

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA LEON**



**DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL
MUNICIPIO DE PALACAGÜINA 2004.**

Tesis para optar al título de Master en Salud Pública.

Autor: Dra. Esmeralda González

Tutor: Dr. Rene Pérez Montiel
Profesor Titular UNAN León

Palacagüina, 14 de Febrero de 2005.

INDICE

Introducción	3
Antecedentes	4
Justificación	5
Planteamiento del Problema	6
Objetivos	7
Marco de Referencia	8
Hipótesis	12
Diseño Metodológico	13
Resultados	19
Discusión	36
Conclusiones	39
Recomendaciones	40
Referencias	41
Anexos	42
- Instrumentos de recolección de datos	

INTRODUCCION

La salud sexual y reproductiva ha sido reconocida por la mayoría de los gobiernos y sociedad civil de América Latina y el Caribe una necesidad prioritaria de salud, al examinar sus indicadores de salud sexual y reproductiva esta región muestra mejores condiciones de salud reproductiva en relación a otras regiones como África y el sudeste asiático, sin embargo, los niveles de salud reproductiva están muy por debajo de las sociedades desarrolladas e incluso de otros países con indicadores socioeconómicos similares ¹

El embarazo en adolescentes en la región es causa de abortos practicados en condiciones de riesgo por embarazos no deseados, la maternidad y el aborto están clasificados entre las primeras cinco causas de muerte en mujeres entre 15 y 19 años ^{1,2}

El embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de los y las adolescentes a nivel mundial. Limita en muy alto grado sus oportunidades de educación y empleo, con efectos negativos a largo plazo en su calidad de vida y la de sus hijos e hijas quienes tienen más riesgos de morbilidad y mortalidad ²

A nivel mundial se ha aumentado el inicio de la vida sexual activa a edades más tempranas. El 10% de los partos son de madres adolescentes. La tasa de muertes relacionadas con el embarazo y el parto es de 2 a 5 veces más alta entre mujeres menores de 18 años que entre las de 20 a 29 años. Un 10% de todos los abortos ocurren entre las adolescentes de 15 a 19 años practicados en condiciones de riesgo ³

Con una tasa de fertilidad 119, Nicaragua se ubica como el país con la proporción de fertilidad juvenil más alta en América Latina y la diecinueveava proporción más alta en el mundo. Este número lo acompañan los altos índices de embarazos no deseados, riesgos de aborto ilegal y la alta tasa de mortalidad materna ⁴

ANTECEDENTES

Alrededor del 30% de la tasa de fertilidad de la región de América Latina y el Caribe se atribuye a mujeres entre 15 y 19 años, siendo Perú y Bolivia (9%) y Nicaragua la más alta (17%). La inmadurez física incrementa el riesgo asociado al embarazo y parto, siendo las menores de 15 años las más vulnerables con un riesgo 4 veces mayor, que las de 20 años a más de morir por causas asociadas al embarazo ¹

En 1999 las proyecciones realizadas por el instituto de estadísticas y censos INEC señalan una tasa de fecundidad adolescente de 152 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años, ubicando a Nicaragua como el país de América latina con más alta tasa de fecundidad en adolescentes ¹

Otero *et al.* (2,000) en un estudio en adolescentes estudiantes del municipio Muelle de los Bueyes encontraron que los métodos de planificación familiar más conocidos fueron el condón 29.8%, inyectables 22.4%, gestágenos orales 16%. Las principales fuentes de información y consejería fueron amigos y familiares 56.4%, para el centro de salud y hospital 12.8% ⁵

En un estudio de salud sexual y reproductiva realizado en municipios de León y Chinandega, Managua y Tipitapa 1,997 se encontró alta frecuencia de embarazos adolescentes, estas tienen menores conocimientos en salud reproductiva y más necesidades insatisfechas en planificación familiar en relación a las mujeres adultas y casi similar exposición a la violencia conyugal. Los embarazos tienen consecuencias en su formación, más de la mitad que estaban estudiando abandonaron sus estudios al salir embarazadas ⁶

En un estudio de análisis de la salud sexual y reproductiva realizado en adolescentes de Somoto solo un 64.2% estudian, de estos 11.7% además trabajan. Las condiciones materiales no parecen tan hostiles, puesto que casi dos tercios de sus familias poseen agua domiciliar y la mayoría cuenta con luz eléctrica, aunque la calidad de la vivienda deja mucho que desear. La mayor frecuencia de embarazos adolescentes se agrupa entre los 15 y 18 años de edad en este municipio (90%), con promedio 17 años ⁷

JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes es un problema de gran trascendencia en salud pública, el conocimiento de sus determinantes a través de este estudio permitirá desarrollar planes de intervención al gobierno municipal, MINSA y ONGs, donde sea factible incidir contribuyendo de esta manera a la reducción de las muertes maternas, abortos por embarazos no deseados y como es obvio a disminuir la alta tasa de fecundidad que tiene gran impacto en la pobreza de nuestro país.

El municipio de Palacagüina tiene según cifras estimadas por el Ministerio de Salud es de un 34%, oscilando entre 40 - 28% de embarazo adolescentes en los últimos años por encima de lo reportado a nivel nacional (25%), lo que me ha motivado a estudiar dicho problema, para la búsqueda de soluciones, puesto que esto interfiere en el proyecto de vida de las adolescentes ¹¹

En el departamento de Madriz, no se cuenta con estudios de embarazo en la adolescencia, por lo que el estudio realizado en Palacagüina servirá para reconocer el problema y proponer estrategias para su abordaje en los ámbitos municipal y departamental.

Planteamiento del problema

La interrogante central del estudio será:

¿Cual es el papel de los determinantes socioeconómicos-culturales e institucionales en la ocurrencia de embarazo en adolescentes en el municipio de Palacagüina?

Otras preguntas serán:

¿Que condiciones socioeconómicas y culturales influyen en el embarazo en adolescentes?

¿Cual es el papel de la familia en la ocurrencia de embarazo en adolescentes?

¿Cuál es el papel de las instituciones (MINSA) en la atención de las adolescentes?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Valorar el papel de los determinantes socioeconómicos-culturales e institucionales en la ocurrencia de embarazo en adolescentes en el municipio de Palacagüina, 2004.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Determinar las condiciones socioeconómicas y culturales asociadas con el embarazo en adolescentes.
2. Identificar el papel de la familia de las adolescentes en la ocurrencia del embarazo.
3. Reconocer el papel de las instituciones (MINSA) en la atención de las adolescentes.

MARCO DE REFERENCIA

La adolescencia es un proceso dinámico, es la etapa que transcurre entre la niñez y la vida adulta, que implica la reestructuración de valores, actitudes, intereses, normas y pautas de comportamientos psicológicos y sociales. Es un proceso biológico que involucra cambios en la estructura morfológica y fisiológica, asociado a nuevas funciones orgánicas como la menarquia y ovulación en el sexo femenino y la espermatogénesis y eyaculación en el sexo masculino ¹

Nicaragua ha alcanzado las cifras más altas de embarazo en adolescentes de la región; Uno de cada cuatro embarazos corresponde a jóvenes entre 15 a 19 años. La tasa de fecundidad en 1,970, el número de nacimientos en mujeres menores de 20 años, llegaba al 18% del total; en 1,990 el 16% y en 1,995 incrementó hasta el 24%. A pesar que disminuyó en 1,990 fue la más alta en relación a los demás países latinoamericanos, Costa Rica apenas el 9% ¹

En 1,999 las proyecciones realizadas por el instituto de estadísticas y censos INEC señala una tasa de fecundidad en adolescentes de 152 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años, ubicando a Nicaragua como el país de América latina con más alta tasa de fecundidad en adolescentes, mientras en Costa Rica 85, el Salvador 95, Honduras 115 y Panamá 82 en el mismo año ¹

Nicaragua presenta la tasa más alta de fecundidad de la región centroamericana, 119 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 a 19 años. El 25% de mujeres adolescentes en el país ya son madres. El porcentaje más alto de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas en el país lo representa Jinotega 38% seguido de la región Atlántica 30%, Managua y León 20%. La fecundidad de las adolescentes del área rural, supera en un 75% a las del área urbana ³

El patrón de emparejamiento temprano es mayor en el área rural que en la ciudad. Estudios muestran que mujeres rurales establecen sus primeras uniones entre 14 y 17 años; lo que coincide con la alta tasa de fecundidad en el área rural, que llegaba hasta casi 7 hijos por mujer, frente a un promedio de 3 hijos por mujer en Managua ¹

La edad promedio en que las adolescentes tienen su primer hijo es 16.8 años, la mediana es de 16.7 años.

