

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Salud Pública - León



Informe final Para optar al título de:
Maestras en Salud Pública

Embarazo no deseado en adolescentes: Factores que lo determinan. Municipio de Corinto, Febrero - Abril del 2004.

Autoras:

Dra. Luz Marina Santeliz
Dra. Sadia Vargas Chévez

Tutor:

Dr. Juan Almedárez Peralta¹

Corinto, Noviembre del 2004.

¹ Doctor en Medicina y Cirugía. Maestro en Salud Pública y en Educación Superior en Salud. Docente del Postgrado en Salud Pública.

Dedicatoria

Dedicamos éste trabajo a nuestras familias.

A nuestros hijos, por ser nuestro mayor tesoro, nuestra inspiración para superarnos cada día y dar a la sociedad nuestro mejor aporte en la búsqueda de soluciones a los problemas que nos rodean.

A nuestros esposos, por estar a nuestro lado brindándonos todo el apoyo necesario para ir superando los retos y poder ver coronados nuestros esfuerzos.

A nuestros padres, por ser nuestros guías y a la vez nuestro aliciente de superación. Ellos con su sacrificio, cariño y abnegación han logrado enseñarnos a crecer cada día como profesionales y personas de bien.

Agradecimiento

Deseamos expresar nuestro especial agradecimiento a nuestro Asesor, Dr. Juan Almendarez P., quien con mucha dedicación y esmero nos brindó su apoyo y valiosa colaboración para la realización de nuestro estudio.

Resumen

Se analiza un estudio analítico de Casos y Controles No Pareados y un estudio cualitativo de Grupos Focales, los factores asociados al Embarazo no deseado en adolescentes en el Municipio de Corinto, en el período de Febrero-Abril del 2004. Para ello se eligió una muestra de Casos que corresponden a cincuenta adolescentes que cursan con embarazo no deseado, los Controles corresponden a ciento seis mujeres que cursan con su primer embarazo en la edad adulta, captadas todas en el Programa de Control Prenatal en las diferentes Unidades de Salud del Municipio.

La información se recogió por medio de una fuente primaria, aplicando un formulario de preguntas cerradas a través de entrevista directa a la población estudiada y una fuente secundaria revisando datos del Censo de Embarazadas de la Unidad de Salud. El formulario incluía preguntas relacionadas con los aspectos culturales, sociales, económicos y funcionalidad de la familia valorando la convivencia familiar durante las etapas de niñez y adolescencia, dado la alta frecuencia con que difería el núcleo familiar en éstos dos grupos etéreos. La información cualitativa se obtuvo realizando Grupos Focales con tres diferentes grupos: Adolescentes embarazadas, embarazadas adultas y adolescentes sin embarazos.

Los datos se procesaron y analizaron en el programa Epi-info 2002 para Windows. Se realizó estimación simple de todas las variables comparativamente entre casos y controles, se estimó el Odds Ratio para detectar factores asociados al embarazo no deseado y el intervalo de confianza al 95% para detectar significancia estadística.

En los resultados encontramos que la ocurrencia del embarazo durante la adolescencia intervienen múltiples y complejos factores los cuales están interrelacionados. En nuestro estudio los factores que encontramos más fuertemente asociados al embarazo precoz son: Los deficientes conocimientos sobre temas de Salud Sexual y Reproductiva tanto en el hogar como en la escuela, la no existencia de un Proyecto de Vida por parte de la adolescente que la motive a retrasar un embarazo y la existencia de embarazo en la adolescencia por parte de la madre, hermana o ambas. Aunque no fue demostrada nuestra hipótesis mediante el análisis estadístico, encontramos en el estudio cualitativo que tampoco puede descartarse y que los resultados obtenidos en la parte cuantitativa refleja que no se tomaron en cuenta en funcionabilidad familiar algunos aspectos como la profundidad de la comunicación entre padres e hijas.

Se recomienda diseñar, elaborar y coordinar Políticas Nacionales con los Ministerios de Educación y de Salud que contemplen capacitar en la formulación de “proyectos de vida” mediante metodologías más activas, mejorar el abordaje de los temas de Salud Sexual y Reproductiva, ampliar y fortalecer los clubes de adolescentes.

Índice

Contenido	Páginas
Introducción	1
Objetivos	4
Marco Teórico	6
Diseño metodológico	20
Resultados	25
Discusión de resultados	39
Conclusiones	44
Recomendaciones	45
Bibliografía	46
Anexos	47

Introducción

En la actualidad el embarazo no planificado y no deseado en adolescentes constituye uno de los problemas que más repercusiones tiene en el desarrollo humano de las jóvenes. Estos embarazos suponen un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de las jóvenes, su entorno y futuro. Es frecuente que generen una considerable carga de angustia, graves repercusiones económicas e incluso peligros para la salud de la adolescente que muchas veces o no se detectan o son mal interpretados. Si bien éste problema ha mejorado con la introducción paulatina de los temas de sexualidad en las escuelas, no se ha generalizado a toda la enseñanza, por lo que el nivel de embarazos no deseados en la adolescencia lo podemos considerar como alto.(1)

Las causas del embarazo en la adolescencia son numerosas, y de gran carga emocional. Se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es que las adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas.

En un estudio reciente sobre la cultura sexual en Nicaragua, señala que sin mayor diferencia entre hombres y mujeres, el inicio de la vida sexual ocurre a los 13 años como promedio. Este estudio señala dos elementos muy importantes para el abordaje del comportamiento sexual de los y las adolescentes; el primero, que las mujeres de bajos estratos socioeconómicos con pocas posibilidades de auto realización, se embarazan para alcanzar el estatus de madre; el segundo, cuando hay mayor acceso a la educación se tiene posibilidades de realizar proyectos, se inicia más tarde la vida sexual y el riesgo de embarazo es menor. (11)

Normalmente no se ofrecen en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara y específica sobre las consecuencias de la actividad sexual (incluyendo el embarazo, infecciones de transmisión sexual y sus efectos psico sociales).

Por otro lado, en nuestra sociedad a través de la tecnología (Internet, Televisión por cable, sexo telefónico, etc), se introducen conceptos sobre diversos aspectos, incluyendo la sexualidad, importados de países mas desarrollados, como Estados Unidos y países Europeos, lo cual fomenta el abuso de drogas, cigarrillos, alcohol, formación de grupos juveniles antisociales e incluso las relaciones sexuales prematuras y desprotegidas, lo que conlleva al deterioro del perfil de salud del adolescente.(2)

Las estadísticas demuestran la magnitud del problema de los embarazos no deseados en el grupo de las adolescentes, sin embargo, para comprender por qué esa situación constituye un problema, debemos analizar las secuelas adicionales que comporta un embarazo para una muchacha perteneciente a este grupo de edad. Tradicionalmente se había considerado que un embarazo no deseado tenía solo algunas consecuencias orgánicas, con un efecto limitado en el tiempo. Sin embargo hoy sabemos que, desde el momento que la joven sabe que está embarazada y tome la decisión que tome (abortar o tener el hijo), está expuesta a importantes consecuencias no solo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas, educativas y laborales.

Las cifras de embarazos en adolescentes son preocupantes, constituyendo un problema que afecta no solo los países no desarrollados, sino también a las sociedades más desarrolladas, en Estados Unidos donde la incidencia de embarazos en adolescencia es mayor que en España y que los países Europeos más ricos, se estima que el costo que cada año ocasionan éstos embarazos oscilan entre 15 y 17 billones de dólares.(3)

Cada año en América Latina millones de adolescentes quedan embarazadas, la proporción de adolescentes de 15 a 19 años que han iniciado la procreación ha aumentado en los últimos cinco años del 18% al 23%, las informaciones indican también la presencia de embarazos en adolescentes menores de 15 años. Por lo general son embarazos no planificados, teniendo como consecuencia la interrupción de los procesos sociales de las adolescentes y de forma más dramática el aumento del riesgo de fallecer por complicaciones del embarazo.

