

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

UNAN-LEON



Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

“Perfil socioeconómico y psicológico de las adolescentes embarazadas del Municipio de la Concordia, Departamento de Jinotega de Mayo 2006 - Febrero 2007”

Autor:

- Br. Carlos José Flores Pérez.

Tutor:

- Dr. Jairo García.
Especialista en Gineco-obstetricia.

Asesor:

- Dr. Gregorio Matus.
Msc. en Salud Pública.

León, Junio 2007.

DEDICATORIA

El presente estudio se lo dedico especialmente:

A Dios padre y creador del mundo, por brindarme los dones de la vida, la sabiduría, la paciencia y discernimiento para servirles según su voluntad.

A mi madre: por haber sido objeto obediente a Dios para traerme al mundo y enseñarme los primeros pasos y desde la presencia de Dios seguirme guiando.

A mi mami: por ser perseverante en la tarea encomendada por nuestro señor por ser mi fuente de admiración y objetivo de muchos triunfos y éxitos.

A mis hermanos: contribuyentes y estímulos para levantar y continuar ante un tropiezo.

A mi esposa e hija: por brindarme apoyo, comprensión y paciencia, para compartir mi tiempo con los más necesitados.

A mis compañeros:

- Carlos Hernández.
- Carlos Ruiz.
- Jaime Sampson.
- Juan J. Guadamuz.
- Marvin González.

Por su apoyo incondicional y calor fraterno que me han brindado.

AGRADECIMIENTO

Quiero especialmente brindar agradecimiento a todos los seres que han hecho posible que mi formación esté hasta este nivel.

A mi mami, mis hermanos y familiares allegados, a mis compañeros de estudio, trabajo, de mala y buenas experiencias.

A mis maestros en la ciencia, consejería y orientación quienes me han dirigido, por el cambio del conocimiento y sabiduría.

A todos y cada uno de las que de forma directa e indirecta ha sido garantes de ayuda para lograr mis metas.

RESUMEN

La adolescencia es una etapa biopsicosocial del desarrollo humano. La actividad sexual sin orientación adecuada exponen a las adolescentes embarazadas a riesgos con su función sexual y reproductiva, creándose problemas personales y del medio que las rodea. Las adolescentes ocupan en Nicaragua el 27% de la población embarazada, es considerado un problema de salud pública; ya que influye de forma negativa en el aspecto biológico y psicológico de las madres muy jóvenes.

El estudio fue descriptivo de serie de casos en La Concordia con una población de mujeres embarazadas de 294, de ellas 120 eran adolescentes. Se plantearon criterios de inclusión y exclusión de casos. La información se recolectó por medio de fuente primaria utilizando formulario de recolección de la información con preguntas cerradas y abiertas se sometió a prueba piloto, se siguió orden jerárquico para su autorización y cumpliendo las recomendaciones de Helsinki.

Los resultados reportan aumento de los embarazos en adolescencia tardía (43.3%), procedencia rural(75%), acompañadas(37.5%), escolaridad incompleta(58.3%), buena comunicación con sus madres(37.5%), malos hábitos superados(20%). La condición psicológica se encontró afectada por abuso sexual, violencia intrafamiliar, pensamientos e intentos suicidas y problemas laborales por el embarazo.

Se concluyó que fueron representativas las características sociodemográficas:

- Adolescencia tardía .
- Embarazos no planificados.
- Procedencia rural.
- Malos hábitos superados.
- Secundaria incompleta.
- Buena aceptación del embarazo.
- Apoyo económico conyugal.
- Condición psicológica afectada.

Se recomienda crear programas de apoyo integral institucional para facilitar la adecuación, desarrollo y crecimiento en la sociedad de estas pacientes. Así como brindar atención psicológica en cada unidad de salud, formación de clubes de adolescentes y proporcionar estilos de vida saludables.

INDICE

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Planteamiento del problema.....	5
Justificación.....	6
Objetivos.....	7
Marco teórico.....	8
Diseño metodológico.....	24
Resultados.....	30
Discusión.....	37
Conclusiones.....	40
Recomendaciones.....	41
Referencias.....	42
Anexos.....	44

INTRODUCCIÓN

La adolescencia constituye una etapa biopsicosocial en el desarrollo humano.

Desde el punto de vista biológico e comienzo de la pubertad es más temprano ahora que cien años atrás, como evidencia la aparición cada vez más precoz de la menarca.

La adolescencia es definida como una etapa de transición, entre la infancia y la madurez, ubicada en el lapso de los 10 y 19 años de edad. No es simplemente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino, una fase de evaluación hacia una mayor independencia psicológica.

La sexualidad es una de las mayores preocupaciones y transformaciones que caracterizan esta etapa en los adolescentes, el inicio de la actividad sexual sin una orientación adecuada y conocimientos plenos de sus funciones fisiológicas exponen a los adolescentes a una serie de riesgo asociado con su función sexual y capacidad reproductiva. Tales como relaciones sexuales traumáticas, infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, lo cual sería un problema para la familia, pues la joven no puede mantener a su hijo, no puede trabajar por que no tiene la formación necesaria, no sabe como educar a su hijo, y no tienen la capacidad económica para mantenerlo.

Lo anterior agudiza la condición de las adolescentes ya que deben enfrentar sola la tarea de ser madres, debe buscar la forma de sobrevivir ella y su hijo lo que aumenta el riesgo de que termine viviendo en las calles con todos los peligros que esto trae consigo: violencia, prostitución, delincuencia, etc.^{1,2}

Las adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduras. Hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados son comunes, aceptadas y a veces esperadas.^{1,2,3}

La madre adolescente sola y sin apoyo refuerza la condición social baja de la mujer y su dependencia, tiene más dificultad de conseguir ingresos adecuados para mantenerse así misma y para su hijo. Las posibilidades económicas son limitadas ya que no han obtenido tiempo para aprender algún oficio o adquirir educación formal; además no solo produce un niño al cual es poco probable que le pueda proveer atención de salud, educación básica, sino, que también perpetua un esquema de pobreza que repercute en el desarrollo integral de estos niños en la medida en que la madre no tenga apoyo social y familiar, es sumamente limitado.^{2,3}

Por tanto es responsabilidad de la sociedad, de los gobiernos, de las escuelas, de los padres y madres, de todos y todas desarrollar acciones que ayuden a evitar en primer instancia el embarazo en las adolescentes o si este se presenta brindarles apoyo moral, social, económico, y ofrecerles una educación sexual precisa, eficaz, reconociendo sus derechos sin culparla, ni avergonzarlas, sino apoyándolas cuando más la necesitan.³

El programa de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia (AIMNA) de Rivas, reporta que el año pasado, del total de adolescentes embarazadas, 70 oscilan entre las edades de 10 y 14 años (8%) y 755 andan entre los 15 y 19 años (92%)

Estadísticas locales muestran que en la ciudad de León la población de adolescentes embarazadas es de 9.5% y de estas el 95% cursan con embarazos de alto riesgo obstétrico.^{4,5}

ANTECEDENTES.