La presencia o ausencia de educación sexual formal, determina en alto grado tanto las actitudes hacia la sexualidad, como la incidencia de embarazos ¹

Persisten muchas barreras que impiden que los jóvenes tengan acceso a la información y servicios para prevenir los embarazos no deseados; El embarazo precoz involuntario se debe a las siguientes razones: relaciones sexuales sin

protección, abuso sexual, falta de información y servicios de planificación familiar ¹

El embarazo en adolescentes es consecuencia de falta de acceso a información en planificación familiar, salud sexual y reproductiva y falta de acceso a los servicios de salud, confidenciales y de buena calidad. Los factores socioculturales también juegan un papel importante debido al tabú de las relaciones sexuales pre-matrimoniales en las adolescentes, por consiguiente están temerosas de encontrarse familiares, vecinos o amigos en los servicios de salud, falta de confidencialidad y privacidad ⁴

La relación entre el nivel de educación y la fecundidad es muy evidente, las adolescentes sin educación tienen una fecundidad 6 veces mayor que la de aquellas con educación superior y casi 5 veces mayor cuando no llegaron a cuarto grado de primaria ¹²

El embarazo adolescente está relacionado con factores socioculturales; se señala inestabilidad y conflictos familiares, violencia intrafamiliar, abandono escolar, nivel socioeconómico bajo, incorporación temprana a la fuerza laboral, historia de embarazos adolescentes en la familia, tradición cultural, estrategia de sobrevivencia, embarazos previos, presiones de la pareja, idealización de la maternidad, soledad y carencia de afecto, búsqueda de legitimación social, falta de oportunidades para la construcción del futuro, ignorancia del funcionamiento del propio cuerpo y de la manera adecuada de utilizar los anticonceptivos, falta de información acerca de la sexualidad ¹²
Casi 9 de cada 100 mujeres entre 15 y 19 años no tienen acceso a la educación y la mitad de ellas no llegan a la secundaria ¹²

El embarazo adolescente es multicausal ¹³:

CAUSAS SOCIALES:

- ◆ Inicio de las relaciones sexuales en edades más tempranas. Actualmente los(as) adolescentes permanecen solos mayor número de horas, producto de la situación laboral de sus progenitores (incorporación de la mujer a las actividades productivas).
- ◆ Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
- ◆ Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
- ◆ Existe abundancia de propaganda que incita a las relaciones sexuales.
- ◆ Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).
- ◆ Falta de acceso a los servicios de planificación familiar ¹³

CAUSAS PSICOLÓGICAS:

- * Algunas adolescentes se embarazan por que desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
- * Otras para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.

- * Para castigar a los padres por la incomprensión.
- * Otras para irse de un lugar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
- * Agradar al novio ¹³

El embarazo en la adolescencia es un problema social que destruye las oportunidades de las jóvenes de tener un futuro mejor, con un crecimiento físico, psíquico y emocional pleno que les prepare para ser padres y madres responsables en la crianza de sus hijos, los que necesitan la satisfacción de las necesidades básicas y ternura para su vida futura ¹³

Los daños que provoca el embarazo en las adolescentes pueden prevenirse con una educación sexual libre de prejuicios para que conozcan las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos y decidan libremente el que les resulte más idóneo. Los hijos de adolescentes vienen a ser carga de la familia y ser rechazados desde la concepción pueden provocar secuelas profundas y permanentes en su psicología ¹³

No es suficiente realizar campañas de planificación familiar o regalar condones, lo que se debe ofrecer es una buena razón para posponer el embarazo y los medios para alcanzar un nuevo futuro ¹⁴

Prevenir la repetición del embarazo no elimina los poderosos efectos de crecer en la pobreza, pero su posposición abre caminos para salir de ella, o por lo menos, aminora los obstáculos y desventajas que el embarazo adolescente suma a los condicionantes de la pobreza ¹⁴

El embarazo en adolescentes aumenta el riesgo de complicaciones como: toxemias, parto prematuro, anemia, desproporción céfalo- pélvica, distocias mecánicas y dinámicas, abortos provocados, muerte materna y perinatal y aumento de la mortalidad infantil (nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, enfermedades congénitas). Los hijos de madres adolescentes presentan menor desarrollo del lenguaje y más problemas conductuales, quizá asociado a un contexto muy pobre y de poco cuidado de los hijos ^{4,9}

Los medios masivos de comunicación transmiten mensajes que muestran la actividad sexual atractiva, incitante y libre de riesgos. Dictan modelos y actitudes sexuales distorsionadas y falsas expectativas respecto a la sexualidad, la población adolescente es la más susceptible a esta influencia, ya que su propia desubicación y necesidad de encontrar respuesta a sus interrogantes en torno a su identidad, la lleva a imitar imágenes presentadas ²

A continuación se presenta un esquema de la ruta hacia el embarazo adolescente contrastando los determinantes descritos por la literatura, y los encontrados en el estudio.

**Ruta al Embarazo
Adolescente**

Ausencia de religión
Baja escolaridad
No uso de MPF
Mala comunicación con madre
Carencia de un proyecto de vida

Inicio precoz relaciones coitales
Insuficiente EIC
Falta de acceso a MPF
Reproducción de modelo materno
Sobrevivencia económica
Familias disfuncionales
Cultura machista

Adolescentes

Hipótesis

La elevada frecuencia de embarazo en adolescentes observada en el municipio de Palacaguina (Departamento de Madriz) esta asociada a determinantes socio-económicas, culturales e institucionales.

DISEÑO METODOLÓGICO

El área de estudio fue el municipio de Palacagüina localizado al este del departamento de Madriz, ubicado a 19 kilómetros de la ciudad de Somoto cabecera departamental. Cuenta con una población de 15,065 habitantes la mayoría de los cuales se encuentra en el área rural un 69%.

El estudio se realizó en dos momentos en el período comprendido 2003-2004:

- Estudio analítico (caso-referente) de adolescentes embarazadas y no embarazadas, para analizar los determinantes del embarazo en ambos grupos.
- Estudio cualitativo (grupos focales) para profundizar en hallazgos del estudio.

Primer momento investigativo

El objetivo fue describir las características sociales, económicas y culturales de las adolescentes, y contrastar los determinantes (“factores de riesgo”) en ambos grupos (embarazadas y no embarazadas). El producto de este primer momento fue darle salida a los dos primeros objetivos del estudio: “determinar las condiciones socio-económicas, y culturales asociadas con el embarazo en adolescentes e identificar el papel de la familia”.

La población de estudio fueron 852 mujeres adolescentes, entre 14 a 19 años del municipio de Palacagüina.

Para la estimación de la muestra se tomó como parámetros un nivel de confianza del 95%, una frecuencia esperada de embarazo entre el grupo expuesto de 30%, y un 15% entre las no-expuestas, para una muestra de 300 adolescentes, 100 embarazadas y 200 no embarazadas, en total se estudiaron 103 embarazadas y 206 no embarazadas. La muestra fue estimada en el programa “Statcalc” del paquete EPI INFO 2004 (versión 3.3)

Para la recolección de la información se diseñó un cuestionario que fue aplicado mediante una entrevista a todas las adolescentes (ver anexo). Para aumentar la validez de los datos, estos fueron recolectados directamente por la autora de la investigación. El instrumento además fue sometido a una prueba piloto para mejorar su grado de validez interna.

Los datos fueron colectados en el Centro de Salud de Palacagüina, mediante entrevistas con las adolescentes.

El análisis de los datos descriptivos fue mediante distribución de frecuencias para las variables discretas, y usando medidas de tendencia central y de dispersión para las variables continuas. Para la estimación de riesgos se utilizó

la razón de productos cruzados (OR). Las pruebas estadísticas utilizadas fueron el test del X^2 , y el valor de p. Se estimaron además intervalos de confianza al 95%.

Para evaluar la presencia de distractores (variables de confusión) o modificadores de efecto (efecto sinérgico), se realizó análisis estratificado de los datos.