En América Central nacen cada año entre 99 y 139 niños por mil mujeres de 15 a 19 años de edad. La tasa es más elevada en los países más pobres. Los datos existentes indican que en los países de América Central (excepto Costa Rica), cerca de dos terceras partes de las mujeres de 15 a 19 años de edad probablemente tendrán un hijo antes de llegar a los 20 años.(4)

En Nicaragua la tasa de fecundidad específica en las adolescentes ha sido considerada la más alta de América Latina y es de 152 nacimientos por cada mil mujeres. Según datos presentados por ENDESA en 1998, el 34% de las adolescentes a los 19 años ya son madres o están esperando su primer hijo. En el área rural en éste mismo rango de edad, el 45.7% son madres o están embarazadas. La Tasa de Fecundidad en Adolescentes es mayor que en las otras edades, tasa es mayor en mujeres adolescentes del área rural ya que además del desconocimiento que tienen sobre reproducción humana y el poco acceso a métodos de planificación familiar, generalmente se unen y quedan embarazadas entre los 14 y 17 años a través de la “unión de hecho”, formando familias estructuralmente inestables lo que a su vez va íntimamente relacionado con la deserción escolar y perpetuación del ciclo de la pobreza. (11)

En el departamento de Chinandega, las estadísticas reflejan que en los últimos tres años se ha presentado un incremento en el número de captaciones de atención Pre natal en adolescentes, pasando del 13.6% al 26% del total de ingresos realizados en el Programa.(5)

Por la magnitud y trascendencia de éste problema y las importantes repercusiones económicas, sociales y personales que implican, es de relevancia el estudio de los factores que en nuestro medio se encuentran más relacionados o son condicionantes para la presentación de estos casos. Con la detección de éstos factores asociados se podrá incidir en aquellos que sean modificables, fortalecer la coordinación inter institucional e involucrar a los padres o tutores de la adolescente en la formación de la misma con un mayor desarrollo social y humano.

OBJETIVOS:

Determinar los factores que se asocian al embarazo no deseado en adolescentes del Municipio de Corinto, específicamente lo relacionado a:

- 1) Desarrollo de la cultura sexual y reproductiva de las adolescentes.
- 2) Condiciones sociales del entorno en lo relacionado a funcionabilidad familiar, comunicación y educación sexual.
- 3) Condiciones socio-económicas de la familia.

HIPOTESIS

La disfunción familiar, que afecta la buena comunicación entre la adolescente y sus padres, genera hasta dos veces más probabilidades de que se produzca un embarazo no deseado.

MARCO TEORICO

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

Refiere que para tener un desarrollo saludable, los y las adolescentes y jóvenes necesitan primero, haber tenido una infancia saludable; segundo, contar con ambientes seguros, que las familias, los padres y las instituciones sociales los apoyen y brinden oportunidades; tercero, contar con información y oportunidades para desarrollar una amplia gama de habilidades prácticas, vocacionales y de vida.

La adolescencia es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial.(11)

En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20% al 25% de su población. La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

1.-Adolescencia Temprana (10 a 13años): Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2.– **Adolescencia media** (14 a 16años): Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus padres, compartiendo con ellos conflictos y valores propios. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

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

3.– **Adolescencia tardía** (17 a 19años): Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de padres va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Es importante conocer las características de estas etapas de la adolescencia, por las que todos pasan con sus variaciones individuales y culturales, para interpretar actitudes y comprender a los adolescentes especialmente durante un embarazo sabiendo que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; **“son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes”**.(6)

En México la "Tasa de fecundidad General (TFG)" ha ido disminuyendo desde los años 50 pero en forma menos marcada que la "Tasa de fecundidad Adolescente (TFA)", condicionando un aumento en el porcentaje de hijos de madres adolescentes sobre el total de nacimientos. En 1958 era del 11,2%; en 1980 del 13,3%; en 1990 del 14,2%; en 1993 del 15%. Este último porcentaje se traduce en 120.000 nacidos vivos de mujeres menores de 20 años.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque, de

mejorarse las condiciones, ella podría descender. Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda.

El inicio de la actividad sexual, sin una orientación adecuada y un conocimiento pleno de sus implicaciones, expone al adolescente a una serie de riesgos asociados con su función sexual y capacidad reproductiva, tales como experiencias sexuales traumáticas, enfermedades de transmisión sexual y embarazos con sus consecuencias.(9)

El embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de las adolescentes en todas las partes del mundo. Limita en muy alto grado sus oportunidades de educación y empleo, con efectos negativos a largo plazo sobre su propia calidad de vida y la de sus hijos e hijas quienes además tienen niveles más elevados de morbilidad y mortalidad. Específicamente para la mujer entraña un riesgo de muerte materna muy superior a la media.

Las adolescentes tienen el derecho de ser preparados adecuadamente para la vida adulta, la educación en sexualidad humana y en vida familiar deberá formar parte del proceso de educación normal, tanto en el hogar como en la escuela. Antes que las jóvenes maduren plenamente deberá informárseles acerca de los problemas relacionados con el embarazo temprano y las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA. La exposición precoz a la experiencia sexual no protegida y el embarazo no deseado someten la salud de la joven madre a un riesgo mayor del normal.(6)

La Planificación Familiar ayuda a las mujeres proporcionándoles protección contra embarazos no deseados. Desde que se iniciaron en los años sesenta, los programas de Planificación Familiar, han contribuido a que mujeres en todo el mundo eviten cuatrocientos millones de embarazos no deseados. Como resultado, se han salvado las

vidas de muchas mujeres de los embarazos de alto riesgo o de los abortos en circunstancias peligrosas. Si todas las mujeres pudieran evitar el embarazo de alto riesgo, el número de muertes maternas podría reducirse en 25%.

El uso de la planificación familiar está aumentando entre las mujeres de 15 a 19 años de edad en América Latina y el Caribe. Hay estudios que indican que hay más probabilidades de que una mujer joven utilice la planificación familiar cuando está casada, tiene más edad al llevar a cabo su primera relación sexual, tiene más educación, vive en un marco urbano y ha recibido educación sexual. El embarazo en cualquier etapa de la vida es un hecho de gran trascendencia; de ahí que se considere que la procreación debe realizarse de manera consciente y madura, biológica y psicológicamente, garantizando al nuevo ser un medio adecuado para su desarrollo biopsicosocial.(7)

Abordar las implicaciones del embarazo en adolescentes conlleva a la necesidad de ubicar el tema en el contexto de una sociedad que enfrenta por un lado, la falta de espacios educativos, culturales, recreativos, laborales y de servicios específicos de salud, y por otro, la vertiginosa evolución psicosomática del adolescente, lo cual obliga a adoptar un enfoque multifacético difícil de lograr con las orientaciones tradicionales de la atención médica y de la salud pública.

Por otra parte el embarazo precoz por lo general no es planeado y en el país se ve más desprotegido en los estratos socioeconómicos bajos. Este factor y la falta de incentivos familiares y de oportunidades reales de progreso, generan en las adolescentes considerable angustia, sentimientos de ambivalencia con respecto a su embarazo y pérdida de su auto estima producto de los valores establecidos en una sociedad que considera el matrimonio como el único medio legal y moral para tener hijos.