Los indicadores de la salud reproductiva reflejan todavía situaciones críticas en algunos países a nivel mundial, ya que Nicaragua representa la mayor proporción de la región de nacimientos por mil adolescentes en edades de 15-19 años, casi duplica la medida centroamericana con 152 seguido de Guatemala con 115.²

El embarazo en adolescentes es un problema social, el 20% de los nacimientos ocurren en mujeres menores de 20 años, 5000 niñas Venezolanas, entre 12 y 14 años son madres. En 1991, nacieron 109 mil niños hijos de madres menores de edad.²

La tasa media de crecimiento demográfico para 1995-2000 en por ciento es de 2.7% para Nicaragua, sub-región países de C.A. 1.9, Belice 2.4, El Salvador 2 Guatemala 2.6%, Honduras 2.8, México 1.6, Panamá 1.6.⁵

En León Gurdían y col., en el año 2003 realizaron un estudio sobre los factores de riesgo socioeconómicos en adolescentes embarazadas, encontrando que las adolescentes de 16 – 19 años tenían 7.6 veces más riesgo de salir embarazadas, dentro de otros factores estudiados se encuentran la escolaridad primaria, estatuto socioeconómico regular, ocupación ama de casa, siendo todas estas variables en estudio estadísticamente significativas.⁶

Siña y col., en el 2003 estudio en Chile, analizó la natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes encontrando que las tasas de mortalidad materna (41,9), fetal tardía (5,1), neonatal (15,2) e infantil (27,4) en madres adolescentes menores de 15 años fueron, respectivamente, de y en adolescentes de 15 a 19 años, de 19,3, 4,1, 8,1 por 1 000 y 16,6, respectivamente, mientras que en adultas de 20 a 34 años dichas tasas fueron de 26,8, 5,0, 6,7 y 12,1, respectivamente. En las adolescentes menores de 15 años el mayor riesgo de muerte materna (RP = 1,56; IC95%: 0,50 a 4,31; P = 0,372) y de muerte fetal (RP = 1,02; IC95%: 0,76 a 1,36; P = 0,890) no fue estadísticamente significativo; en cambio, sí se detectó un riesgo significativamente mayor de muerte

neonatal (RP = 2,27; IC95%: 1,92 a 2,68; P < 0,0001) y el de muerte infantil (RP = 2,39; IC95%: 2,04 a 2,62; P < 0,0001).⁷

Chedraui en el 2004, realizo un estudio en el Hospital Enrique Sotomayor del Ecuador donde observaron que 201 adolescentes embarazadas nuliparas tenían bajo estatus económico en comparación el grupo de los controles de 20 – 30 años, con promedio de edad de 14 años, siendo el 58.7% de la edad de 14 año. Por otro lado la menarca y el inicio de la vida sexual era baja entre las adolescentes (11.8 vrs 12.8 años y 12.6 vs 16.2 años, respectivamente, con valor de P: 0.05.⁵

En América Latina y el Caribe hay aproximadamente 50 millones de mujeres cursando la segunda década de sus vidas. De estas adolescentes nacen anualmente unos 2 millones de niños, lo que representa alrededor de 15% del total de los nacimientos de la región.⁸

En América Latina en comparación con los nacidos de madres 20-34 años de edad, los hijos de las madres adolescentes o de las mujeres mayores de 35 años tienen más probabilidades de tener bajo peso al nacer o de nacer prenatalmente (pesando un promedio de 2,500gr o menos) y de sufrir malnutrición, malformación congénita y de problemas mórbidos de la niñez.⁹

En Nicaragua un gran número de adolescentes cada año quedan embarazadas, a menudo con resultados trágicos como; complicaciones médicas, aborto ilegal, muerte materna, niños abandonados, educación interrumpida y aún suicidio. La tasa de fecundidad es de 152 nacimientos por cada mil mujeres adolescentes, siendo la más alta en América Latina.¹⁰

En Nicaragua una muchacha de cada cuatro, a la edad de 17 años ha experimentado su primer embarazo. La alta frecuencia de embarazos adolescentes constituye un problema social, recibiendo los jóvenes informaciones contradictorias de importantes instituciones, como son la familia, la cultura, la iglesia católica, la escuela y los Centros de Salud.¹¹

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características socioeconómicas y psicológicas más frecuentes de las adolescentes embarazadas que asisten a sus controles prenatales en las unidades de salud del Municipio de La Concordia, Departamento de Jinotega en el periodo de Mayo 2006 – Febrero 2007.

JUSTIFICACIÓN

Debido a que las adolescentes ocupan en Nicaragua el 27% de la población embarazada, es considerado un problema de salud pública; ya que influye de forma negativa en el aspecto biológico las madres muy jóvenes, menores de 15 años tienen una mortalidad materna de 2.5 veces mayor en comparación a las de 20 – 24 años, al igual presentan un riesgo de ganar poco peso durante el embarazo, sufrir de síndrome hipertensivo gestacional, anemia, infecciones de transmisión sexual (ITS) y desproporción cefalopélvica (DCP).⁴

En relación a lo personal las adolescentes suelen carecer de conocimientos, recursos y orientación para resolver su situación. En las relaciones familiares y de pareja, a la vez causan repercusiones psicológicas, debido a su insuficiente preparación y/o conocimiento para afrontar situaciones que conllevan a cambios sus metas, de igual manera tiene repercusiones en el aspecto económico, ya que muchas veces se produce deserción de las aulas de clases, cambiándolas por conductas laborales para así sufragar las necesidades económicas, a esto le adjunta el rechazo que pueden sufrir por la sociedad misma.

El presente estudio tiene la finalidad de reconocer las características socioeconómicas y psicológicas de las adolescentes embarazadas, con el fin de obtener mayor precisión de la infancia de las adolescentes embarazadas del Municipio de la Concordia y aspirar a disminuir la incidencia de los embarazos en dicha población y que de esta forma las adolescentes gocen de esta etapa en total plenitud, al mismo tiempo que el sector salud realice planes de intervención. Así mismo instar a la realización de nuevos estudios y enriquecimientos del mismo en pro del desarrollo científico y la mejora de la calidad de vida de nuestras poblaciones.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer las características socioeconómicas y repercusiones psicológicas de las adolescentes embarazadas que asisten al programa de control prenatal en los puestos de salud de las quebradas, el coyolito, y centro de salud Flor Maria Chavarría del Municipio la Concordia Departamento de Jinotega en el período de Mayo 2006 a Febrero 2007.

Objetivos específicos:

- Describir el perfil socioeconómico de las adolescentes en estudio del municipio de la Concordia.
- Conocer algunos hábitos practicados por las adolescentes embarazadas del Municipio de La Concordia.
- Conocer las repercusiones psicológicas ocasionadas por el embarazo en las adolescentes que asisten al Control Prenatal en los centros de estudio.

MARCO TEORICO.

El embarazo en la mujer es uno de los momentos más trascendentales que sucede en su vida, tanto por los cambios físicos y hormonales que esto incluye así como los factores sociales que inciden en dicha situación.^{10,11}

En cuanto a los embarazo en la población adolescentes se tiene que esta maravillosa experiencia se encuentra englobada en una serie de factores en contra, como la inmadurez física y biológica de la persona, que se vive durante esta etapa.¹¹

En los últimos años se ha observado un incremento del embarazo en adolescentes y se considera que esto se deba a múltiples factores, entre los cuales se podrían mencionar: la constitución de la familia, las condiciones socioculturales y los medios de comunicación masiva.^{11,12}

La familia y las condiciones socioeducativas constituyen un factor esencial, porque se evidencia que generalmente las madres adolescentes provienen de hogares mal constituidos, hogares de madres solteras, divorciadas, sin una comunicación adecuada padre-hija, con nivel educativo bajo, donde no se da importancia a la educación sexual.¹²

Los medios de comunicación masiva influyen en las relaciones sexuales, si bien en ellos se incluyen temas de educación sexual, también se ven programas con cierto grado de erotismo, que son observados por los niños y pueden influir en el inicio de la vida sexual a una edad temprana.^{12,13}

El embarazo en la adolescencia es un problema socioeconómico de salud pública de gran envergadura por lo que es necesario identificar los riesgos y desarrollar medios de prevención de gran interés para el personal de salud.¹³

En Nicaragua los adolescentes tienen la tasa de mayor fecundidad de todo Centroamérica y una de las más altas del mundo. Uno de cada cuatro nacimientos en

Nicaragua corresponde a mujeres de 15-19 años y la mitad de las adolescentes a los 19 años ya han estado alguna vez embarazadas, si bien la diferencia entre zona urbana y rural es significativa(23% contra 34%) la diferencia por niveles de Instrucción es mayor.^{13,14}

Según los expertos de la organización mundial de la salud, el factor más importante en la producción del embarazo no deseado en las adolescentes de los países del tercer mundo es la ignorancia que existe entre ellas, sobre su anatomía, la fisiología de la reproducción, el período fértil de la mujer y la dificultad de acceso a los métodos de planificación familiar.^{13,14}

El embarazo en la adolescencia debe atribuirse dentro del contexto de los cambios en la mortalidad y morbilidad de este grupo de edad; esos cambios son a su vez afectados por los comportamientos de alto riesgo.