Segundo momento (descripción del estudio cualitativo)

El estudio cualitativo fue realizado mediante entrevistas semi-estructuradas a informantes claves de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el municipio, y a través de dos grupos focales (con adolescentes embarazadas y no embarazadas del área urbana y rural respectivamente), y tuvo como producto darle salida al tercer objetivo del estudio “reconocer el papel de las instituciones de salud en la atención de las adolescentes” y profundizar en los hallazgos del primer momento del estudio.

La población de estudio para los grupos focales fueron 16 adolescentes (la mitad de ellas embarazadas), 8 del área urbana y 8 del área rural seleccionadas aleatoriamente de los registros de la unidad de salud.

Los informantes claves de las instituciones fueron los directores o representantes acreditados de los servicios que prestan atención sanitaria en el municipio.

Los datos fueron colectados directamente por la autora del estudio, con el apoyo de otros profesionales de la salud para la realización de los 2 grupos focales.

El análisis de los datos de los grupos focales (ver anexos) fue realizado mediante construcción de matrices (análisis matricial) de ejes de análisis identificados en el estudio. Los descriptores claves fueron clasificados en tres categorías (sociales, económicas y culturales). Los datos provenientes de los informantes claves fueron analizados mediante la técnica de análisis matricial, definiendo como ejes del análisis Estrategias de atención, Accesibilidad, Equidad, Cobertura, y Calidad.

Control de sesgos

En ambos momentos los sesgos fueron disminuidos esencialmente mediante la calidad de la información recolectada, y la triangulación de información

cualitativa y cuantitativa. Los distractores de efecto fueron controlados mediante análisis estratificado.

Consideraciones éticas

De acuerdo a las Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos se cumplió con los siguientes requisitos:

- Envío y aprobación del protocolo por la Comisión de Ética de la Facultad de CCMM de la UNAN León.
- Consentimiento Informado a todas las participantes.
- Brindar información esencial sobre el estudio a todas las participantes.
- La investigación no puso en riesgo de algún tipo a las participantes embarazadas.
- Protección de la confidencialidad de la información proporcionada.
- Devolución de resultados de la investigación a quienes proporcionen los datos, o beneficiarios de la misma.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Edad	El periodo en años transcurrido desde el nacimiento de la adolescente hasta el momento de la encuesta	14-15 años 16-17 años 18-19 años
Estado Civil	Condición de la adolescente en lo que respecta a sus relaciones de pareja en la sociedad	Casada Unión Estable Divorciada Soltera
Procedencia	Clasificación según el área geográfica donde vive la adolescente	Urbana Rural
Ocupación	Función que desempeña en la sociedad	Estudiante Ama de casa Domestica Otro
Dependencia Económica	Es la persona que provee las necesidades básicas de la adolescente	Ella misma Padres Suegro Compañero Ninguno
Menarquia	Es la edad que tenía la adolescente al momento de su primera menstruación	9-13 años 14-16 años
IVSA	Es la edad que tenía la adolescente al momento de su primer acto sexual	Abierto
Numero de compañeros sexuales	Es la cantidad de parejas sexuales que ha tenido la adolescente	0 1 2 +2
Planificación Familiar	Es el método de contracepción que utiliza para evitar un embarazo	Abstinencia Ritmo Pastillas Inyecciones DIU Condomes
Nivel Socioeconómico	Ingreso familiar y sus condiciones de vida	Empleado Desempleado Piso de tierra Letrina Luz eléctrica Numero de cuartos
Padres juntos	Situación marital de los progenitores de la adolescente	Juntos Separados
Madre con otra pareja	Si la madre de la adolescente tiene relación marital con otra persona	SI NO
Relación entre los	Es la forma de convivencia de los padres	Muy buena(no violencia

padres	de la adolescente	Hay golpes Hay gritos
Apoyo Familiar	Posición moral y económica de la familia en relación al estudio de la adolescente	SI NO Especifique
Proyecto de vida	Meta de la adolescente	Tener hijos Trabajar Estudiar Ninguna
Razón de los hijos	Es la percepción de la adolescente acerca de maternidad	Tener un hogar Complacer al novio o marido Castigar a los padres Es lo mas importante para la mujer
Información en educación sexual	Son los conocimientos recibidos por la adolescente sobre sexualidad	Amigo Colegio Padres MINSA Ninguna
Información sobre planificación familiar	Conocimientos recibidos acerca de anticoncepción	Amigos Maestros Padres MINSA Ninguno
Método de planificación familiar	Conocimiento de los diferentes métodos de contracepción	Abstinencia Ritmo Pastillas Inyección Condomes Ninguno
Medios de comunicación	Es el medio que ha brindado información a la adolescente sobre sexualidad	Radio Tv Revistas Otro
Servicio de planificación familiar	Acceso y disponibilidad de servicios de control de la fecundidad para la adolescente	SI NO Por que
Disponibilidad en el MINSA de métodos anticonceptivos	Nivel de conocimientos de la adolescente de los diferentes métodos que oferta el centro salud anticonceptivos	SI NO No sabe
Atención de la adolescente en el programa de fertilidad	Oportunidad de la adolescente de solicitar métodos de anticoncepción en el centro de salud	SI NO Por que
Trato del personal de salud	Opinión de la adolescente sobre la atención en el centro de salud	Mal trato Amable Privacidad Consejería Información
Embarazo Deseado	Nivel de satisfacción de la adolescente al encontrarse embarazada	SI NO

		Por que
Embarazo no deseado	Inconformidad de la adolescente por su embarazo	Falta de conocimientos en planificación familiar No sabia donde recibir información No tuvo tiempo de planificar Otro
Embarazo y su proyecto de vida	Es la percepción de la adolescente como afecta en su vida el embarazo	No puedo continuar estudiando No puedo trabajar nada

RESULTADOS.

Se estudiaron 309 adolescentes, 103 de ellas embarazadas, cuya edad promedio fue de 18 años, el estado civil predominante fue soltera (56%), el 52% cursan secundaria incompleta, la religión que profesa el 65% es la católica, y el 70% de procedencia rural (ver tabla No 1)

Tabla 1. Características socio demográficas de la población adolescente

<i>Características</i>	<i>No</i>	<i>Frecuencia</i>
Socio-demográficas		
<i>Edad (n=309)</i>		
14-16	78	25%
17-19	231	75%
<i>Estado Civil (n=309)</i>		
- Soltera	174	56%
- Acompañada	114	37%
- Casada	21	7%
<i>Religión (n=309)</i>		
- Católica	200	65%
- Evangélica	66	21%
- Ninguna	43	14%
<i>Escolaridad (n=309)</i>		
- Analfabeta	9	3%
- Primaria	107	34%
- Secundaria	187	61%
- Universitaria	6	2%

Fuente: Encuesta a adolescentes del municipio de Palacagüina 2003-2004.

La edad promedio de la menarquia fue de 13 años, con inicio de su vida sexualmente activa (IVSA) promedio a los 16 años. De las que refirieron tener su pareja, la edad de su cónyuge oscila entre los 20 a 25 años en el 70%, del total, el 65% reportaron no usar ningún método de planificación familiar y de las que si lo hacen, el 57% utilizan anticonceptivos orales, de las embarazadas el 87% es su primer hijo.

Al estudiar su condición socioeconómica se encontró que el 44% de las estudiadas trabajan en la casa y solo el 34% estudian, el número de personas promedio que viven en la casa es de 7 y trabajan 3 en promedio con un ingreso mensual 2,487 córdobas, el 48% de sus casas el piso es tierra, el 93% tienen letrina, el agua de consumo es de pozo en un 59%, con una media de 2 cuartos y el 60% tienen energía eléctrica.

Tabla 2. Características socio económicas de la población adolescente

<i>Características</i>	<i>socio-</i>	<i>No</i>	<i>Frecuencia</i>
económicas			

Ocupación (n=309)		
- Ama de casa	136	44%
- Estudiante	105	34%
- Domestica	19	6%
- Trabaja y estudia	17	5%
- Obrera	14	5%
- Maestra de pre-escolar	9	3%
- Ninguna	5	2%
- Auxiliar de enfermería	4	1%
Piso de la casa (n=309)		
- Tierra	149	48%
- Embaldosado	112	36%
- Ladrillo	48	16%
Sanitario(n=309)		
- Letrina	286	92%
- Inodoro	8	3%
- Aire libre	13	4%
- Letrina del vecino	2	1%
Energía(n=309)		
- Si	186	60%
- No	123	40%
Agua (n=309)		
- Pozo	181	59%
- Potable	119	38%
- Quebrada	9	3%

Fuente: Encuesta a adolescentes del municipio de Palacagüina 2003-2004.