El embarazo en la adolescencia ha sido un fenómeno de enorme interés en la región de Latinoamérica y el Caribe, llamando la atención de los administradores de políticas públicas, de investigadores y del personal de salud, hasta ahora la investigación sobre éste tema se ha concentrado sobre las complicaciones médicas durante el embarazo,

las causas psico sociales y las consecuencias de la fertilidad adolescente, los cambios demográficos a través del tiempo y las consecuencias sobre el desarrollo de los hijos. Pero también es necesario llamar la atención sobre las consecuencias a largo plazo del embarazo en adolescentes, sobre los roles alternativos de la mujer y su estatus económico.(6)

Las estadísticas muestran que el 18% de los adolescentes americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad. Además, éste número crece hasta el 66% de adolescentes no casadas que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años. Diferentes estudios han mostrado que a la edad de 20 años el 75% de las mujeres y el 86% de los varones estadounidenses son sexualmente activos. El por qué los adolescentes practican el sexo y por qué lo hacen sin métodos efectivos de contracepción es un tema muy discutido.(2)

Los riesgos de tipo médico son mayores que en la mujer adulta, sobre todo en las adolescentes muy jóvenes (comprendidas entre 13 y 16 años). Por ejemplo los bebés que tienen éstas madres muestran por lo general un peso inferior al normal y las posibilidades de muerte durante la lactancia son casi el doble que en los hijos de mujeres mayores de 20 años.

El embarazo en adolescentes se asocia con el riesgo más alto de enfermedad y muerte para ambos la madre y el bebé. Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la toxemia, hipertensión, anemia importante, parto prematuro y placenta previa. El riesgo de muerte para madres de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de las madres de 20 años, igualmente los bebés de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más probabilidades de tener bajo peso al nacer que los que nacen de madres de mayor edad.(6)

Tradicionalmente estas consecuencias orgánicas se habían explicado en base a la inmadurez biológica inherente a la edad de la madre. Sin embargo investigaciones recientes llegan a la conclusión de que la inmadurez biológica es un factor muy importante solo en las adolescentes más jóvenes (menores de 15 ó 16 años). Por

encima de ésta edad, parecen ser mucho más relevantes diversos factores de tipo psicológico y social.

Entre los factores psicológicos destaca el inadecuado y escaso o nulo cuidado prenatal que suelen tener éstas madres. Este escaso cuidado prenatal parece estar motivado entre otras cosas por el hecho de que aproximadamente el 80% de éstos embarazos no son deseados, lo que favorece la tendencia a ocultarlos y además por los malos hábitos de salud que suelen tener.(3)

Las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol o abuso de drogas, alimentación pobre e inadecuada o parejas sexuales múltiples. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones o dependencia química. El riesgo de muerte del bebé durante el primer año de vida se incrementa en relación a la edad de la madre, cuanto menor de 20 años sea.(2)

Factores que intervienen en el embarazo no deseado en las adolescentes:

1) No utilización de métodos anticonceptivos:

Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas lo que dificulta la utilización de anticonceptivos, con una baja motivación para su uso. Falta de una adecuada educación sexual, que se explica porque se diluye la responsabilidad educativa entre los padres profesores y personal de salud, obteniendo los jóvenes ésta información por sus amigos.

La buena educación sexual ayuda a los jóvenes a aclarar valores y evitar comportamientos de riesgo, la educación sexual que se da en algunos centros educativos como una educación formal adolece de un abordaje adecuado, indiscutiblemente la educación sexual debe de iniciarse en el hogar y la misma no debe ser solo información, sino formación, para llegar al cambio de actitudes y prácticas; porque de la concepción que se tenga del sexo, de la sexualidad y de la educación sexual, dependerá nuestra conducta.

Hay que recordar, que muchos de los padres no tienen la información ni la educación para orientar a sus hijos, al proporcionar educación sexual adecuada éstos jóvenes inician una vida de seguridad y afecto, mejorando su calidad de vida, sin temores, desechando toda clase de mitos y tabúes, asumiendo asimismo una responsabilidad tanto en la vida adulta como en la vejez. Una educación sexual adecuada no es solamente hablar de los órganos reproductores sino que además implica hablar de valores, estilos de vida saludables, habilidades para la vida, etc. (1)

2) Inicio precoz de las relaciones sexuales:

2.1- Causas familiares: La familia constituye la institución social básica. Desempeña un papel de fundamental importancia en la socialización de los niños. Hace las veces de una incubadora social. Un hogar desquiciado por tensiones internas o por el divorcio de los progenitores perturba siempre el desarrollo personal de la prole. Por el contrario una familia con roles de parentesco definido, una familia confiable y armónica es un seguro de salud mental. Conviene diferenciar.

- a) El grupo doméstico u hogar, grupo de personas que comparten habitualmente una vivienda y una misma fuente de alimentos o recursos.
- b) La familia biológica o grupo, en el que las relaciones de parentesco se definen en términos de reproducción y genealogía.
- c) La familia nuclear, grupo formado por una mujer, un hombre y sus hijos socialmente reconocidos.
- d) La familia compuesta, formada por familias nucleares o partes de éstas.
- e) La familia conjunta. Surge cuando los miembros más jóvenes incorporan a ella a sus esposas e hijos, en vez de formar hogares independientes.
- f) La familia extensa. Una especie de familia conjunta que vive dispersa.(8)

Familias desestructuradas o disfuncionales: un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una relación sexual prematura. Una adolescente con baja auto estima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de la relación sexual y además puede encontrar alivio a la soledad y el 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.

Se han descrito como factores de riesgo asociados a la familia: la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padre.(9)

Más del 70% de los jóvenes consideran que están bien informados en materia de sexualidad, sin embargo observamos como determinados mitos están hoy en día aún muy extendidos entre la gente joven. No es de extrañar si tenemos en cuenta que prácticamente la mitad de los/as jóvenes obtienen información de sus amigos, de revistas y de películas. En la actualidad 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.

La información que pueden facilitar los/as amigos/as, que probablemente han obtenido la misma educación, puede ser muy limitada y probablemente contaminada de los mismos prejuicios, por otra parte la información obtenida de fuentes nada confiables como revistas o películas presentan una visión muy reduccionista de la sexualidad. Esto es un grave problema pues existe una gran diferencia entre la percepción subjetiva de estar bien informado y estarlo realmente, es decir los jóvenes tienen la “ilusión de que saben”, y por lo tanto no ven la necesidad de buscar información, por lo que actúan en base a dichas creencias erróneas.

Por otro lado muchos jóvenes que toman la decisión de informarse no saben dónde acudir o no lo hacen por vergüenza o porque no se atreven. Los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones

anticonceptivas, así como también a su propio desarrollo que está limitado (pues es antes físico que emocional). Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 ó 5 años antes de ser emocionalmente maduros. Otro factor es la ausencia de habilidades sociales o de auto control para exigir la utilización de métodos anticonceptivos que por lo general es el preservativo. (12)

Repetición intergeneracional del embarazo en adolescentes:

Las mujeres que fueron madres durante la adolescencia tienen mayor probabilidad de que sus hijas también sean madres adolescentes en comparación a aquellas que fueron madres en la adultez.

En las familias en donde se repite la maternidad adolescente pueden existir normas o creencias construidas culturalmente y refinadas mediante las interpretaciones compartidas por la gente sobre una variedad de factores, incluyendo la longevidad, el acceso a las oportunidades económicas y sociales, la pertenencia a organizaciones sociales, restricciones ambientales y necesidades familiares. Los tiempos de las transiciones en el curso de vida, pueden ser más acelerados; y la maternidad temprana puede representar una opción viable de desarrollo personal disponible en el contexto familiar.

Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia tienen más probabilidades de tener más hijos totales. Y éstos hijos también tienen menos probabilidades para recibir el apoyo de sus padres biológicos, completar su educación y trabajar en algún tipo de vocación, establecer la independencia y seguridad financiera adecuada para proveerse por sí mismos. Las madres adolescentes casadas son más susceptibles a experimentar divorcios en un 80% que las mujeres casadas que aplazan su embarazo hasta los 20 años por lo menos.(9)

2.2) Factores socioculturales

Otros factores que intervienen en los embarazos no deseados en las adolescentes son los socioculturales: Bajas condiciones socioeconómicas, con una baja escolaridad, falta

de madurez psicológica de los jóvenes que son poco comprometidos con sus responsabilidades.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tenga declina a medida que el nivel de escolaridad aumenta. Más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones.

Las relaciones entre pobreza y embarazo adolescente se hacen más complejas cuando se observan ínter generacionalmente. Primero, el embarazo adolescente puede ser visto como una consecuencia de la pobreza y puede acentuarla; en segundo lugar, es un hecho que la pobreza en una generación probabiliza la pobreza para la segunda generación; en tercer lugar, también el embarazo adolescente en la primera generación hace probable que se repita en la segunda generación; por ultimo, además de la carga de los antecedentes socioeconómicos, al repetirse el embarazo adolescente en la segunda generación se profundiza la pobreza y se suman obstáculos para la movilidad social de esa generación a la siguiente.

Las restricciones económicas de la maternidad adolescente pueden determinar en gran medida las posibilidades de movilidad social de las hijas, lo que obstaculiza el desarrollo por vías alternativas como la educación, cerrando de esta forma un círculo de reproducción de la pobreza.

Si la mujer y su familia padecen las restricciones económicas de su grupo social y las que suma el embarazo adolescente (muchos hijos, inestabilidad de pareja, dependencia familiar, etc.), las condiciones de desarrollo para la tercera generación representan nuevos obstáculos para romper el ciclo de pobreza. (3)

Respecto a los factores de tipo social, el fundamental sería el bajo estatus socio económico y socio cultural que suelen tener éstas jóvenes. A partir de las consecuencias adversas económicas y sociales de la maternidad adolescente en

múltiples trabajos se ha señalado que en la desigualdad socio económica se puede encontrar su explicación. La maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad económica a largo plazo para la cual las madres jóvenes cuentan con pocos recursos y se estresan más ante las limitadas oportunidades laborales. La familia de origen aún cuando apoya la nueva familia no cuenta con recursos y más bien la joven y su hijo son una carga extra para los familiares.(6)

Existe una fuerte asociación entre, embarazo temprano en una generación y la edad al embarazo de la siguiente generación, ya que es más probable que una mujer que fue madre tempranamente sea hija de una mujer que también fue madre adolescente. Por lo tanto, si el embarazo adolescente se origina principalmente en condiciones de pobreza y a su vez tiene consecuencias económicas y sociales, la repetición intergeneracional del embarazo adolescente puede ser un mecanismo intermediario en la reproducción intergeneracional de la pobreza.

Como se señala en la literatura, la pobreza se reproduce de generación a generación y la relación entre embarazo temprano y pobreza es compleja, sobre todo cuando se observan sus relaciones intergeneracionales

Se considera que las características socio económicas afectan el riesgo de embarazo tanto por el contexto normativo como por las oportunidades socio económicas disponibles para esas jóvenes. Por ejemplo, un contexto de privaciones económicas puede imponer desventajas a las madres adolescentes a través de una baja escolaridad y capacitación para el trabajo.

En México y grupos hispanos en Estados Unidos, generalmente las madres adolescentes tienen baja escolaridad y abandonan la escuela antes del embarazo. Por otro lado la maternidad adolescente puede profundizar la desventaja socio económica, a través de un mayor número de hijos y la formación de uniones inestables. Es más frecuente encontrar madres solteras o en unión libre dentro del grupo de madres adolescentes que entre aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 19 años.

Esta condición conyugal lleva a las mujeres a trabajar o a depender económicamente de los familiares.(9)

Cómo se mide la pobreza?

Existen diversos enfoques y no poca controversia sobre los métodos más adecuados para la medición de la pobreza, que comienzan por la definición misma de esta última y su carácter absoluto o relativo.

Dicho en forma sumaria, se hallan en situación de pobreza aquellos hogares que no cuentan con los **recursos** suficientes para satisfacer las **necesidades básicas** de sus miembros.

La identificación de cuáles son los hogares pobres se puede realizar a través de un **método directo o indirecto**. En el primer caso, se determina si un hogar satisface sus necesidades básicas observando directamente de qué bienes y servicios dispone. En el método indirecto se miden los recursos del hogar, generalmente sus ingresos o sus gastos.

El **método directo** más extendido en América Latina es el de **Necesidades Básicas Insatisfechas** (NBI), que se basa en una serie de indicadores censales, como calidad de la vivienda, acceso a servicios sanitarios y a la educación y ocupación del jefe de hogar.

Se considera que un hogar es **pobre por NBI** si sufre **al menos una de las siguientes carencias**:

- **Hacinamiento**: más de tres personas por cuarto.
- **Vivienda inadecuada**: pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho.

- **Condiciones sanitarias:** falta de retrete
- **Menores no escolarizados:** al menos un niño de 6 a 12 años que no asiste a la escuela.
- **Capacidad de subsistencia:** cuatro o más personas por miembro ocupado y jefe de hogar que no haya completado el tercer grado de escolaridad primaria.(10)

Alternativas de las adolescentes ante el embarazo no deseado:

Estas alternativas son dos: la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) o bien continuar con el mismo, pero en el caso de la adolescente adquiere una dimensión especial. El 20% de las IVEs se producen en menores de 20 años. A nivel físico y psíquico producen trastornos en las adolescentes (también en la continuación del embarazo y en la adopción). Es la más compleja de todas las opciones, ya que por ser ilegal se realiza en forma clandestina y en condiciones de mayor riesgo para la salud de la adolescente.

En la continuación del embarazo existen tres alternativas:

- 1) Ser madre soltera: a las condiciones económicas de las jóvenes que no están integradas en el mundo laboral se suma el hecho de no tener casa propia y tener que convivir con sus padres. El abandono del hogar provoca en las adolescentes graves complicaciones ya que por su inmadurez psicológica, no están preparadas. Aunque cada día está más aceptado socialmente, todavía existen actitudes discriminatorias hacia las madres solteras.
- 2) Matrimonio: la joven adolescente que no está preparada para ser madre, tampoco lo está para ser esposa de otro adolescente que, a su vez, tampoco está preparado para ser padre. La mayoría de las veces éstos matrimonios son impuestos por los padres que solucionan el problema de ésta manera, dándole legitimidad social. En muchos casos cuando se casan abandonan

sus estudios para integrarse al núcleo familiar, con las consecuencias negativas que esto tiene para su formación.

- 3) Adopción: es tal vez la alternativa más compleja ya que puede originar angustia y culpabilidad en las jóvenes que habitualmente toma ésta decisión motivada por sus padres o novio. En un porcentaje significativo se produce un arrepentimiento posterior que da lugar a secuelas psicológicas.(1)

Diseño Metodológico

1- **Tipo de Estudio:** Se realizó un estudio analítico de Casos y Controles no pareados. Sus resultados fueron complementados con un estudio cualitativo de grupos focales.

2- **Área de Estudio:** El Municipio y Puerto de Corinto está ubicado al sur del Departamento de Chinandega, Nicaragua. Con una extensión territorial de 10 km² y una población de 20,165 habitantes netamente urbanos, su población de adolescentes es de 5,045 habitantes aproximadamente lo que corresponde al 25% de su población total. Esta en general permanece en un moderado movimiento migratorio tanto externo como interno debido a la alta tasa de desempleo que prevalece en el Municipio.