El adolescente cuya vida se desenvuelve entre profundos cambios biopsicosociales tienden a explorar y a experimentar y a veces a involucrarse en comportamientos de alto riesgo. Para ofrecer atención médica adecuada a la población de adolescentes se necesitan equipos multidisciplinarios para:

- Determinar la interrelación entre los aspectos biológicos y psicológicos
- Desarrollar programas comunitarios de salud.
- Adoptar enfoques más generalizados.

El nivel clínico y las intervenciones tempranas puede ser una realidad, sin embargo es necesario entender el comportamiento aislado del adolescente. Nicaragua se caracteriza por tener una población predominantemente joven. El grupo de adolescentes representa 25% del total de habitantes.¹⁴

El embarazo en adolescentes representa riesgo materno y perinatal, demostrado literalmente. La adolescencia es el período crucial de desarrollo humano que incluye cambios físicos y psicológicos que determinan la transformación del niño a adulto. Según la OMS la adolescencia comprende el grupo etáreo de 10-19 años de edad.¹⁰

La OMS clasifica la adolescencia como:

- Adolescencia Temprana: de los 10 -13 años de edad.
- Adolescencia Media: de los 14- 16 años de edad.
- Adolescencia Tardía: de los 17-19 años de edad.

El Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Salud de Venezuela clasifica la adolescencia como:

- Adolescencia Precoz: de 10-15 años.
- Adolescencia Intermedia: 16-17 años.
- Adolescencia Tardía: 18-19 años.

Aunque la adolescencia tradicionalmente se considera un período relativamente libre de problemas de salud, se esta haciendo cada vez más evidente que las personas jóvenes, sexualmente activas confrontan serios riesgos de salud.^{13,14}

Los cambios fisiológicos de la adolescencia son en general rápidos y marcados. Estos cambios fisiológicos incluyen las modificaciones resultantes de nuevas interrelaciones hormonales, que traen como consecuencia una aceleración de los procesos de crecimiento corporal y de desarrollo sexual.

Los cambios hormonales que se producen a esta edad tienen origen en el cerebro del cual sale información que va hacia la pituitaria que a su vez estimula la secreción de hormonas sexuales que tienen importantes efectos en varios tejidos y órganos del cuerpo humano. El crecimiento corporal se caracteriza por el aumento de peso, altura, desarrollo muscular. El desarrollo sexual, caracterizado por la maduración de los órganos sexuales y por la aparición de características sexuales secundarias, es lo que se conoce como:

PUBERTAD.

El termino pubertad caracteriza la primera fase de la adolescencia cuando se evidencia la maduración sexual. Se determina su comienzo por la aparición del vello púbico en ambos sexos y por el comienzo de los senos en las niñas, este desarrollo de los

órganos sexuales y la aparición de características sexuales secundarias, esta acompañado por una aceleración del ritmo de aumento de peso y altura que varía con la intensidad y duración de la misma.

No se puede predecir cuando ese período de crecimiento acelerado tendrá lugar, ya que no tiene una época específica de aparición y difiere no solo entre adolescentes varones y mujeres, si no aún dentro del mismo sexo.^{9,10}

FACTORES PREDISPONENTES

1. Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
2. Inicio Precoz De Relaciones Sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. Mayor Tolerancia Del Medio A La Maternidad Adolescente y / o Sola
5. Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. 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, aún teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.
6. Migraciones Recientes: con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.
7. Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
8. Fantasías De Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

9. Falta O Distorsión De La Información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
10. Controversias Entre Su Sistema De Valores Y El De Sus Padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
11. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.
12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.¹⁴

EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA:

El embarazo en la adolescencia se define como aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años ginecológicos de la mujer y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. Ha sido llamado también el síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza.^{10,11}

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce en deserción escolar, mayor número de hijos, desempleo, fracaso en la relación con la pareja e ingresos inferiores de por vida, contribuyen a la apertura del ciclo de la pobreza y "feminización de la miseria".^{10,11}

La mortalidad y morbilidad de las adolescentes embarazadas es mayor a las del grupo de mujeres adultas aunque se tenga una adecuada atención prenatal del parto y del posparto.^{11,12}

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Las fases de la adolescencia colorean las actitudes de las adolescentes, frente al embarazo, hay diferencias profundas en las vivencias de la gravidez durante la

adolescencia temprana, media y tardía, y su conocimiento ayuda a comprender el embarazo de adolescente en su contexto evolutivo. Las actitudes de las adolescentes frente a su embarazo se manifiestan con gran variedad de acuerdo con las influencias culturales, temperamentales, de clase social, estado de salud, etc. Sin embargo es posible encontrar algunas características comunes y distintivas que permiten clasificar conductas en base a etapas de la adolescencia.^{11,12,13}

ACTITUDES FRENTE AL EMBARAZO:

Etapas de la Adolescencia Temprana:

- Incidencia más elevada de trastornos y negación patológica.
- El foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de la madre.

En muchas adolescentes el embarazo es la respuesta a la dependencia (nunca satisfecha) de la madre y lo es a la manera de un experimento con el propio cuerpo misterioso.^{10,13}

Etapas de la Adolescencia Media:

- El establecimiento de la identidad y feminidad, es característica de marcada competición con la madre.
- El embarazo se relaciona con expresión del erotismo, durante esta etapa es frecuente el gran vaivén de los estados de ánimo de la depresión, (se siente aislada, rechazada no querida) pasa a la euforia (dinámica, querida, popular). El embarazo por ende puede ser visto el mismo día como una amenaza peligrosa o como una oportunidad que brinda madurez y oportunidad de independencia familiar.¹⁰

Etapas de la Adolescente Tardía:

- Absorbida por el tema de las relaciones interpersonales a menudo el embarazo es un intento de consolidar la intimidad y de “amar al novio”.
- Es la etapa de la consolidación de la identidad y para algunas adolescentes eso se logra con la integración en el rol de la madre joven, estrechamente ligado a factores culturales.^{10,11}

El embarazo en la adolescencia puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, o la manifestación visible de trastornos en el desarrollo de la adolescente.^{11,12}

El embarazo de la adolescente con apoyo psicosocial y un buen control prenatal es indistinguible desde el punto de vista de la biología y de la salud ya que ayuda a disminuir los factores de riesgos obstétricos. Sin embargo el embarazo de la adolescente sin apoyo ni atención especial representa enfermedad materna, fetal, neonatal, con más frecuencia que en la adulta embarazada. Por otra parte en las sociedades urbanas las consecuencias sociales del embarazo suelen ser graves. Es necesario destacar que la edad materna es un factor de riesgo obstétrico y postnatal.^{11,12}

FACTORES DE RIESGO.

Los factores de riesgo son aquellas características o circunstancias detectables en individuos o en grupos, asociados con una probabilidad aumentada de experimentar daño a la salud, en las adolescentes estos factores de riesgo pueden ser.^{11,13,14}

Biológicos:

Edad de la pubertad: la edad de la pubertad ha declinado desde los 17 años, en el siglo XIX; alrededor de los 12-13 años actualmente. Los adolescentes son fértiles a una edad menor. Las adolescentes con una edad de menarquía precoz están más expuestas al riesgo de embarazo.^{11,14}

- El período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales. Muchas sociedades en las que se ha intercalado una década entre la menarquía/espermarquía y la independencia económica laboral, ha dejado vago y ambiguo el rol de los adolescentes, estableciendo expectativas poco realistas sobre su comportamiento sexual.

Factores de riesgo biológico en la embarazada adolescente:

- Edad cronológica < 14 años y/o edad ginecológica < 1 año
- Peso < 45 Kg y/o talla < 1,45 m
- Estado nutricional deficiente
- Aumento insuficiente de peso para su biotipo y estado
- Preconcepcionales.
- Hábitos alimentarios inadecuados en calidad y cantidad
- Consumo de tóxicos (tabaco, alcohol y otras sustancias)
- Tatuajes
- Más de 2 parejas.