Sobre la situación familiar encontrada, el 64% pertenece a una familia nuclear (completa), en el 15% de familias la mamá tiene otra pareja, y el 33% dice tener padres alcohólicos. La escolaridad de la mamá y papá de las adolescentes predominante es la primaria incompleta con 52% y 48% respectivamente, el 54% de los padres tienen una relación estable y solo el 11% vive una situación de violencia, el 52% de las muchachas tienen apoyo de la familia para estudiar y 50% de ellas refiere tener buena comunicación con su madre en salud sexual y reproductiva y solo un 9% dijeron hacerlo con su padre (tabla No 3).

Tabla 3: Características familiares de la población adolescente

Características socio-culturales	No	Frecuencia
----------------------------------	----	------------

Tipo de familia (n=309)		
- Nuclear	198	64%
- Solo la madre	87	28%
- Solo padre	12	4%
- Adopción	2	1%
- Vive con abuelos/herm.	10	3%
Madre con otra pareja (n=309)		
- Si	47	84%
- No	259	1%
- Falleció	3	
Padre alcohólico (n=309)		
- Si	101	54%
- No	166	7%
- Falleció	23	6%
- Desconoce	19	
Relación de los padres (n=309)		
- Estable	168	54%
- Pleitos / violencia	34	11%
- Ninguna	107	35%
Comunicación padres (n=309)		
- Buena	141	46%
- Regular	52	17%
- Ninguna	107	35%
- Mala	9	3%
Comunicación hija - madre (n=309)		
- Si	155	50%
- No	150	49%
- Falleció	4	1%
Comunicación padre - hija (n=309)		
- Si	27	9%
- No	262	85%
- Falleció	20	6%
Familia apoya estudios (n=309)		
- Si	160	52%
- No	149	48%

Fuente: Encuesta a adolescentes del municipio de Palacagüina 2003-2004.

Los conocimientos sobre salud reproductiva que tienen las adolescentes en primer lugar provienen del colegio en un 33%, seguido de los amigos(as), MINSA, ONGs, con 32%, 26% y 13% respectivamente, solo un 5% por los padres.

Con relación a quienes brindan información sobre planificación familiar lo encabeza el MINSA con 37%, le continúan los amigos(as) 28%, otros familiares 19%, ONGs 10%, colegio 9% y los padres 4%, el 48% de las

encuestadas refiere no recibir ninguna información en el colegio, el 36% temas sobre salud reproductiva y solo un 8% sobre salud sexual.

En cuanto a los medios de comunicación la radio ocupa el primer lugar 49%, seguido de la TV con 31%, la prensa 13% y los libros un 10%.

El método de planificación familiar mas conocido por las adolescentes es la pastilla 92% le sigue la inyección 72%, el condón y el dispositivo intrauterino (DIU), 51% y 15% respectivamente (ver tabla No 4).

Tabla 4: Fuentes de información utilizadas por la población adolescente

<i>Sexualidad</i>	<i>No</i>	<i>Frecuencia</i>
Fuente de información E. Sexual (n=309)		
- Colegio	101	33%
- Amigas	99	32%
- MINSA	80	26%
- ONGs	37	13%
- Padres / familiares	27	9%
Fuente de información P. Familiar (n=309)		37%
- MINSA	114	28%
- Amigas	87	52%
- Padres / familiares	71	10%
- ONGs	32	9%
- Colegio	29	
Medios de comunicación (n=309)		
- Radio	152	49%
- TV	95	31%
- Prensa	39	13%
- Libros / revistas	29	10%
Tipo Información en el colegio (n=309)		
- Ninguna	149	48%
- Salud Reproductiva	136	44%
- Salud Sexual	24	8%
Métodos P. Familiar conocidos (n=309)		
- Gestágenos Orales	284	92%
- Inyecciones	237	77%
- Condón	157	51%
- DIU	45	15%

Fuente: Encuesta a adolescentes del municipio de Palacagüina 2003-2004.

Del total de las muchachas el 90% manifestó que acudiría al centro de salud del municipio para informarse sobre planificación familiar y solo un 3% dijo no conocer donde ir, el 71% sabe que encontrará su método anticonceptivo en el centro de salud, 14% en las farmacias y un 15% no sabe. Al evaluar la atención a las adolescentes en el centro de salud el 61% del total de encuestadas desconoce y 38% dijo que es buena.

Tabla 5. Servicios de salud utilizados por la población adolescente

<i>Servicios de Salud</i>	<i>No</i>	<i>Frecuencia</i>
Donde Acude a P. Familiar (n=309)		
- Centro de Salud	278	90%

- Farmacias / amigas	10	4%
- Clínicas privadas	9	3%
- No sabe	9	3%
Donde consigue Anticonceptivos (n=309)		
- Centro de Salud	219	71%
- No sabe	46	15%
- Farmacias	44	14%
Atención del Personal de Salud (n=309)		
- Buen Trato	116	38%
- Mala	4	1%
- Desconoce	189	61%

Fuente: Encuesta a adolescentes del municipio de Palacagüina 2003-2004.

De las adolescentes embarazadas solo el 34% dijo desear su hijo y el 66% fue que no planifico. EL 52% de las muchachas consideran que el embarazo cambia sus vidas por que tienen nuevas responsabilidades, no hay libertad e interrumpe sus estudios.

Del total de muchachas el 36% no tiene ningún proyecto futuro, el 30% estudiar y el 21% formar una familia. El 75% de todas las encuestadas y el 68% de las embarazadas opina que el embarazo en la adolescencia se debe a descuido y mal usos de los métodos de planificación familiar y el 60% del total de la muestra refiere que éste, pone en riesgo la vida de la adolescente y el niño por su inmadurez (ver tabla 6).

Tabla 6. Proyecto de vida de la población adolescente.

<i>Proyecto de Vida</i>	<i>No</i>	<i>Frecuencia</i>
-------------------------	-----------	-------------------

Embarazo Deseado (n=103)		
- No	68	66%
- Si	35	34%
Por que Ocurrió (n=103)		
- No planificó	34	67%
- Deseaba un hijo		33%
Cambio de Vida (n=103)		
- Nada	49	48%
- Responsabilidad materna	29	28%
- No hay libertad	15	14%
- Interrumpe sus estudios	10	10%
Planes Futuros (n=103)		
- Ninguno	37	36%
- Estudiar	31	30%
- Formar una familia	22	21%
- Trabajar	13	13%

Fuente: Encuesta a adolescentes del municipio de Palacagüina 2003-2004.

Determinantes de embarazo

Al analizar las condiciones socio-económicas y culturales de las adolescentes y su relación con el embarazo a temprana edad se encontró:

La “procedencia” y el embarazo en este estudio no tuvo asociación con una razón de riesgos 1,57 (IC95% 0,91-2,7), ni “significancia estadística” (X^2 de 3,06 y valor de $p= 0,08$).

Al evaluar la “escolaridad” de las muchachas y el embarazo tienen asociación con una razón de riesgos 2,9 (IC95% 1,72-4,91), y “significancia estadística” (X^2 de 18,7 y valor de $p= 0,00001$).

La variable “proyecto de vida” y su relación con el embarazo muestra similar comportamiento hay asociación con una razón de riesgos 2,33 (IC95% 1,32-4,11), y “significancia estadística” (X^2 de 10 y valor de $p= 0,001$).

Al comparar la edad de “inicio de su vida sexual activa” (IVSA) y el embarazo en la adolescencia no hay asociación con una razón de riesgos 0,88 (IC95% 0,45-1,72), ni “significancia estadística” (X^2 de 0,17 y valor de $p= 0,68$).

Al evaluar la variable “Hacinamiento” y su relación con el embarazo en las adolescentes no se encontró asociación con una razón de riesgos 1,33 (IC95% 0,76-2,34), ni “significancia estadística” (X^2 de 1,18 y valor de $p= 0,27$).

La condición “Religión” y el embarazo en cambio tiene asociación con una razón de riesgos 1,92 (IC95% 0,94-3,89) y “significancia estadística” (X^2 de 3,90 y valor de $p= 0,04$).