La principal actividad económica es la actividad portuaria siendo la mayor fuente generadora de empleo y en segundo lugar la pesca industrial y artesanal.

Los servicios de Salud son cubiertos por un Centro de Salud con camas y tres Puestos de Salud ubicados en diferentes sectores.

3- **Unidad de análisis:** Embarazadas adolescentes y adultas ingresadas al Programa de Control Prenatal del Centro y Puestos de salud del Municipio de Corinto.

4- **Muestra:**

Los Casos corresponden a cincuenta adolescentes que cursan con embarazo no deseado, captadas en el programa de Control Prenatal en las diferentes unidades de Salud de Municipio.

Los Controles corresponden a ciento seis mujeres que tuvieron su primer hijo en la edad adulta cuando tenían entre 21-30 años de edad, siendo deseado este hijo fueron controladas en el programa de Control Prenatal de las mismas Unidades de Salud.

Criterios de exclusión de Casos:

- ✓ Adolescente embarazada a consecuencia de una violación sexual
- ✓ Adolescente embarazada con diagnóstico clínico de retardo mental
- ✓ Adolescentes y adultas que al momento de embarazarse no residían en Corinto.

Para el estudio cualitativo se eligieron tres grupos focales: uno de adolescentes embarazadas, un segundo grupo de adolescentes no embarazadas y un tercer grupo de mujeres jóvenes (mayores de 19 años) embarazadas por primera vez.

5- Procedimiento de Recolección de Datos:

Se les explicó a los grupos poblacionales incluidos los objetivos e importancia del estudio, solicitando su consentimiento, en caso necesario se les dio información al familiar o persona responsable de la adolescente para garantizar su participación.

La recolección de la información se realizó por medio de dos fuentes; Secundaria: se obtuvo datos de Censo de embarazadas de la Unidad de Salud del período correspondiente al estudio. Primaria mediante aplicación a la población de estudio de un formulario de preguntas cerradas previamente elaborado que se llenó a través de entrevista directa por las investigadoras.

Para la selección de los grupos focales, se siguieron las fuentes del sistema de salud.

Plan de Análisis:

Los datos fueron procesados y analizados en el programa Epi-info 3.3.3 para Windows.

Se estimó frecuencia simple de todas las variables comparativamente entre casos y controles. Se estimó el Odds Ratio para detectar factores asociados al embarazo no deseado y el intervalo de confianza al 95% para detectar significancia estadística.

Los datos del estudio cualitativo se analizaron mediante análisis textual de contenido y sus resultados se expresaron en diagramas y frases mencionadas por las participantes.

Operacionalización de variables:

Variable	Definición	Indicador	Valor
Nivel de escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente, por nivel educativo y años aprobados.	Entrevistas	Bajo: Si tiene primaria o menos Alto: Si tiene secundaria o más
Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva	Orientaciones recibidas sobre éste tema y fuente de información.	Valoración de las preguntas sobre conocimientos establecidas en el cuestionario	-Suficientes -Insuficientes
Hábitos en el consumo de drogas	Uso acostumbrado de drogas lícitas o ilícitas.	Valoración de preguntas sobre uso de drogas en el cuestionario	-Si -No
Proyecto de vida	Objetivo personal fuertemente motivado que estimula al adolescente a realizar todos los esfuerzos posibles por alcanzarlo.	Valoración de preguntas en el cuestionario para identificar la existencia o no de un proyecto de vida	-Lo tiene -No lo tiene
Comunicación con los padres	Proceso permanente mediante el cual padres e hijos intercambian satisfactoriamente conceptos, opiniones, puntos de vistas, enfoques sobre diferentes aspectos de la vida cotidiana.	Valoración de preguntas en el cuestionario sobre la comunicación entre padres e hijos.	-Existe buena comunicación. - Comunicación deficiente -No existe comunicación.

Evolución de la crianza de la adolescente	Cambios generados en la estructura familiar desde la infancia a la adolescencia	Preguntas de la historia de vida de la adolescente	Funcional: Si durante la infancia y la adolescencia se crió con sus padres y hermanos. Disfuncional si se crió con un padre u otros familiares o se dieron cambios entre la infancia y la adolescencia.
Antecedentes familiares de embarazo en adolescente	Historia de embarazo en madre o hermana en su adolescencia	Preguntas del cuestionario	Si No
Violencia intrafamiliar	Acción de algún tipo de violencia que se lleva a cabo por personas miembros de la familia	Preguntas del Cuestionario	-si -no
Nivel socioeconómico	Condiciones de vida de las mujeres durante la adolescencia.	Indice de necesidades básicas insatisfecha	No pobres Pobres Extrema pobreza Miseria

Resultados

Se estudiaron 50 mujeres adolescentes cursando embarazos no deseados y no planificados (Casos) y 106 mujeres embarazadas por primera vez después de los 20 años (Controles). Encontrando mayor proporción de mujeres con bajos niveles de escolaridad en el grupo de casos que en los controles (Vea gráfico 1).

En cuanto a los conocimientos sobre diferentes aspectos de salud sexual y reproductiva que tenían las adolescentes encontramos igual proporción entre casos y controles de mujeres que conocían al menos dos métodos de planificación familiar, sabían reconocer las infecciones de transmisión sexual, sabían como evitarlas. Se encontraron mayor proporción de controles que sabían donde obtener tratamiento para las ITS, que conocían el riesgo del embarazo precoz, como se previene el cáncer de cérvix y como prevenir el cáncer de mama. Mayor proporción de mujeres de los casos habían usado algunos de los métodos que conocían (Vea cuadro 1).

En general se observa que mayor proporción de los controles tienen conocimientos suficientes que los casos (Vea gráfico 2).

De acuerdo a la fuente de información mayor proporción de mujeres del grupo control tienen como fuente de información a sus padres y la escuela. Mayor proporción del grupo de caso basa su fuente de información de amigos y familiares, los medios de comunicación y el club de adolescentes (Vea gráfico 3).

La frecuencia de hábitos de consumo de tabaco, alcohol y uso de drogas ilícitas es poco frecuente en ambos grupos de estudio, sin embargo estas fueron ligeramente mayor en el grupo de casos (Vea gráfico 4).

La proporción de mujeres que vivieron en su adolescencia con sus padres y hermanos fue bastante parecida, sin embargo más mujeres del grupo de casos vivieron solamente con alguno de los padres y más mujeres del grupo control vivieron en su infancia con otras personas que no fueron parte de su familia.

Para la adolescencia se dan algunos cambios en dicho patrón, sin embargo se mantiene las diferencias. Al agruparlos en grupos familiares funcionales y disfuncionales según su evolución, encontramos proporciones bastantes parecidas en ambos grupos (Ver cuadro 3).

El grupo de casos tiene, proporcionalmente mayor cantidad de historia familiar de embarazos en la edad adolescente que el grupo control. Los controles presentaron mayor proporción de comunicación adecuada con sus padres que el grupo de casos.

Una mayor proporción de los controles han tenido metas a largo plazo, de igual manera encontramos en este grupo mayor proporción de mujeres que han luchado por sus metas (Ver cuadro 3).

De acuerdo al nivel socioeconómico hay mayor proporción de casos con niveles socioeconómicos pobres, en los demás niveles los controles son más frecuentes (Vea gráfico 5).