Psicosociales:

- Disfunción familiar: Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura, una adolescente con baja autoestima, que sufre discriminación afectiva recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permite huir de un hogar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.^{11,12,14}
- Se han descrito como factores de riesgo asociados a la familia: la inestabilidad familiar, el embarazo en la adolescencia de una hermana, madre con historia de embarazos adolescentes y enfermedad crónica de uno de los padres.^{11,14}

Consideraciones Psicosociales para el aumento de los embarazos en Adolescentes:

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

- Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.
- Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.
- Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana

maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.^{14,15}

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

1. Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
2. Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.^{14,15}

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

Factores psicosociales de riesgo en la adolescente embarazada:

- Asincronía madurativa físico – emocional.
- Baja autoestima.
- Bajo nivel de instrucción.
- Ausencia de interés.
- Pérdida reciente de personas significativas.
- Embarazo por violación o abuso.
- Intento de aborto.
- Propósito de entregar el hijo en adopción.
- Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente.
- Trabajo no calificado.
- Pareja ambivalente o ausente.
- Condición económica desfavorable.
- Marginación de su grupo de pertenencia.
- Difícil acceso a los centros de salud.¹⁵

Perfil de las adolescentes embarazadas que asisten al programa de Control Pre-natal.

Culturales:

- En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, es frecuente el fatalismo y el locus del control externo, bajo esas circunstancias, la adolescente es capaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo.¹²

Psicológicos:

- Durante la etapa temprana del desarrollo cognoscitivo de la adolescencia los adolescentes no son capaces de medir todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.^{11,13,14}

Aspectos psicológicos del embarazo en adolescentes:

- Ambivalencia hacia el embarazo.
- Temor a morir o sufrir durante el embarazo.
- Temor y fantasías por posible malformación.
- Rechazo hacia el embarazo.
- Preocupaciones obsesivas por el bienestar del feto.
- Problemas de pareja.
- Interferencia de la familia externa.
- Dependencia marcada de las familias de origen.
- Temor a no realizar un buen maternaje.
- Asesoría a familiares de pacientes embarazadas con retraso mental.
- Culpas por desatender a la pareja.
- Enojo por asumir el maternaje, el cual a veces se ve como limitante.
- Problemática durante la infancia o con la familia de origen, lo que hace cuestionarse qué tan buenas madres podrán ser.
- Resentimiento con la figura materna.
- Sentimiento de culpa de “fallar” a los padres.
- Sentimiento de culpa por separarse de los padres.

- Problemas relacionados con el abuso sexual e incesto.¹⁵

Sociales:

- Las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recurso y de acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo. Los medios de comunicación a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que limitan la actividad sexual.^{12,15}

La sublimación:

- La cual no produce los estímulos suficientemente intensos para sensaciones definidas por que no producen algunos efectos en las reacciones sobre el riesgo de un embarazo en adolescentes.^{12,14}

Consecuencias para la madre adolescente:

- Aumento de la mortalidad materna.
- Mayor riesgo de anemia y toxemia en el embarazo.
- Riesgo de deserción escolar y baja escolaridad.
- Desempleo más frecuente, ingreso económico reducido de por vida, mayor riesgo de separación , divorcio, abandono y mayor número de hijos.¹²

Consecuencias para el hijo de madre adolescente:

- Mayor riesgo de muerte.
- Riesgo de bajo peso al nacer.
- Capacidad mental probablemente inferior.
- Alto riesgo de abuso físico, negligencia en los cuidados de la salud, desnutrición y retardo en el desarrollo físico y emocional.
- Alta proporción de hijos ilegítimos, que limitan sus derechos legales y el acceso a la salud.^{12,13,14}

ACTITUDES HACIA LA MATERNIDAD

El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente.^{15,16}

Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre.

En la adolescencia temprana, con menos de 14 años, el impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal. Se exacerban los temores por los dolores del parto; se preocupan más por sus necesidades personales que no piensan en el embarazo como un hecho que las transformará en madres. Si, como muchas veces ocurre, es un embarazo por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Se vuelven muy dependientes de su propia madre, sin lugar para una pareja aunque ella exista realmente. No identifican a su hijo como un ser independiente de ellas y no asumen su crianza, la que queda a cargo de los abuelos.

En la adolescencia media, entre los 14 y 16 años, como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo, manifestado en la vestimenta que suelen usar, exhibiendo su abdomen gestante en el límite del exhibicionismo. Es muy común que "dramaticen" la experiencia corporal y emocional, haciéndola sentirse posesiva del feto, utilizado como "poderoso instrumento" que le afirme su independencia de los padres. Frecuentemente oscilan entre la euforia y la depresión. Temen los dolores del parto pero también temen por la salud del hijo, adoptando actitudes de autocuidado hacia su salud y la de su hijo. Con buen apoyo familiar y del equipo de salud podrán desempeñar un rol maternal, siendo muy importante para ellas la presencia de un compañero. Si el padre del bebé la abandona, es frecuente que inmediatamente constituya otra pareja aún durante el embarazo.

En la adolescencia tardía, luego de los 18 años, es frecuente que el embarazo sea el elemento que faltaba para consolidar su identidad y formalizar una pareja jugando, muchas de ellas, el papel de madre joven.¹⁶

CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.^{14,16}

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.^{14,15}

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia.

Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.¹⁶

CONSECUENCIAS NEGATIVAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Ni la joven embarazada ni la sociedad están bien preparadas para manejar la responsabilidad de la maternidad en la adolescencia. En América Latina y el Caribe, las mujeres embarazadas enfrentan las dificultades que afrontan.^{10,15}

Problemas de salud: la madre adolescente y el hijo enfrentan mayores riesgos de salud que los de la madre adulta y su niño. Los problemas de salud están estrechamente vinculados a la falta de atención médica adecuada y educación.^{11,12}

Es menos probable que las adolescentes traten de obtener atención prenatal, las adolescentes pierden los beneficios de la orientación general y sobre nutrición que contribuyen a un embarazo saludable. Esto es particularmente cierto en el caso de las mujeres más jóvenes y aquellas que viven en la pobreza.^{14,16}

Enfermedad y muerte materna son más frecuentes en las madres adolescentes que entre, las que están en sus años.

El aborto aunque ilegal, está generalizado en la mayoría de los países de la región. El procedimiento por lo general se realiza en condiciones poco sanitarias.¹⁷

Las tasas de enfermedad y muerte son un 33% más altas para los niños nacidos de madres menores de 15 años y tengan bajo peso al nacer. Los hijos de madres adolescentes también enfrentan riesgos más altos de nacimiento prematuro y carencia nutricional.^{16,17}

La prevalencia de embarazos es más alta entre adolescentes de bajos ingresos y una vez que la adolescente ha tenido un hijo, le resulta más difícil poder escapar de la pobreza. La madre adolescente tiene una posibilidad 7 veces mayor de ser pobre que la que es madre en sus 20 años.¹⁸

En conclusión podemos decir que en Nicaragua:

- Se estima que por cada 1000 adolescentes nicaragüenses embarazadas, se dan 152 nacimientos.
- Un 22% de las adolescentes mujeres ya son madres.
- Tres de cada 10 nacimientos en el país son de madres adolescentes y un poco más de la cuarta parte ocurren fuera de las unidades de salud.
- Aún cuando las adolescentes atiendan sus partos en las unidades de salud, un poco más de la mitad son atendidas por un médico general o especialista²¹ a pesar de que estos embarazos son de alto riesgo obstétrico.
- La cuarta parte de las muertes maternas registradas en el país en un acumulado de 5 años ocurrieron en adolescentes.

Perfil de las adolescentes embarazadas que asisten al programa de Control Pre-natal.

- Más de las tres cuartas partes de las muertes en adolescentes son por causa obstétricas.
- El 67.3% de estas adolescentes fallecidas no tuvieron acceso al control prenatal.^{18,19}

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

Descriptivo serie de casos no probabilístico.