Al analizar la variable “No uso de métodos de planificación familiar” y el embarazo se encontró asociación con una razón de riesgos 2,67 (IC95% 1,37-5,24) y “significancia estadística” (X^2 de 9,95 y valor de $p= 0,001$).

Tabla 7: Determinantes de embarazo en adolescentes

Factor de Riesgo	Casos	Controles	OR	IC95% ^o	X ²	Valor de p	Significancia Estadística
Procedencia							
• Urbana	38	56					
• Rural	65	150	1,57	0,91-2,7	3,06	0,08	NS
Escolaridad							
• ≤ Primaria	56	60	2,9	1,72-4,91	18,7	0,00001	S
• > Primaria	47	146					
Proyecto de vida							
• NO	37	40	2,33	1,32-4,11	10,0	0,001	S
• SI	66	166					
IVSA							
• ≤ 16 años	67	55	0,88	0,45-1,72	0,17	0,68	NS
• >16 años	36	26					
Hacinamiento							
• ≤ 1 cuarto	32	52	1,33	0,76-2,34	1,18	0,27	NS
• > 2 cuartos	71	154					
Religión:							
• Ninguna	20	23	1,92	0,94-3,89	3,90	0,04	S
• Católica /evangélica	83	183					
No uso de anticonceptivos-adolescentes con vida sexual activa (n=184)							
• NO	53	23	2,67	1,37-5,24	9,95	0,001	S
• SI	50	58					

Fuente: Encuesta a adolescentes del municipio de Palacagüina 2003-2004.

Al evaluar el grado de asociación entre embarazo en adolescentes y el papel de la familia, se evidenció que la condición “tipo de familia” no tuvo asociación con una razón de riesgos de 1,07 (IC95% 0,63-1.80), ni “significancia estadística” (X² de 0,06 y valor de p= 0,8).

Al relacionar la “mala comunicación de los padres” de la muchacha con su embarazo, no tuvo asociación con una razón de riesgos 1.12 (IC95% 0,68-1,86), ni “significancia estadística” (X² de 0,23 y valor de p= 0,6).

Lo que es similar al analizar la “comunicación de la adolescente con su padre”, no se encontró asociación con una razón de riesgos 1,02 (IC95% 0,4-2,5), ni “significancia estadística” (X² de 0,00 y valor de p= 1,00).

En cambio al relacionar el embarazo de la adolescente con la “comunicación con su madre”, se encontró asociación con una razón de riesgos 1,87 (IC95% 1,12-3,14) y significancia estadística (X^2 de 6,63 y valor de $p=0,01$).

Al evaluar la condición “padre alcohólico” y su relación con el embarazo en la adolescencia, no se encontró asociación con una razón de riesgos 1,63 (IC95% 0,94-2,85), ni “significancia estadística” (X^2 de 3,45 y valor de $p=0,06$). De igual manera al evaluar “padre con bajo nivel de escolaridad” y el embarazo no se encontró asociación con una razón de riesgos 1,35 (IC95% 0,50-3,75), ni “significancia estadística” (X^2 de 0,42 y valor de $p=0,51$).

Tabla 8: Determinantes de embarazo en adolescentes

Factor de Riesgo	Casos	Controles	OR	IC95% ^o	X ²	Valor de p	Significancia Estadística
Tipo de Familia:							
• Nuclear	38	73	1.07	0.63-1.8	0.06	0.8	NS
• No nuclear	65	133					
Comunicación con padres:							
• Mala	49	92	1.12	0.68-1.86	0,23	0,6	NS
• Buena	54	114					
Comunicación con el padre:							
• Mala	94	188	1,00	0,4-2,5	0,00	1,00	NS
• Buena	9	18					
Comunicación con la madre:							
• Mala	62	92	1,87	1,12-3,14	6,63	0,01	S
• Buena	41	114					
Padre alcohólico:	41	60	1,63	0,94-2,85	3,45	0,06	NS
• SI	49	117					
• NO							
Nivel escolaridad padre:	85	162	1,35	0,50-3,75	0,42	0,51	NS
• <Primaria	7	18					
• >Primaria							

Fuente: Encuesta a adolescentes del municipio de Palacagüina 2003-2004.

Los determinantes baja escolaridad, ausencia de proyecto de vida, ninguna religión, y mala comunicación con la madre, no provocaron distracción ni modificación de efecto, de acuerdo al resultado del análisis multivariante.

Resultados del sub-estudio cualitativo

Para profundizar en los hallazgos del estudio analítico se realizaron dos grupos focales, uno con ocho adolescentes embarazadas y otro con ocho adolescentes no embarazadas, combinado en ambos grupos la presencia de tres adolescentes del área urbana y cinco del área rural respectivamente.

Al indagar “porque algunas adolescentes salen embarazadas y otras no” se encontró lo siguiente en el grupo focal de adolescentes embarazadas: “por que no se cuidan”, “algunas quieren tener un hijo”, “otras por abuso sexual”; en cambio el grupo de adolescentes no embarazadas manifestó: “unas se protegen y otras no”, “no todas tienen relaciones sexuales”, “el novio les pide la prueba de amor”.

Tabla 9. Resultados del grupo focal

“por que unas adolescentes salen embarazadas y otras no”	“unas se protegen y otras no” “el novio les pide la prueba de amor” “no todas tienen relaciones sexuales”
“que se habla en la familia sobre planificación del embarazo”	“en el hogar no se platican estos temas” “a los padres les da vergüenza” “la mejor forma de prevención es abstenerse de relaciones sexuales”

Grupos Focales con adolescentes.

Al investigar “cual es el punto de vista familiar (papá, mamá, hermanos y otros familiares) ante el tema de planificar los embarazos” el grupo focal de adolescentes embarazadas dijo: “que en el hogar no se platican esos temas” “cuando se habla es de manera superficial sobre métodos de planificación familiar”; mientras el grupo focal de adolescentes no embarazadas manifestaron: “padres les da vergüenza” “Les aconsejan y explican los daños, por que no están preparadas física, ni psicológicamente” “La mejor forma de prevención es abstenerse de relaciones sexuales tempranamente”.

Al conversar “Como es el ambiente familiar (papá, mamá, hermanos y otros familiares) ante un embarazo el grupo focal de adolescentes embarazadas expresaron: “comportamiento diferente de los padres, no les tienen cariño” “Son rechazadas, corridas de la casa” “Son maltratadas”; mientras el grupo focal de adolescentes no embarazadas dijeron: “Al salir embarazadas sus padres

se enojan, las corren, tienen que trabajar para mantener a su hijo” “A sus padres les preocupa lo que dice la gente” “Otras son obligadas a abortar” .

Tabla 10. Resultados del grupo focal

<p>“actitud de la familia ante un embarazo”</p>	<p>“son maltratadas, rechazadas, corridas de la casa”</p> <p>“tienen que trabajar para mantener a su hijo”</p> <p>“son obligadas a abortar”</p>
<p>“rol del colegio en la prevención del embarazo”</p>	<p>“no se imparten estos temas por el MECD”</p> <p>“si salen embarazadas, son discriminadas, las pasan al nocturno”</p>

Grupos Focales con adolescentes.

Cuando se habló del “colegio, que hace para colaborar con las muchachas para prepararlas mejor para un embarazo” el grupo focal de adolescentes embarazadas manifestaron: “No se imparten estos temas por el ministerio de educación” “Reciben charlas por el personal del MINSA”; en cambio el grupo focal de adolescentes no embarazadas dijo: “Se les imparten temas solo de salud reproductiva” “Si salen embarazadas son discriminadas y pasadas al nocturno” “Los maestros hablan mal de la muchacha que sale embarazada”.

Al evaluar “Que pasa con los planes de la muchacha (estudio, trabajo, amigos), si sale embarazada” el grupo focal de adolescentes embarazadas expresaron: “No pueden seguir estudiando y si continua tiene que pasarse para la noche” “No encuentran trabajo” “No tiene libertad” “Se alejan de los amigos por se pueden reír de ella” en cambio el grupo focal de adolescentes no embarazadas manifestaron: “Su vida cambia, tienen que asumir responsabilidad” “Ya no pueden estudiar y si lo hacen es mas difícil” “No pueden estudiar por falta de

Cuando se consideró “El novio, ustedes creen que molesta mucho(presiona) para que la muchacha salga embarazada y después del embarazo como se porta” el grupo focal de adolescentes embarazadas dijeron: “ No tiene que ver por que ambos lo decidieron” por el contrario el grupo focal de adolescentes no embarazadas quienes consideran: “ Hay presión del novio les pide la prueba de amor” “Por temor a perder al novio tienen relaciones sexuales” “La relación solo la domina el hombre y no es así hay que compartir las ideas” “Por machismo no usan condón, por que dicen que no da placer”.