Al estimar los factores que más se asocian al embarazo en adolescentes encontramos que el bajo nivel de escolaridad, inadecuados niveles de conocimientos sobre aspectos de la salud sexual y reproductiva de la mujer y entre ellos el no conocer los riesgos del embarazo en edad muy joven, la falta de metas personales en su vida, no realizar esfuerzos particulares para esas metas. Tener antecedentes familiares de embarazo durante la adolescencia, tienen Buena fuerza de asociación con significancia estadística. El no uso de métodos anticonceptivos conocidos por ellas durante la adolescencia y el alto grado de pobreza se comportaron como factores de protección con significacancia estadística (Vea cuadro 4).

Aspectos cualitativos:

Se realizaron tres grupos focales uno con adolescentes cursando embarazo no deseado, el segundo con adolescentes que no tenían un embarazo y el tercero con mujeres adultas cursando su primer embarazo.

Comunicación con los padres:

Las embarazadas adolescentes coincidieron en tener pobre o ninguna comunicación con sus padres, recibían de parte de ellos algunos consejos específicos como “tenían que cuidarse de no salir embarazadas”, pero no recibían orientaciones sobre temas de salud sexual y reproductiva, ya sea por vergüenza de los padres al hablar de éstos temas que para ellos todavía representan un tabú, o bien, por el desconocimiento del tema.

Esta comunicación con los padres la refieren como “insuficiente” y casi en la totalidad de los casos se establecía “únicamente con la madre”, no así con el padre, independientemente fuese o no el padre biológico.

Además refieren recibir alguna orientación sobre temas de salud sexual y reproductiva en la escuela, pero consideran que no es suficiente, ni permanente para tomar conciencia de los riesgos y consecuencias del embarazo en la adolescencia.

En cambio las adolescentes no embarazadas, refieren tener mejor comunicación con los padres, al igual que el grupo de embarazadas ésta comunicación se establece con la madre y en algún grado con el padre, sin abordar con éste último temas de salud sexual y reproductiva.

Aproximadamente la mitad de las adolescentes embarazadas provenían de familias mono parenterales, quedando en la mayoría de los casos con la madre como jefa de familia.

El grupo de las embarazadas adultas tenían mejor comunicación con los padres, con mayor grado de confianza entre ellos, para el abordaje de temas de salud sexual y reproductiva y mayor conocimiento del tema.

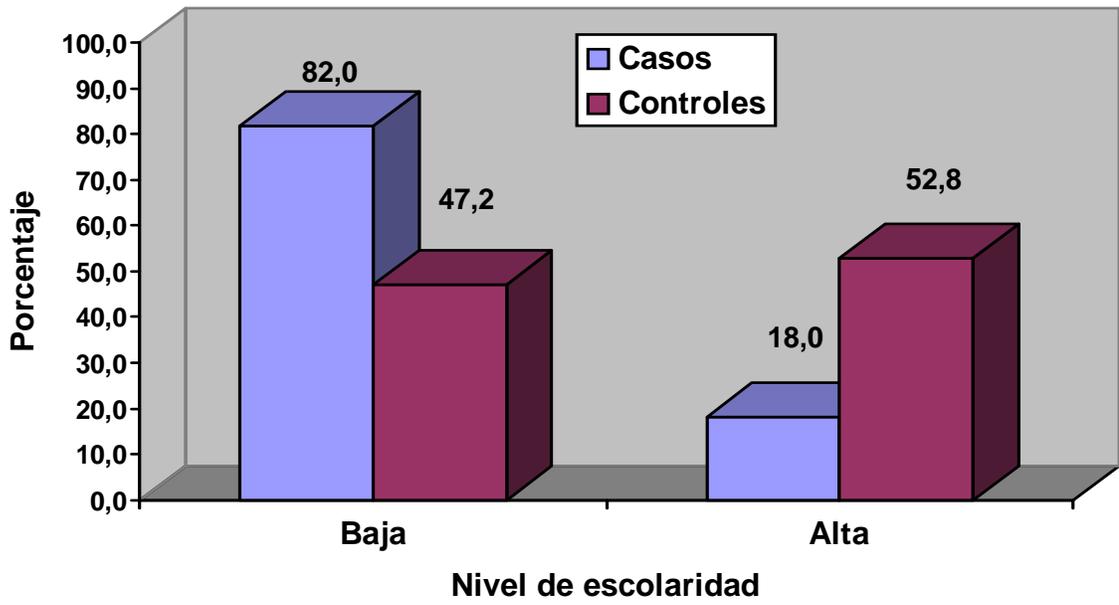
Proyecto de vida

Las adolescentes embarazadas refieren en su mayoría no tener metas ni planes para el futuro, y las que lo tenían no era un proyecto fuertemente planteado que las motivara a realizar los esfuerzos necesarios para lograrlo, algunas de ellas con familias mono parenterales se sentían sin posibilidades reales por motivos económicos de poder concretar sus metas. En este aspecto juega un papel muy importante los lazos afectivos con los padres y el apoyo incondicional que éstos puedan brindarle a la adolescente para cumplir sus propósitos.

Las adolescentes no embarazadas refirieron tener todas un proyecto de vida bien establecido, quedando como posibilidad para no realizarlos los motivos económicos, y opinaron que las adolescentes se embarazan por no tener un proyecto de vida para el futuro y no pensar en las dificultades que representa tener un hijo sin estar preparada para ello y las consecuencias que esto tiene para su futuro.

Todas las embarazadas adultas tenían planteado desde su adolescencia un proyecto de vida, el cual en la mayoría de los casos ha sido cumplido y en otros casos están realizando todos los esfuerzos necesarios para lograrlos (Vea diagrama 1).

Gráfico 1. Nivel de escolaridad según grupo poblacional. Factores asociados al embarazo en adolescentes. Corinto, 2004.



Cuadro 1. Conocimientos y prácticas sobre aspectos relacionados con salud reproductiva que presentaron durante la adolescencia mujeres que fueron atendidas en el programa Control Prenatal del Centro de Salud de la ciudad de Corinto.

Variables	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Conocía al menos dos métodos anticonceptivos	34	68.0%	69	65.1%
Sabía como reconocer las ITS	20	40.0%	51	48.1%
Sabías como evitar las ITS	29	58.0%	71	67.0%
Sabía como obtener tratamiento para estas enfermedades	17	34.0%	54	50.9%
Conocías los riesgos de un embarazo en edad muy joven	17	34.0%	75	70.8%
Sabías como prevenir el cáncer de cervix	9	18.0%	30	28.3%
Sabías como prevenir el cáncer de mama	7	14.0%	38	35.8%
Usó alguno de los métodos anticonceptivos que conocía	27	54.0%	35	33.0%

Gráfico 2. Nivel de conocimientos sobre aspectos relacionados con la salud reproductiva que presentaron mujeres embarazadas que asistieron al Centro de Salud de la ciudad de Corinto