Área de estudio:

El presente estudio se llevo acabo en los dos puestos y un centro de salud del municipio de La Concordia (Las quebradas, el coyolito y Centro de Salud Flor de Maria Chavarría), el cual esta ubicado al noreste del Departamento de Jinotega a una distancia de 190 Km de la capital y 32 Km de la cabecera departamental, limitando el Centro de Salud Flor de María Chavarría al norte con el Municipio de San Sebastián de Yalí, al sur con el Municipio de la Trinidad, al este con el Municipio de San Rafael del Norte, y al oeste con el departamento de Estelí. El Puesto de Salud de las Quebradas limita al norte con el Municipio de San Sebastián de Yalí, al sur con el departamento de Estelí, al este con el Municipio de Condega, y al oeste con el Municipio de la Concordia. El Puesto de Salud del Coyolito limita al norte con el Municipio de la Concordia, al sur con el Municipio de la Trinidad, al este con el Departamento de Estelí, y al oeste con el Departamento de Jinotega.

Universo:

La población de estudio fueron 294 mujeres embarazadas que asistían a sus controles prenatales del Municipio de la Concordia en el período de estudio.

Muestra:

Se estudiaron a todas las adolescentes embarazadas (total: 120) equivalente al 100% que asistían al control prenatal de las tres Unidades de salud del municipio de La Concordia en el período comprendido de Mayo 2006 a Febrero 2007, el cual fue a través de un muestreo no probabilístico.

Criterios de inclusión:

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

Criterios de exclusión:

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

Fuente de información:

Primaria: ya que la información fue recolectada directamente de las adolescentes embarazadas que decidieron participar en el estudio.

Procedimiento de recolección de la información:

Se solicito la autorización a la Directora del Minsa del Municipio, posteriormente se visitó el área de estadística del Centro de Salud Flor de María Chavarría, con el fin de constatar el total de embarazadas que acudan al control prenatal de las tres unidades de salud, para luego seleccionar el grupo de adolescentes.

Instrumento de recolección de datos:

Se realizó un formulario de recolección de datos con preguntas abiertas y cerradas, el que fue aplicado por personal previamente capacitado para el manejo del mismo, conformado por estudiantes universitarios de carreras no afines a ciencias de la salud, previo a la recolección de la información se realizó

una prueba piloto con 5 adolescentes embarazadas, donde se encontró errores de conceptos e interpretaciones por parte de las entrevistadas, y posteriormente se realizaron las correcciones necesarias.

Plan de análisis:

Los datos obtenidos se procesaron de manera automatizada, utilizando el software estadístico SPSS versión 11.5 para Windows y se calculó distribución de frecuencia, y medidas de tendencia central que fueron promedio y mediana y los resultados se presentaron en tablas y/o gráficos.

Aspecto ético:

Se visitó a cada responsable de las Unidades de salud del Municipio de La Concordia para solicitarle formalmente autorización para llevar a cabo el presente estudio, explicándole los propósitos y objetivos del mismo. Posteriormente se solicitó a cada una de las adolescentes incluidas en el estudio su autorización, asegurándoles: Respeto, integridad, dignidad, beneficio, respeto de los resultados, y anonimato (Según recomendaciones éticas de Helsinki)²⁰, además que la información brindada por ellas fue conocida solamente por el autor y utilizada para fines del estudio.

Control de sesgos:

1. Sesgo de selección: Se visitó el área de estadística del Centro de Salud Flor de María Chavarría, con el fin de constatar el total de embarazadas que acudan al control prenatal de las tres unidades de salud, para luego seleccionar el grupo de adolescentes por parte del personal antes capacitado.
2. Sesgo de recolección de la información: Se realizó una lista con los nombre de los adolescentes con el fin de evitar los sesgos de duplicación

de datos, donde el entrevistador tachó los nombres de cada una de las adolescentes entrevistadas que acudían día a día a sus controles prenatales.

3. Sesgo de análisis: Los datos obtenidos se procesaron de manera automatizada, utilizando software estadístico SPSS versión 11.5 para Windows.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables	Concepto	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la entrevista expresado en años.	10 – 13 14 – 16 17 - 19
Procedencia	Lugar donde habita la persona.	Urbana Rural
Escolaridad	Es el nivel académico alcanzado por la persona hasta la fecha de la información primaria.	Analfabeta Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Universidad incompleta
Estado civil	Situación en la que se encuentra un individuo en relación a su proyección a la sociedad	Soltera Casada Acompañada
Número de habitantes en el hogar	Total de individuos que habitan en el hogar y que pertenecen a la familia.	1 – 2 3 – 4 5 – 6 7 y más
Número de personas que trabajan	Total de individuos que realizan una actividad y devengan un salario	1 – 2 3 – 4 5 – 6 7 y más Ninguno
Trabaja usted	Desempeñar alguna actividad ya sea física o mental para realizar un trabajo.	Si No
Embarazado deseado	Actitud positiva hacia el embarazo	Si No

Perfil de las adolescentes embarazadas que asisten al programa de Control Pre-natal.

Ingirió Licor	Es el acto de ingerir sustancia alcohólica que posteriormente se caracteriza por tolerancia y dependencia física al alcohol.	Si No
Fumó	Acto de fumado de forma no crónica o crónica por el abuso excesivo de tabaco.	Si No
Maltrato psicológico	Es todo trato que influye de manera negativa en el estado emocional de una persona.	Si No
Intento de suicidio	Es tratar por los diferentes medios de quitarse la vida por sí solo, con intento fallido.	Si No

RESULTADOS

Se estudiaron 120 adolescentes embarazadas que asistieron al programa de Control Prenatal (CPN) en las unidades de salud: Centro de salud “ Flor de Maria Chavarria” , Puesto de salud “ El Coyolito” ,Puesto de Salud “ Las quebradas” en el período de Mayo 2006 – Febrero del 2007.

La edad mínima fue de 14 años y la máxima de 19 años, teniendo una media de 16.98 años; donde la adolescencia la clasificamos según la OMS en: adolescencia temprana (10-13 años) que correspondió a un 0%, adolescencia Intermedia (14-16años) 43.3% y adolescencia tardía (17-19años) 66.7% . En cuanto a la religión, la predominante fue la Católica con 60 casos (50.0%), seguida de la Evangélica con 40 casos (33.3%). Según la procedencia, prevaleció el Rural con 75.0% en comparación con el 25.0% que eran de procedencia Urbano. En relación al estado civil, el 37.5% tienen una unión estable, contra un 33.3% que se están casadas y el restante porcentaje corresponde a las adolescentes que están solteras. El nivel académico alcanzado que predominó fue la secundaria incompleta con 58.3%, seguido del analfabetismo con un 15%, y la primaria incompleta con un 12.5%. (Tabla1).

TABLA 1. Datos sociodemográficos de las adolescentes embarazadas del Municipio de La Concordia.

Edades	Frecuencia	Porcentaje
10 – 13	0	0
14 – 16	52	43.3
17 – 19	68	56.7
Religión		
Católica	60	50.0
Evangélica	40	33.3
Testigo Jehová	6	5.0
Ninguna	14	11.7
Procedencia		
Rural	90	75.0
Urbano	30	25.0
Estado civil		
Soltera	35	29.2
Casada	40	33.3
Acompañada	45	37.5

Perfil de las adolescentes embarazadas que asisten al programa de Control Pre-natal.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	18	15.0
Primaria incompleta	15	12.5
Primaria completa	9	7.5
Secundaria incompleta	70	58.3
Secundaria completa	5	4.2
Universidad incompleta	3	2.5
Total	120	100.0

Al hacerles la pregunta que si los padres viven juntos, el 57.5% respondió que si, no así el 42.5%. En relación a la compañía en el hogar, un 45.9% de las adolescentes, respondieron que viven actualmente con su madre, el 25.0% con su cónyuge, y el 18.3% con su padre.

Se encontró que en el 69.16% de los hogares habitaban 8 personas, seguido del 15.2% en los cuales vivían de 3-4 personas, y en tercer lugar con un 13.3% habitaban de 5-6 personas por hogar.

En relación al número de trabajadores por núcleo familiar. El 59.1% de las adolescentes refieren que en su núcleo familiar trabajan de 1 – 2 personas, seguido de 33.3% que refieren que solamente trabajan 3 - 4 personas. En la situación laboral, el 85.8% actualmente trabajan y solo un 14.2% no. Referente al egreso, el 80.0% no tenían a nadie que dependiera de ellas. No así, un 20% restante. En relación al aporte económico que reciben encontramos que un 51.6% reciben ayuda económica de parte de su conyugue, un 23.3% de parte de su madre y un 17.5 de parte de su padre.