Cuando se analizó “cual es el factor número uno para que una muchacha salga embarazada” el grupo focal de adolescentes embarazadas dijo: “Por que no se cuidan” “desobediencia a los padres” en cambio el grupo focal de adolescentes no embarazadas consideran: “La familia, no hay comunicación” “Falta de amor en la familia y piensan que se llena con relaciones sexuales con el novio” “La familia no les demuestra amor aunque las quieran”.

Al platicar “Que dirían ustedes (recomendarían) se debería hacer para prevenir un embarazo antes de los 20 años” el grupo focal de adolescentes embarazadas sugirió: “Dar charlas a los jóvenes en el C/S y escuelas” “Dar recomendaciones sobre planificación familiar” “Se deben cuidar” en cambio el grupo focal de adolescentes no embarazadas dijeron: “Promover la abstinencia sexual” “Dar charlas para usar métodos de planificación familiar”.

Finalmente se analizó el rol de las instituciones de salud con relación a la atención de salud de las adolescentes, entrevistando a la directora municipal del Ministerio de Salud, la delegada de la ONG ADRA (Agencia Adventista para el Desarrollo de Recursos Asistenciales), la vice-alcaldesa municipal, la coordinadora del Movimiento Comunal, y el vice-presidente de la Cruz Roja encontrando lo siguiente:

Para el Ministerio de Salud la atención a las adolescentes es un programa priorizado, enfocado a la disminución del embarazo, prevención del VIH-SIDA-ITS y capacitación en autoestima; para ADRA la prioridad es la prevención del VIH-SIDA y disminución del embarazo; mientras el Gobierno Local se enfoca en la atención a casos de maltrato y violencia; el MCN realiza capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva, deberes y derechos “Código de la niñez y adolescencia”, además se les enseña manualidades y la Cruz Roja capacita a los(as) adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia, infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA y planificación familiar .

El ministerio de salud cuenta con 3 club de adolescentes, 2 en el área urbana y 1 en la zona rural, el resto son atendidos en morbilidad general y fertilidad si lo solicitan; ADRA cuenta con grupos de adolescentes en todas las comunidades rurales de 12 a 14 años y de 15 a 19 años con un número de 8 a 12 participantes;

el gobierno municipal atiende el 100% de casos reportados de maltrato y violencia a las adolescentes; mientras el MCN atiende a 40 adolescentes en capacitaciones que reciben cada 2 a 3 meses y 16 reciben manualidades; la Cruz Roja cuenta con 40 adolescentes voluntarios que son capacitados y en las comunidades algunos que voluntariamente quieren capacitarse.

El ministerio de salud desconoce la cobertura real de la población adolescente puesto que no se cuenta con atención diferenciada a este grupo etáreo; ADRA no ha realizado mediciones de cobertura hasta la fecha; en la Alcaldía son atendidos el 100% de casos reportados; para el MCN la cantidad de adolescentes atendidos depende del organismo donante, pero son recibidos los que deseen integrarse; La Cruz Roja es poca la atención que brinda a la población adolescente, pero esta disponible para todo el que la solicite.

El ministerio de salud no cuenta con encuesta de satisfacción de usuarias adolescentes; ADRA valora la satisfacción de los(as) adolescentes por la participación, entusiasmo e interés de los(as) adolescentes; para el Gobierno municipal la satisfacción se valora por la atención en el momento adecuado; el MCN y la Cruz Roja considera satisfactoriamente su labor por la participación y asistencia de las adolescentes a sus capacitaciones.

El ministerio de salud no ha realizado evaluación sobre la calidad de la atención a las adolescentes; lo mismo ocurre en la Alcaldía, ADRA, MCN y Cruz Roja.

Para la directora municipal del ministerio de salud los principales factores para el embarazo en adolescentes en el municipio son: por vergüenza no acuden al C/Salud a fertilidad, IVSA a temprana edad, la iglesia católica restringe el uso de métodos de planificación familiar; para la representante de ADRA se debe a mucha violencia intrafamiliar e influencia de las drogas; en cambio la vice-alcaldesa considera que hay desconocimiento de la prevención del embarazo; según la coordinadora del MCN falta de orientación en salud reproductiva y planificación familiar, descuido de los padres no hay comunicación y la situación económica; el encargado de la Cruz Roja considera que se debe a conflictos familiares “regañón”, alcoholismo y otros vicios, IVSA a temprana edad, influencia de los medios de comunicación “novelas”.

La directora municipal del ministerio de salud dijo no haber evaluado de forma particular el papel de las familias en la ocurrencia del embarazo en adolescentes; ADRA analiza con las familias las consecuencias del embarazo precoz; según la vice-alcaldesa el embarazo en adolescentes crea inestabilidad en el núcleo familiar psíquica, emocional y económicamente; la coordinadora del MCN dijo que no hay comunicación entre madre – hija y peor con el padre, en ocasiones

su mamá es madre soltera; de manera casi similar se expresó el representante de la Cruz Roja considerando que en su mayoría las adolescentes no son comprendidos por su familia en esta etapa que necesitan de amor, no regaños.

Para la delegada del ministerio de salud el aspecto económico juega un papel importante en la ocurrencia del embarazo en adolescentes ya que por el bajo nivel económico, no asisten a clases donde adquieren conocimientos y donde el MINSA puede incidir; según la promotora de ADRA debido a los problemas económicos los padres salen a trabajar, dejando solos a sus hijos y algunos jóvenes tienen que trabajar y no pueden estudiar; para la vice-alcaldesa no tiene ninguna relación, sino se debe al desconocimiento que es independiente del status económico; para la representante del MCN por el factor económico las adolescentes tienen que trabajar a temprana edad a veces son engañadas y otras por obtener dinero se venden por ambición; el vice-presidente de la Cruz Roja dijo, que por la pobreza caen en relaciones amorosas buscando quien les de comodidad y estudios.

La directora municipal del ministerio de salud considera que el machismo el hombre lo adquiere en el hogar, no dejando planificar a la adolescente exigiéndole relaciones sexuales tempranamente; para la representante de ADRA en la escuela las adolescentes tienen influencia de las amigas y por el machismo no saben aconsejar a sus hijos y no le permiten novio a la muchacha; para la vice-alcaldesa el machismo esta presente en el municipio pero no considera ninguna relacion con el embarazo; según la coordinadora del MCN en la escuela no reciben orientación las adolescentes y por el machismo el hombre pide la prueba de amor y la mujer obedece; según el representante de la Cruz Roja en la escuela hay mucha indisciplina y por el machismo la mujer es vista como un objeto.

El ministerio de salud, según la delegada de ésta institución, considera que el factor de mayor importancia en la ocurrencia del embarazo en las adolescentes es que por vergüenza no asisten al centro de salud a planificación familiar; para la representante de ADRA el problema de mayor envergadura está en las familias, por violencia intrafamiliar, las jóvenes se van de un hogar conflictivo, no reciben consejos en el hogar; en cambio la vice-alcaldesa del municipio opina que el problema radica en el desconocimiento de la planificación familiar; según la coordinadora del MCN es el factor económico, por que para sobrevivir son engañadas; lo que coincide con lo expresado por el representante de la Cruz Roja quien considera que por problemas económicos venden su cuerpo para salir de esa situación con una persona adulta.