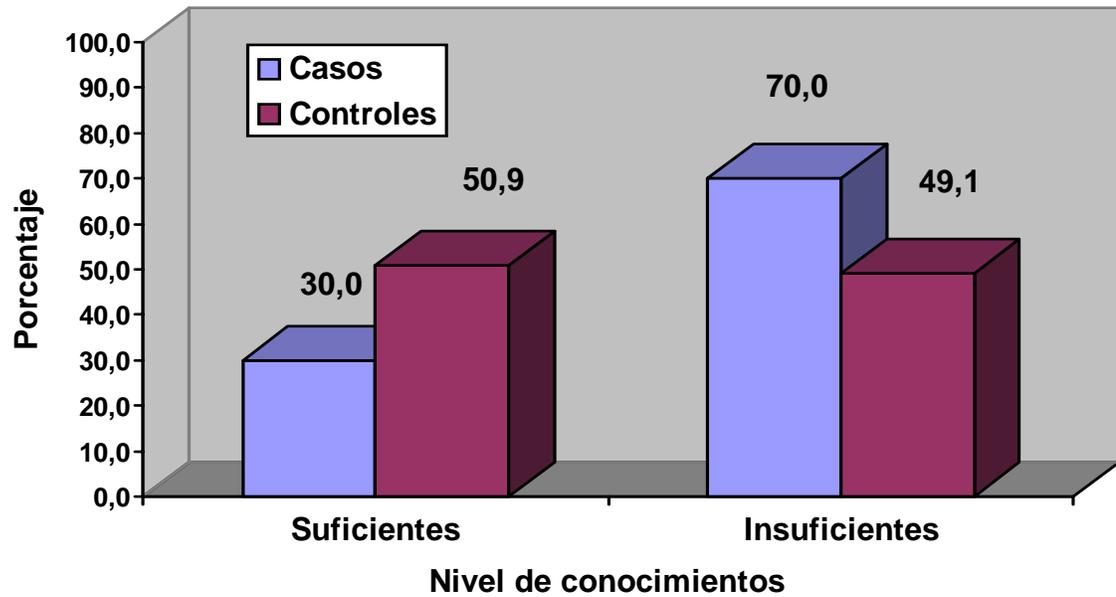


Gráfico 3. Fuente de información que han tenido los adolescentes para enterarse sobre aspectos relacionados con la salud reproductiva. Centro de Salud de la ciudad de Corinto

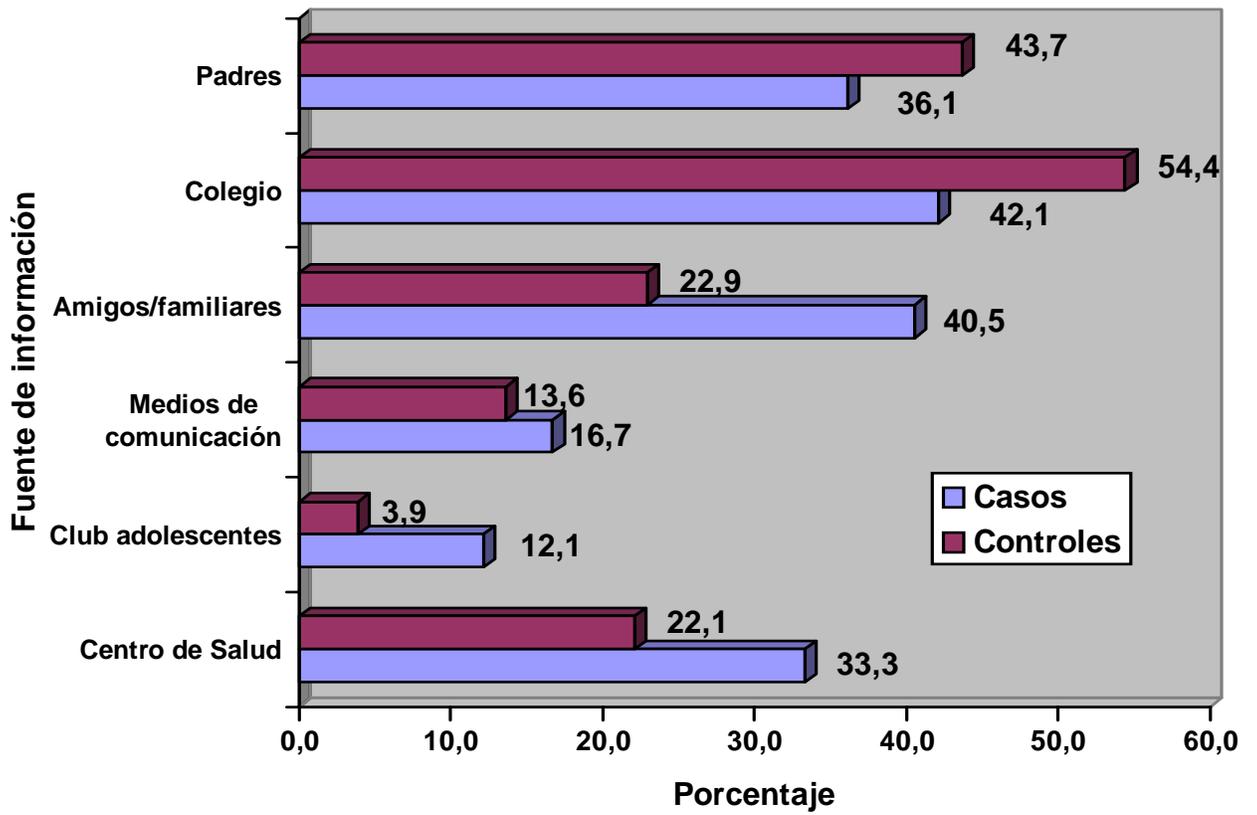
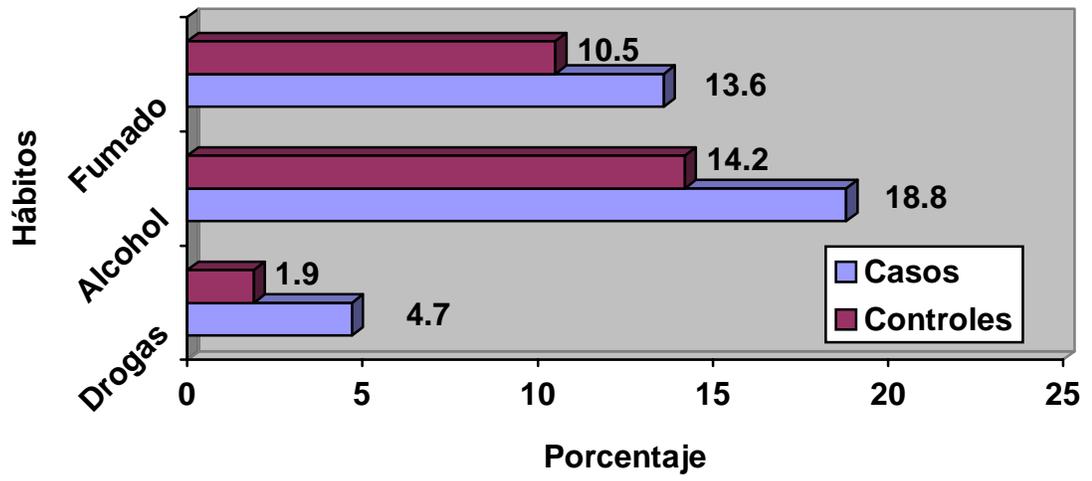


Gráfico 4. Historia de hábitos que han tenido los grupos poblacionales.