Al realizar la pregunta a cerca del embarazo actual y sus medidas de prevención, un 75% respondió que no fue planificado, no así, un 24.2% que si lo habían planificado. Adjunto a esto, manifiestan que si han tenido problemas laborales con su embarazo, un 70.8%, y un 29.1% respondió que no. (Tabla 2).

TABLA 2. Datos socioeconómicos de las adolescentes embarazadas del Municipio de La Concordia.

Padres viven juntos	Frecuencia	Porcentaje
Si	51	57.5
No	69	42.5
Con quien vive		
Madre	55	45.9
Cónyuge	30	25.0
Padre	22	18.3
Otros	13	10.8
Numero de habitantes que Viven en la casa		
1 – 2	3	2.5
– 4	18	15.2
5 – 6	16	13.3
7 y más	83	69.1
Cuantos trabajan		
1 - 2	71	59.1
3 - 4	40	33.3
5 - 6	5	4.1
7 y más	4	3.3
Ud trabaja		
Si	17	85.8
No	103	14.2
Tiene Problemas laborales		
Si	85	70.8
No	35	29.2
Cuantos dependen de Ud		
0	96	80.0
1	18	15.0
2	6	5.0
Recibe ayuda económica		
Padre	21	17.5
Madre	28	23.3
Cónyuge	62	51.6
Otros	9	7.5
Embarazo planificado		
Si	29	24.2
No	91	75.8
Total	120	100.0

Perfil de las adolescentes embarazadas que asisten al programa de Control Pre-natal.

Los hábitos de las pacientes; al preguntar si ingirieron bebidas alcohólicas previas a su embarazo, el 80.0% refirió que no, y durante el mismo el 86.0% refiere que no han ingerido licor. Con relación al habito de fumar, el 89.1% refieren no haber fumado antes de su embarazo, pero un poco más de la primera cifra un 95.0% refiere no haber fumado durante este. En relación al consumo de drogas, antes y durante del embarazo, el 100% refiere no haber ingerido drogas previas al embarazo, de igual manera, el 100% no las ingirió durante el mismo. La distracción preferida por las adolescentes fue ver televisión con 51.6%, seguido de escuchar música con 30.8%. (Tabla 3).

TABLA 3. Hábitos de las adolescentes embarazadas del Municipio de La Concordia.

Ingesta de licor antes del embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	20.0
No	96	80.0
Ingesta de licor durante el embarazo		
Si	16	13.3
No	104	86.6
Fumado antes del embarazo		
Si	13	10.9
No	107	89.1
Fumado durante el embarazo		
Si	6	5.0
No	114	95.0
Uso de drogas antes embarazo		
Si	4	3.3
No	116	96.6
Uso de drogas antes durante embarazo		
Si	0	0
No	120	100.0
Distracción		
Ver TV	62	51.6
Oír música	37	30.8
Ir a fiestas	5	4.3
Salir con amigos	3	2.5
Otros	13	10.8
Total	120	100.0

Perfil de las adolescentes embarazadas que asisten al programa de Control Pre-natal.

La comunicación con sus padres se encontró que antes de embarazo: Con el padre era buena con 37.5% y con la madre era buena con 75.0%. Sin embargo durante el embarazo la comunicación con padre, se modificó un poco siendo esta ahora buena con 40.8% pero disminuyó esta en relación materna siendo buena con 68.3%. La comunicación con su pareja antes del embarazo era buena en un 83.3%, y ésta se ve afectada durante el embarazo al disminuir a un 68.3%. (Tabla 4).

TABLA 4. Comunicación de las adolescentes embarazadas con sus familiares.

Padre antes embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Buena	45	37.5
Mala	25	20.8
Regular	35	29.1
Ninguna	15	12.5
Madre antes embarazo		
Buena	90	75.0
Mala	15	12.5
Regular	14	11.6
Ninguna	1	0.8
Padre Durante embarazo		
Buena	49	40.8
Mala	21	17.5
Regular	33	27.5
Ninguna	17	14.4
Madre durante embarazo		
Buena	82	68.3
Mala	13	10.8
Regular	21	17.9
Ninguna	4	3.0
Comunicación con pareja antes embarazo		
Buena	100	83.3
Regular	18	15.0
Ninguna	2	1.6
Comunicación con pareja durante embarazo		
Buena	82	68.3
Regular	28	23.3
Ninguna	10	8.3
Total	120	100.0

Por otro lado la comunicación con sus amigos, resultó buena antes del embarazo con un 64.1% y durante el embarazo con 50.8%.(Tabla 5).

TABLA 5. Comunicación de las adolescentes embarazadas con sus amigos

Antes embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Buena	77	64.1
Regular	37	30.8
Ninguna	6	5.0
Durante embarazo		
Buena	61	50.8
Mala	8	6.6
Regular	44	36.6
Ninguna	7	5.8
Total	120	100.0

Violencia intrafamiliar, el 66.6% refirió no haber sido maltratada psicológicamente, al igual que el 85.0% no refieren haber sido abusada sexualmente. Pero el 55.9% refieren haber sido testigo de violencia intrafamiliar (Tablas 6).

TABLA 6. Violencia intrafamiliar

Maltrato psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	33.3
No	80	66.6
Fue abusada sexualmente		
Si	18	15.0
No	102	85.0
Ha sido testigo de Violencia Intrafamiliar		
Si	67	55.9
No	53	44.1
Total	120	100.0

En la salud mental, El 9.2% han tenido pensamientos suicidas, siendo el mismo porcentaje de casos los que han intentado suicidarse y solo un 16.7% tienen amigos y/o familiares que han intentado suicidarse (Tablas 7).

TABLA 7. Salud Mental de las adolescentes embarazadas

Pensamientos suicidas	Frecuencia	Porcentaje
Si	30	25.0
No	90	75.0
Intento suicidio		
Si	11	9.2
No	109	90.8
Familiar o amigos han Intentado Suicidarse		
Si	20	16.7
No	100	83.3
Total	120	100.0

En la aceptación social del embarazo el 79.2% de las embarazadas aceptan su embarazo, y el 87.5% de sus familiares aceptan su embarazo, pero en el caso del cónyuge solo un 82.5% lo aceptan y el 85.8% de la familia de éste lo aceptan. Al igual que sus amigos que están de acuerdo en un 74.2% (Tablas 8).

TABLA 8. Aceptación social del embarazo

Acepta usted su embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Si	95	79.2
No	25	20.8
Acepta su familia el embarazo		
Si	105	87.5
No	15	12.5
Acepta la familia de su pareja el embarazo		
Si	103	85.8
No	17	14.2
Acepta su pareja embarazo		
Si	99	82.5
No	21	17.5
Aceptan sus amigos su embarazo		
Si	89	74.2
No	31	25.8
Total	120	100.0

DISCUSIÓN

Observamos que el grupo de edades más afectado, en las adolescentes estudiadas, fue el de 14 a 19 años, siendo este compatible con la literatura donde 1 de cada 4 embarazos en nicaragua corresponden a mujeres entre las edades de 17-19 años. En la adolescencia precoz no encontramos embarazos, esto puede ser debido a que el inicio de la vida sexual de las adolescentes en Nicaragua fue en su mayoría a los 15 años.^{1,2,3}

En la religión, sobresalió la católica, debido a que la gran mayoría de las asistentes al control prenatal eran de la misma ideología religiosa.. Al igual el origen y procedencia que predominó fue el Rural, debido a que nuestro estudio fue realizado en unidades de salud donde la gran mayoría de los pacientes que llegan son de lugares rurales.^{2,4}

Desde un enfoque particular de genero, las adolescentes refieren vivir mejor con sus madres, debido a que reciben mayor apoyo e identificación con seres del propio genero, y aunque no se sienten maltratadas psicológicamente son testigos de violencia familiar.^{4,5}

