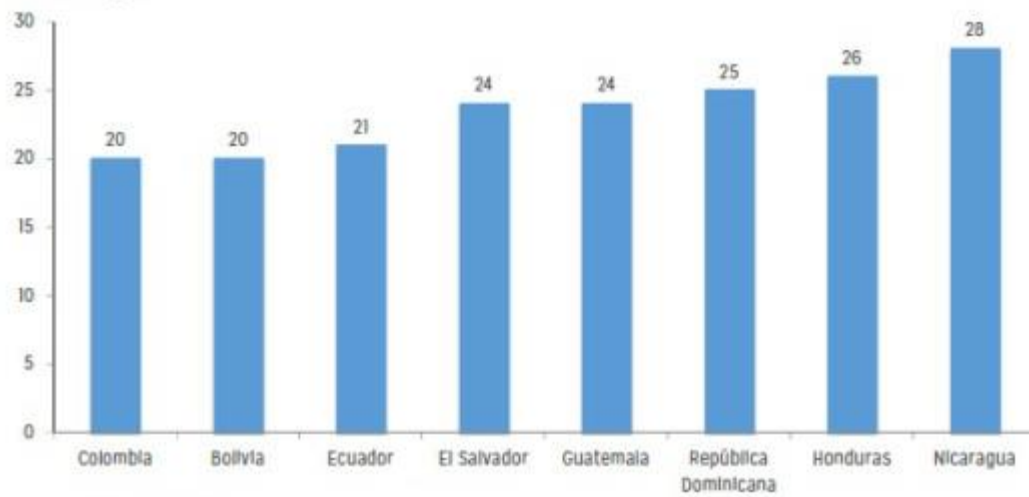
Mes 8: Mide 35 cm y pesa 2500 g. Generalmente se pone boca abajo (posición cefálica) Se engrosa la piel, adquiriendo el tono rosáceo que tendrá definitivamente.



Mes 9: Mide 50 cm y pesa aproximadamente 3000 g. Los pulmones ya están completamente formados para la vida exterior. Se cae el lanugo y la piel se estira.

Gráfico 1: Países de América Latina con un 20 por ciento o más de las mujeres de entre 20 a 24 años que informaron un nacimiento antes de cumplir 18 años

Porcentaje



Fuente: UNFPA, OPEN DATA (2013).

2. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	Agosto	Sept	Oct.	Nov.	Dic.
1. Introducción. Análisis del contexto. Descripción del problema. Justificación.	X				
2. Objetivos. Generales y Específicos.	X				
3. Referentes teóricos. Antecedentes y teorías.	X	X	X	X	
4. Metodología aplicada.	X	X			
5. Elaboración de Instrumentos (entrevistas, encuestas, guía de observación)		X			
6. Aplicación de instrumentos			X	X	
7. Análisis e interpretación de resultados					
8. Conclusiones y Recomendaciones.				X	
9. Finalización e impresión del trabajo con entrega.				X	X
10. Defensa del trabajo					X