El ministerio de salud recomienda dar atención diferenciada a la población adolescente, abrir espacios en los medios de comunicación para hablar de

planificación familiar y riesgo del embarazo en la adolescencia y crear una clínica para la atención a los(as) adolescentes con un médico exclusivo; para ADRA se debe trabajar con las adolescentes en la prevención del embarazo y trabajar con las familias en la consejería, en el trato de los adolescentes; según el Gobierno municipal sugiere formar grupos comunitarios de adolescentes de hombres y mujeres para abordar los riesgos del embarazo a temprana edad, integrar en las escuelas a partir del sexto grado de primaria programas dirigidos a los adolescentes e integrar a las familias en la participación de labores educativas; el MCN plantea que se debe brindar charlas y capacitaciones en educación sexual y planificación familiar, capacitaciones a los padres en salud sexual y reproductiva y crear fuentes de empleo a los padres de familia para evitar el trabajo en adolescentes; para la Cruz Roja la estrategia es reunir grupos de adolescentes periódicamente para tratar temas como el embarazo en la adolescencia, realizar coordinaciones intersectoriales para unificar esfuerzos y trabajar en conjunto alrededor de esta problemática y que el MINSA y MIFAMILIA capaciten a todos los representantes de todas las instituciones que trabajan con la adolescencia y sensibilizarlos sobre el problema.

DISCUSIÓN

1. Al analizar el perfil socio económico de la población adolescente en estudio se apreció que el inicio de vida sexual activa es de 16 años, que una tercera parte estudia actualmente y viven en condiciones de relativa pobreza, lo que es similar a lo encontrado en un estudio realizado en Managua que muestra que las mujeres rurales establecen sus primeras uniones entre los 14 y 17 años¹, en contraste con un estudio realizado en Somoto donde la mayor parte de las adolescentes estudiadas se encontraban estudiando y las condiciones materiales no parecen tan hostiles, ya que la mayor parte poseía acceso a servicios básicos esenciales⁷

Las adolescentes con escolaridad menor o igual a primaria analizadas en el estudio presentaron 3 veces mas riesgo de un embarazo a temprana edad, asociación que se incrementa hasta 6 veces mayor con relación a una adolescente con educación superior. La asociación nivel de educación y fecundidad ha sido demostrada en otros estudios donde adolescentes sin educación tienen una fecundidad 6 veces mayor que aquellas con educación superior y casi 5 veces mayor cuando no completan la educación primaria¹²

2. El método anticonceptivo mas conocido resulto ser las pastillas, seguido de las inyecciones, luego el condón y el DIU, aunque en su mayoría dijeron no haber usado ningún método anticonceptivo al momento de la entrevista; difiriendo de lo encontrado por Otero et al (2000) en Muelle de los Bueyes donde es mas conocido el condón luego los inyectables y gestágenos orales⁵

Al estudiar las principales fuentes de información en educación sexual el primer lugar lo ocupa el colegio, seguido de amigos(as); mientras en planificación familiar está a la cabeza el MINSA, en segundo lugar amigos(as); mientras en Muelle de los Bueyes las principales fuentes de información fueron amigos y familiares, le siguen el centro de salud y el hospital⁵

Si la adolescente no usa métodos de planificación familiar aumenta el riesgo de un embarazo precoz, a pesar de los conocimientos en planificación familiar hay falta de acceso a los servicios de salud confidenciales, con privacidad y buena calidad. (4)

3. Se evidenció en el estudio que más de la mitad de las adolescentes viven en una familia completa, algunas conviven en un contexto de violencia intrafamiliar y alcoholismo paterno, aunque una buena parte refiere comunicarse con su

madre, pocas dicen hacerlo con su padre, y menos de la mitad dijo tener un plan futuro; coincidente con factores asociados al embarazo en adolescentes: violencia intrafamiliar, inestabilidad y conflictos familiares, soledad y carencia de afecto, falta de oportunidades para construir su futuro, abandono escolar ¹²

Estudios realizados en León (Zelaya 2000) refieren la importancia de la familia en la ocurrencia de embarazo en adolescentes, coincidentes con los resultados encontrados donde la mitad refirió tener buena comunicación con la madre, y muy poca con el padre que en una tercera parte tiene historia de alcoholismo ⁸⁻¹⁰

4. Al analizar el embarazo en adolescentes y su relación con la falta de comunicación con su madre se encontró un riesgo 2 veces mayor de tener un embarazo precoz, para aquellas muchachas que no se comunican con su mamá; siendo esta una de las barreras mas importantes en la actualidad, ya sea por incorporación de la mujer a las actividades productivas, o bien por los llamados “conflictos generacionales”, lo que contribuye a la condición de soledad y carencia de afecto, inestabilidad y conflictos familiares, propios de la etapa adolescente.

La falta de un “proyecto de vida” como determinante de embarazo precoz ha sido evidenciado en otros estudios, situación reflejada en el presente estudio, dentro de las llamadas “causas sociales” del embarazo en adolescentes, junto con las pocas oportunidades de esparcimiento y educación ¹³

A esta condición se suma la no profesión de ninguna religión como un factor de riesgo asociado al embarazo precoz en el contexto socio cultural de Palacaguina con una alta influencia de la familia, y las creencias religiosas para la construcción de un proyecto de vida.

Otros factores estudiados como: la procedencia rural, IVSA menor o igual a 16 años, hacinamiento, la familia incompleta, mala comunicación entre los padres, mala comunicación de la adolescente con su padre, padre alcohólico, baja escolaridad de la mamá y el papá, no mostraron en este estudio ninguna asociación con el embarazo en la adolescencia.

5. Durante el sub estudio cualitativo las adolescentes consideraron que una de las causales de embarazo fue el hecho de tener relaciones sexuales, sobre todo sin protección.

Subrayan que en la familia no se abordan temas relacionados a la planificación familiar por que a los padres les da vergüenza hablar de ello, promovándose la abstinencia sexual, y que cuando la adolescente ya está embarazada son

maltratadas en el hogar, rechazadas, corridas de la casa, algunas obligadas a abortar y tienen que trabajar para asumir su responsabilidad materna.

En el colegio no se imparten temas de salud reproductiva, pero si la adolescente sale embarazada es discriminada y “pasada al nocturno si quiere continuar estudiando”, o bien no puede continuar estudiando, no encuentran trabajo, no tienen libertad y sus amistades cambian.

Las adolescentes consideran que los factores mas importantes para el embarazo son: tener relaciones sin protección (“no se cuidan”), la falta de comunicación con la familia, y la no demostración de amor. Condiciones que coinciden con los resultados del estudio cuantitativo.

6. A pesar que las instituciones publicas y ONGs tienen planes y proyectos hacia la población adolescente no se cuenta con una atención diferenciada e integral y no evalúa el impacto de las acciones.

Los dirigentes de las instituciones mencionaron como factores que influyen en el embarazo en adolescentes: IVSA a temprana edad, restricción religiosa de la planificación familiar, violencia intrafamiliar, influencia negativa de la televisión “novelas”, falta de comunicación y comprensión en la familia en la etapa de la adolescencia.

Recomiendan una atención diferenciada e integral, abrir espacios en los medios de comunicación en salud sexual y reproductiva a los adolescentes y coordinaciones intersectoriales para unir esfuerzos en la disminución del embarazo en adolescentes en el municipio.

CONCLUSIONES

- La baja escolaridad, ausencia de prácticas religiosas, falta de un proyecto de vida y el no uso de métodos de planificación familiar son determinantes del embarazo en adolescentes en el contexto del municipio de Palacaguina.

- La mala comunicación con la madre y en general las barreras culturales entre los padres y las adolescentes no contribuyen a la prevención del embarazo, por el contrario incrementan el riesgo de un embarazo precoz.

- Las instituciones de salud (publicas y privadas), pero en particular el MECD no cuentan con una atención diferenciada e integral a las adolescentes sobre salud sexual y reproductiva por el contrario persisten prácticas de discriminación y rechazo a las adolescentes que salen embarazadas.
Esta “cultura institucional” mas arraigada entre las instituciones del sector público no contribuye a la prevención del embarazo entre la población adolescente.

RECOMENDACIONES

1. Realizar campañas dirigidas a los padres de familia para sensibilizarles del rol fundamental que juegan en la prevención del embarazo en la adolescencia y el trato que e debe dar en esta etapa de la vida. La estrategia de escuela para padres al igual que capacitaciones en salud sexual y reproductiva, podría contribuir a mejorar las relaciones padres-adolescentes, y la prevención del embarazo.
2. Fortalecer la conformación de club de adolescentes, que haya mayor representatividad de dicha población tanto en el área urbana como en el área rural. Crear diversiones sanas y fortalecer el deporte para que los jóvenes cuenten con maneras de recreación. Las adolescentes demandan educación sexual, capacitación y comunicación.
3. Mejorar la coordinación e integración inter-institucional para unificar esfuerzos en la prevención del embarazo y brindar una atención diferenciada e integral a las adolescentes.