Según algunos estudios en adolescentes refieren que un mal funcionamiento familiar predispone a que estas inicien su vida sexual prematuramente, que posean una autoestima baja y buscan recibir atención y cuidados a través de la relación sexual, que les permite huir de un hogar patológico, alimentado por la violencia. Consideramos que lo antes mencionado es una probable hipótesis, pero sería bueno que se realizaran estudios que profundicen más este acápite.^{5,6,7}

El estado civil de las adolescentes es una unión estable, la mayoría de las adolescentes viven con su madre, esto puede ser explicado como uno de los temores que presenta la adolescente en la aparición de su embarazo, como es el temor a casarse debido a la inseguridad de la pareja, quedando como refugio y apoyo su madre como dependencia biológica.^{7,8,9}

En relación a la dependencia económica, estas dependen de su compañero de vida, comportamiento debido a la responsabilidad paterna, y debido a que casi un 80% de éstas no trabajan, no estudian y su nivel académico alcanzado fue la secundaria incompleta. Éste punto se relaciona con una literatura en la que menciona la población de adolescentes embarazadas por lo general son las que presentan bajos recursos económicos y que cuando éstas han tenido un hijo se les hace más difícil escapar de la pobreza¹¹. Comportándose como un impacto psicosocial, produciendo deserción escolar, mayor número de hijos, desempleos, constituyendo un serio problema de salud pública y en particular de salud sexual y reproductiva, donde se llega a dar el nombre de ^Síndrome del fracaso o la pauta del ciclo de pobreza.^{9,10,11}

De acuerdo a las variables del número de habitantes por hogar, número de personas que laboran en el mismo y sus ingresos económicos, se manifiesta la realidad de la vida en las comunidades de nuestro país, donde los hogares son habitados por un gran número de personas donde sólo una de ellas trabaja y lleva el ingreso económico a esta, agravando la condición general la nueva eventualidad como es el embarazo en la adolescente de la familia.^{11,12,13}

En relación a la planificación del embarazo, se obtuvo un comportamiento esperado basado en varios factores que van desde la conducta de la propia adolescente hasta la familia y la sociedad misma, la literatura plantea que se debe a varios factores como: el no uso de métodos anticonceptivos, inestabilidad familiar, falta de oportunidades reales, desconocimientos de anatomo-fisiología, baja autoestima, falta de comunicación, falta de políticas coherentes con el desarrollo social del adolescente, entre otras.^{13,14,15,}

El uso antes y durante el embarazo de bebidas alcohólicas, tabaco y drogas, se comportó de acuerdo al planteamiento de la literatura que refiere un mayor empleo por parte del género masculino y una reducción en su uso durante un periodo gestante en el caso del género femenino. El uso de drogas resultó en cero para ambos tiempos, disminuyendo de esta manera las consecuencias de su uso durante el periodo gestante.^{16,17}

El método de distracción para las adolescentes fue el ver televisión, siendo este según la literatura un componente que predispone al adolescente al inicio de su vida sexual activa y sus consecuencias en tal etapa de la vida.^{16,17}

La comunicación con sus padres siempre se mantuvo buena, aunque disminuyó un poco, al igual con su pareja y con sus amigos, creo que éste fenómeno es a consecuencia de que el embarazo de éstas jóvenes en un poco más del 75% era no planificado. A la vez la literatura plantea en cuanto a esto que a los padres no les agrada saber que las metas y logros de sus hijas quedaran truncados y no cumpliéndolos en su totalidad. A pesar de esto la aceptación del mismo siempre es alta tanto a nivel de su familia, pareja, familia de pareja y amigos.^{16,17,18}

De acuerdo al comportamiento laboral de la muestra en estudio, coincidió con lo reflejado en la literatura ya que un 85% de ellas han presentado problemas en su trabajo durante el embarazo. Las adolescentes por lo general tienen un trabajo mal remunerado y sin contrato, por lo tanto es habitual el despido cuando se sabe que están embarazadas y es muy difícil conseguir empleo en estas condiciones o si ya se tiene un niño.^{17,18,19}

En general se puede observar un buen comportamiento en algunas de las variables expuestas en este estudio, dicho comportamiento puede deberse al grado cultural que presentan los pobladores del municipio de La Concordia, en especial las adolescentes embarazadas de este estudio, No podemos omitir que aunado a este factor puede verse respaldado por el nivel educacional que se vive en esta localidad y que cada día que pasa condena a las generaciones venideras.

CONCLUSIONES

En el presente trabajo concluyo que:

En relación a las características sociodemográficas y económicas de las adolescentes embarazadas se encontró que:

- La adolescencia tardía fue la más destacada.
- La religión católica obtuvo la mitad de los casos.
- La procedencia rural reportó $\frac{3}{4}$ partes del estudio.
- El estado civil que predominó fue unión estable.
- El nivel académico de secundaria incompleta tuvo mayor incidencia.
- La mayoría de las adolescentes viven con sus madres.
- Más de la mitad de los casos habitan en hogares con más de siete personas.
- Sólo el 15% de las adolescentes embarazadas trabajan.
- Reciben ayuda económica de su cónyuge un 51.6%.
- El embarazo no fue planificado hasta en un 75.8%.
- Los hábitos de tomar licor, fumar y hacer uso de drogas presentaron un significativo descenso durante el embarazo.

Las repercusiones psicológicas observadas en las adolescentes embarazadas son:

- Poca comunicación con sus padres.
- Abuso sexual referido en un 15%.
- Maltrato psicológico.
- Violencia intrafamiliar reportada por más de la mitad de los casos.
- Pensamientos e intentos suicidas en bajo porcentaje.
- Problemas laborales en la mayoría de las adolescentes que si trabajan.

RECOMENDACIONES

- Informar a las autoridades locales las condiciones socioeconómicas que viven las adolescentes embarazadas de su municipio con el fin de promover programas de apoyo integral institucional que les facilite mejor adecuación a su situación, desarrollo y crecimiento en la sociedad que le rodea.
- Brindar atención psicológica en cada unidad de salud, y atención especializada para los casos que presentan pensamientos e intentos suicidas, con el fin de mejorar las relaciones y comunicación con los padres, así como reducir la incidencia de abuso.
- Promocionar estilos de vida saludables en las adolescentes embarazadas, para disminuir el consumo de alcohol, tabaco y drogas, tales como programas y actividades de recreación deportiva, manualidades e involucramiento social-laboral.
- Formar clubes de adolescentes capacitados por profesionales para que brinden a la población charlas sobre autoestima, relaciones interpersonales y familiares, educación sexual y reproductiva.
- Promocionar el mayor uso de los diversos métodos de planificación familiar por la población, especialmente los adolescentes, realizando campañas educativas en centros de estudios, grupos juveniles, centros de recreación y unidades de salud.

REFERENCIAS

1. Miranda, Dávila W. Factores de riesgos maternos perinatales en la adolescencia temprana que fueron atendidas en el hospital Bertha Calderón en Diciembre-Enero 2,000.
2. OPS/OMS. Plan de acción de desarrollo y salud de los adolescentes y jóvenes 1998.2001.
3. Actividad sexual y la maternidad entre las adolescentes en América Latina y el Caribe; riesgos y consecuencias. International Program Population Reference Bureau, Inc Noviembre 1992.
4. OMS. Programa de salud de los adolescentes. División de la salud de la familia. Ginebra, Suiza. Agosto. 1993.
5. Harper Cintia y Col. Embarazo en adolescentes en América Latina y del Caribe. New York. Federación internacional de planificación familiar. 1995.
6. Gurdían E., Espinoza U., Alarcón M. Factores de riesgo socioeconómicos de embarazos en adolescentes del Barrio de Subtiava. 2003.
7. Siña Enrique, Becker Jorge, Villarroel Luis. Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes de Chile, 1990–1999. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 14(1), 2003.
8. Chedraui Peter, Hidalgo Luis, Chavez Maria and San Miguel. Determinant factors in Ecuador related to pregnancy among adolescents aged 15 or less. J. Perinat. Med. 32 (2004) 337–341
9. OPS/ OMS. Lineamiento para la programación de la Salud Integral de la Salud Integral del adolescente y módulos de atención. Managua, Nicaragua. Octubre. 1998.
10. Montenegro Roberto. Factores de riesgo asociados a morbilidad perinatal en adolescentes del hospital Bertha Calderón Julio 2000 a Junio 2002.
11. Ministerio de Salud de Nicaragua. Manual de Salud Reproductiva. Managua Nicaragua, Diciembre. 1996.

12. Áreas Reyes, F. Embarazo en la población adolescente de la unidad de salud Dr. Tomás Pineda Martínez, ciudad Santa Ana, Período Enero-Junio, 1999.
13. Siding Marie. Sexual relations and Sexual education in Nicaragua. Lund University Department of Sociology. SOC 464 61-80 p. 2003.
14. Silber Tomás J. Manual de Medicina de la adolescencia. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. OPS/OMS 1992. PP.470).
15. Vázquez Ángela. Morbilidad Y Mortalidad Perinatal en el Embarazo Precoz. 1998.
16. OPS/OMS. Manual de Medicina de la adolescencia, OPS/OMS, Washington D.C, 20037 EUA 1992.
17. Gerenda Mariana, Sileo Enriqueta. Embarazo en la adolescencia, Factores de Riesgo y Cadena de prevención. Comisión Femenina Asesoria de la presidencia de la República Despacho de la Ministra de Estado para la promoción de la mujer, Caracas 1992.
18. Monroy, A Morales M,N y Velasco, Fecundidad en la Adolescencia, causa, riesgo y opciones. Cuaderno técnico No 12. Washinton D.C. OPS 1998.
19. Gadea M., Herrera J. y Col. Análisis de la situación de salud en Nicaragua / Ministerio de Salud 1ra edición. Managua. OPS/OMS 2,000.
20. Guevara, G, Uriel. Manual de bioética medica. Editorial universitaria 2005. (q.e.p.d).

ANEXOS

Perfil de las adolescentes embarazadas que asisten al programa de Control Pre-natal.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Perfil socioeconómico y psicológico de las adolescentes embarazadas que asisten al programa de control prenatal en los Puestos de Salud Las quebradas, el coyolito, y Centro de Salud Flor de María Chavarría del Municipio de la Concordia, Departamento de Jinotega en el periodo de Mayo 2006 - Febrero 2007.

Frecuencia: _____

N° de Ficha: _____ Unidad de Salud _____ Fecha: _____/_____/06 - 07

I. DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Religión: ¹ Católica ² Evangélica ³ T. Jehová ⁴ Ninguna
 Otros _____
3. Lugar de Nacimiento: _____
4. Dirección Actual: _____
5. Estado Civil: Soltera ¹ Casada ² Acompañada ³
6. ¿Actualmente Ud. Estudia? No ⁰ Si ¹
7. Escolaridad: Analfabeta ¹ Alfabetada ² Primaria incompleta ³ Primaria completa ⁴
Secundaria incompleta ⁵ Secundaria completa ⁶ Universidad completa ⁷
Universidad Incompleta ⁸ Técnico ⁹

II. SOCIOECONOMICOS:

1. ¿Sus padres viven juntos? ⁰ No ¹ Si
2. ¿Con quién vive ud?
¹ Padre ² Madre ³ Pareja ⁴ Nadie ⁵ Otros : _____
(Especifique)
3. ¿Cuántas personas viven en su casa?: _____
4. ¿Cuántas personas trabajan? _____
5. ¿Ud. Trabaja? ⁰ No ¹ Si: _____
6. ¿Cuántas personas dependen económicamente de ud? _____
7. De quién recibe ayuda económica
¹ Padre ² Madre ³ Cónyuge ⁴ Nadie ⁵ Otros : _____
(Especifique)
8. ¿Su embarazo es Planificado? No Si

III. HABITOS

1. ¿Toma o tomó licor?
 - a. Antes del embarazo No ⁰ Si ¹
 - b. Durante el embarazo No ⁰ Si ¹
2. ¿Fuma o fumó? (Especifique) Frecuencia: _____
Cantidad: _____

- a. Antes del embarazo No Si
- b. Durante el embarazo No Si
3. ¿Utiliza o utilizó otro tipo de drogas?
- a. Antes del embarazo No Si
- b. Durante el embarazo No Si
4. ¿Qué actividades realiza Ud. para distraerse o entretenerse?
- Ver TV Oír música Ir a Fiestas Salir con amigos Otros: __

IV. COMUNICACIÓN

1. ¿Qué tipo de comunicación tiene Ud. con sus padres?
- a. Antes del embarazo: Padre Buena¹ Mala² Regular³ Ninguna⁴
- Madre Buena¹ Mala² Regular³ Ninguna⁴
- b. Durante embarazo Padre Buena¹ Mala² Regular³ Ninguna⁴
- Madre Buena¹ Mala² Regular³ Ninguna⁴
- 2 ¿Qué tipo de comunicación tiene Ud. con su pareja?
- a. Antes del embarazo Buena¹ Mala² Regular³ Ninguna⁴
- b. Durante del embarazo Buena¹ Mala² Regular³ Ninguna⁴
- 3 ¿Qué tipo de comunicación tiene Ud. con sus Amigos?
- a. Antes del embarazo Buena¹ Mala² Regular³ Ninguna⁴
- b. Después del embarazo Buena¹ Mala² Regular³ Ninguna⁴

V. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

- 1 ¿Se ha sentido Ud. Maltratada Psicológicamente en su familia? No ⁰ Si ¹
- 2 ¿Considera Ud. que alguna vez fue abusada sexualmente? No ⁰ Si ¹
- 3 ¿Es Ud. Testigo de las discusiones de su familia? No ⁰ Si ¹

VI. SALUD MENTAL

1. ¿En los últimos 12 meses ha pensado suicidarse? ⁰ No ¹ Si
2. ¿Ha intentado suicidarse en los últimos 12 meses? ⁰ No ¹ Si
3. Tiene amigos o familiares que se han intentado suicidar? ⁰ No ¹ Si

VII. ACEPTACIÓN SOCIAL DEL EMBARAZO

1. ¿Acepta Ud. Su embarazo? ⁰ No ¹ Si
2. ¿Acepta la familia de Ud. Su embarazo? No ⁰ Si ¹

Perfil de las adolescentes embarazadas que asisten al programa de Control Pre-natal.

3. ¿Acepta la familia de su pareja su embarazo? No ⁰ Si ¹
4. ¿Acepta su pareja su embarazo? No ⁰ Si ¹
5. ¿Aceptan sus amigos más cercanos su embarazo? No ⁰ Si ¹
6. ¿Ha tenido problemas laborales con su embarazo? No ⁰ Si ¹

Firma de encuestador

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimadas pacientes:

La adolescencia constituye una etapa biopsicosocial en el desarrollo humano, es decir una etapa de transición entre la niñez y la adultez. Hoy en día esta etapa se está viendo afectada por el aumento constante del número de embarazos no planificados a temprana edad, lo cual conlleva a frustraciones de sus metas tanto a corto y largo plazo.

Ante tal situación deseo hacerle formal solicitud de su participación voluntaria en el estudio que llevare a cabo en el Municipio de la Concordia, el cual esta titulado: *“Perfil socioeconómico y psicológico de las adolescentes embarazadas del Municipio de la Concordia, Departamento de Jinotega de Mayo 2006 - Febrero 2007”*. Dicho estudio tiene el objetivo de *Conocer las condiciones socioeconómicas y psicológicas* que viven las adolescentes embarazadas y la finalidad de obtener mayor precisión de la información sobre la infancia de las adolescentes embarazadas del Municipio de la Concordia y aspirar a disminuir la incidencia de los embarazos en dicha población y que de esta forma las adolescentes gocen de esta etapa en total plenitud, al mismo tiempo que el sector salud realice planes de intervención. Al mismo tiempo deseo dejar precedente escrito sobre esta problemática en su localidad.

Agradeciendo su participación, les garantizo que la información que me suministre será manejada con: respeto, integridad, dignidad, beneficio, respeto de los resultados, y anonimato.

Nombre de la Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / 200 ____

Firma del encuestador