REFERENCIAS

1. FNUAP. Que más podría hacer sino tener un hijo: bases socioculturales del embarazo adolescente en Nicaragua. Fondo de Población de las Naciones Unidas (1,999), FNUAP, INIM, Managua. pag.12, 23, 43-45.
2. Ministerio de Salud-Nicaragua. Manual de salud reproductiva.1997
3. Ministerio de Salud- Nicaragua. Programa nacional de Salud Reproductiva. 2003.
4. ICAS. Programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes. www.icas.net/icas/adoles2.htm.
5. Oviedo J. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la población adolescente sobre métodos de planificación familiar en el municipio de Waslala. 2001.
6. Ministerio de Salud-Nicaragua. Salud sexual y reproductiva en dos poblaciones de Nicaragua 1997-1ra edición -Managua: PROSIM,MINSA-GTZ,1999.
7. FNUAP. Análisis situacional de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes de Somoto. Proyecto AMUNIC-FNUAP-UNFID. NIC/99/P01.
8. Zelaya E. Adolescent pregnancies in Nicaragua. The importance of education. Umea University Medical Dissertations. Sweden, 1999.
9. Zelaya E. Teenage sexuality and reproduction in Nicaragua. Licentiate thesis. Department of Epidemiology and Public Health. Umeam Sweden, 1996.
10. Zelaya E. Teenage sexuality and reproduction in Nicaragua. Department of Epidemiology and Public Health. Umeam Sweden, 1996.
11. Alcaldía Municipal de Palacagüina. Diagnostico Municipal 2003. Noviembre 2003.
12. OPS. Diagnostico de situación de la adolescencia en Nicaragua, ASDI-OPS/OMS Managua-Nicaragua 2000.Pág.13, 14-16.
13. Marengo A y col. Embarazo en la adolescencia. Apuntes de sexualidad humana. UNAN- Managua-Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA 1ª edición El amanecer 1,997. Pág. 65,66,71
14. Alatorre J, Taquín L. El Embarazo Adolescente y la Pobreza. pag.11.
15. Trillas E. Serie Escuelas para Padres. Formación de la sexualidad en el adolescente. www.trillas.com.mx (Octubre 2004)

ANEXOS
Anexo No 1. Instrumento de recolección de datos

No. Ficha

Embarazo 1 SI 2 NO

A. SOCIO-DEMOGRAFICO

Edad Edo. Civil Acompañada 1 Soltera 2 Casada 3 Escolaridad Analfabeta 1 Prim Incom 2 Prim comp. 3 Sec Incom 4 Sec comp. 5 Univ 6 Desconoc 7 Alfabetizad 8 Religión Catol 1 Evang 2 Ning 3

EdadPa.

Procedencia Menarquia IVSA

No Cros. Sexuales Uso PF SI 1 NO 2 Met. PF utilizado Pastillas 1 Inyección 2 Past e inye 3 Condón 4 DIU 5 Con e iny 6 No utiliza 9 Gesta

B. SOCIO-ECONOMICOS

Ocupación Ama casa 1 No personas casa No personas trabajan casa

Maestra prescolar 2
Domestica 3
Ninguna 4
Estudia 5
Escoge café, tab 6
Vendedora 7
Trab y estud 8

Ingreso Mensual Piso Tierra 1 Embald 2 Ladrillo 3 Sanitario Letrina 1 Inodoro 2 No, tiene 3 Vecino 4

Energía Si 1 Eléctrica.No 2 No cuartos. Agua Pozo 1 Potable 2 Queb, rio 3

C. SOCIO-CULTURALES

Tipo familia	Adopción 4 Abuela 5 Hermanos 6 Ambos padres1 Solo madre2 Solo papa 3	Mama con otra pareja Si 1 No 2 Fallecio 3	Padre alcohólico Si 1 No2 Falleció 3 Desconoce9
---------------------	---	--	--

Escolaridad Padre y mamá	<input type="text"/>	Relación de los padres Estable 1 Violencia, pleitos 2 Ninguna 3	<input type="text"/>	Familia Si 1 apoya No 2 estudios	<input type="text"/>
-------------------------------------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------

Comunicación Padres	Buena 1 Regular 2 Ninguna 3 Mala 4	<input type="text"/>	Comunicación padre – hija, madre-hija Si, confianza 1 No, conf, pena, miedo 2 No se ven, ning comunic 3 Fallecio 9	<input type="text"/>
--------------------------------	---	----------------------	---	----------------------

C. SEXUALIDAD

Fuentes de Información Educación sexual	<input type="text"/>	Fuentes Inf. Planif. Familiar.	<input type="text"/>
Amigos Colegio Padres MINS Otros		Amigos Colegio Padres MINS Otros	

Métodos P.F Conocidos	<input type="text"/>	Medios Comunicación más útiles	<input type="text"/>	Tipo de inf. Colegio	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------	---	----------------------	---------------------------------	----------------------

D. SERVICIOS DE SALUD

Donde acudir Si quisieras P.F	<input type="text"/>	Donde consigues anticonceptivos	<input type="text"/>
--	----------------------	--	----------------------

Atención del Personal salud	<input type="text"/>	Como mejorar la atención	<input type="text"/>
--	----------------------	-------------------------------------	----------------------

E. PROYECTO DE VIDA

Embarazo deseado

Por que ocurrió

Como ha cambiado
Tu vida posterior
Embarazo

Planes futuros

Por que las
muchachas
Se embarazan

Que sugieres del
embarazo

GUIA DE GRUPOS FOCALES

Queremos platicar con Ustedes sobre el embarazo entre las adolescentes en Palacaguina, somos doctoras del Ministerio de Salud y mantendremos como secreto profesional todo lo que ustedes nos digan. Queremos ayudar a que el embarazo ocurra cuando las parejas están mejor preparadas para esta gran responsabilidad.

1. ¿Por que creen ustedes que algunas muchachas salen embarazadas y otras no en Palacaguina?
2. ¿Cual es el punto de vista familiar (papá, mamá, hermanos, y otros familiares) ante el tema de planificar los embarazos?
3. ¿Como es el ambiente familiar (papá, mamá, hermanos, y otros familiares) ante un embarazo, platican sobre ello?
4. ¿Y la escuela, que hace para colaborar con las muchachas para prepararlas mejor para un embarazo?
5. ¿Y que pasa si una muchacha sale embarazada mientras está estudiando?
6. ¿Donde va una muchacha cuando quiere recibir orientación sobre (la prevención) del embarazo. En que consiste el apoyo en estos lugares?
7. ¿Como creen que influye la situación económica para que una muchacha salga embarazada?. Explíqueme bien.
8. ¿Y el novio, ustedes creen que molesta mucho (presiona) para que la muchacha salga embarazada? Y después del embarazo como se porta?
9. ¿Cual de todos los factores que ustedes han dicho creen que es el número uno para que una muchacha salga embarazada?
10. ¿Que dirían ustedes (recomendarían) se debería hacer para prevenir (evitar) un embarazo (antes de los 20 años)?

Tienen otra cosa que nos quisieran contar. Terminar con una breve explicación sobre la mejor edad para decidir un embarazo. Recomendaciones médicas y psicológicas. GRACIAS

GUIA DE ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES

Breve explicación sobre el propósito del estudio.

1. Podría explicarnos el papel de su institución para la atención a la población adolescente en el municipio de Palacaguina?
2. Cual es la cobertura de su institución?
3. Que acceso real tienen las adolescentes a los servicios que ustedes brindan?
4. Y como han valorado la satisfacción de las adolescentes con los servicios que ustedes brindan?
5. Han realizado alguna evaluación sobre la calidad de la atención? Cuales son los resultados?
6. Cuales son según la experiencia de su institución los principales factores de embarazo en adolescentes en este municipio?
7. Han analizado de forma particular el papel de la familia de las adolescentes? Cuales son los resultados?
8. Y los aspectos económicos, que importancia juegan para la ocurrencia de embarazo en adolescentes?
9. Y aspectos de tipo social, como la escuela, la cultura o el fenómeno del machismo, han analizado como se comportan en el municipio?
10. De los factores anteriores cual consideran es el de mayor importancia en el municipio?
11. Sugieren alguna estrategia o recomendación particular para disminuir la ocurrencia de embarazo entre adolescentes?

GRACIAS.