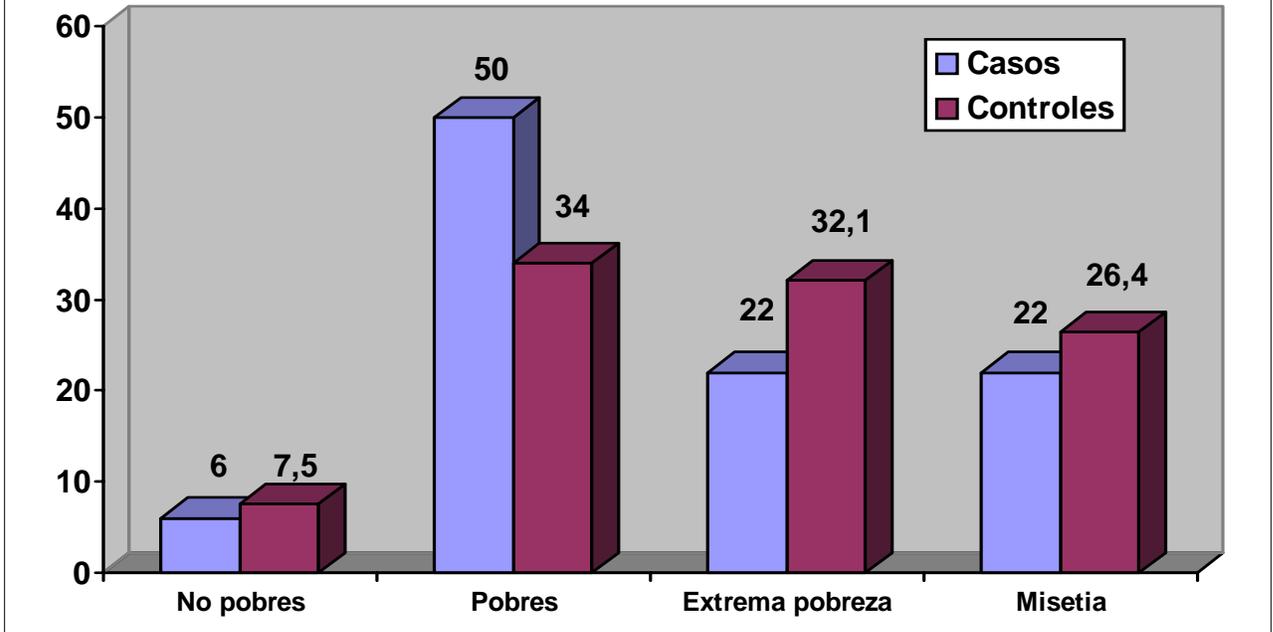
Cuadro 2. Aspectos relacionados con la historia de crianza que presentaron durante la adolescencia mujeres que fueron atendidas en el programa Control Prenatal del Centro de Salud de la ciudad de Corinto.

Variables	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Con quien vivió en la infancia				
Ambos padres y hermanos	24	48.0%	58	54.7%
Uno de sus padres y hermanos	23	46.0%	37	34.9%
Otros familiares	3	6.0%	11	10.4%
Con quien vivió en la adolescencia				
Ambos padres y hermanos	22	44.0%	50	47.2%
Uno de sus padres y hermanos	27	54.0%	41	38.7%
Otros familiares	1	2.0%	15	14.2%
Evolución de la familia durante la crianza				
Disfuncional	29	58.0%	58	54.7%
Funcional	21	42.0%	48	45.3%

Cuadro 3. Aspectos relacionados con la historia familiar en ejemplo y comunicación que presentaron durante la adolescencia mujeres que fueron atendidas en el programa Control Prenatal del Centro de Salud de la ciudad de Corinto.

Variables	Casos		Controles	
	No.	%	No.	%
Hay antecedentes de embarazo en la adolescencia entre los familiares				
Si	35	71.4%	55	51.9%
No	14	28.6%	51	48.1%
Tipo de comunicación con sus padres				
Adecuada	12	24.0%	37	34.9%
Inadecuada	38	76.0%	69	65.1%
Has tenido a lo largo de tu vida metas a largo plazo				
Si	30	60.0%	87	82.1%
No	20	40.0%	19	17.9%
Ha realizado esfuerzos por alcanzar esas metas				
Si	12	24.0%	55	51.9%
No	38	76.0%	51	48.1%
Total	50	100.0%	106	100.0

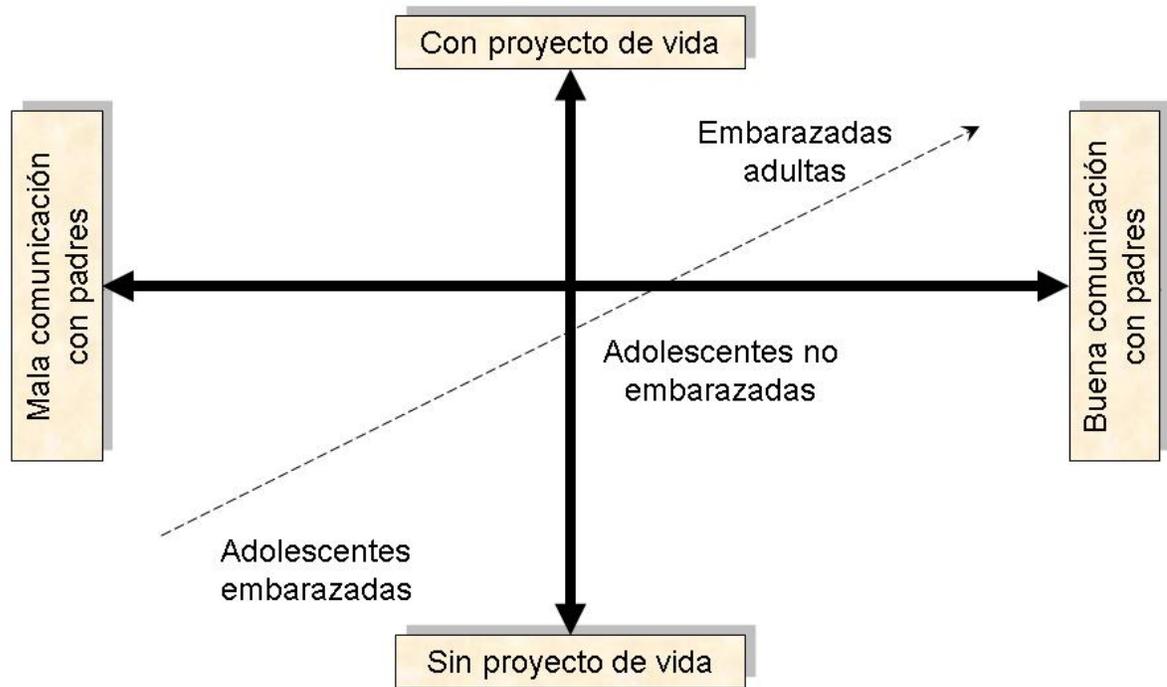
Gráfico 5. Nivel socioeconómico en que vivieron las mujeres atendidas por embarazo durante su adolescencia. Corinto 2004.



Cuadro 4. Factores asociados a embarazos no deseados durante la adolescencia mujeres que fueron atendidas en el programa Control Prenatal del Centro de Salud de la ciudad de Corinto.

Factores de riesgo	OR	Intervalo del OR	Valor de p
Bajo nivel de escolaridad	5.10	2.11 – 12.58	0.00003822
✓ <i>No conocía ni siquiera dos métodos</i>	0.88	0.40 – 1.92	0.72150750
✓ <i>No sabía reconocer las ITS</i>	1.39	0.66 – 2.93	0.34385239
✓ <i>No sabía como evitar las ITS</i>	1.47	0.69 – 3.13	0.27669248
✓ <i>No sabía como obtener tratamiento para estas ITS</i>	2.02	0.94 – 4.34	0.04805275
✓ <i>No conocía los riesgos de un embarazo en edad muy joven</i>	4.70	2.14 – 10.29	0.00001416
✓ <i>No sabía como prevenir el cáncer de cérvix</i>	1.80	0.72 – 4.57	0.16688643
✓ <i>No sabía como prevenir el cáncer de mamas</i>	3.43	1.31 – 9.37	0.00507863
Inadecuado nivel de conocimientos sobre temas de Salud Sexual y Reproductiva	2.42	1.11 – 5.32	0.01428548
No usó los métodos anticonceptivos más conocidos por ellas	0.42	0.20 – 0.89	0.01273858
No ha tenido metas personales a largo plazo	3.05	1.34 – 7.00	0.00305624
No ha realizado los esfuerzos necesarios para alcanzar sus metas	3.42	1.51 – 7.85	0.00106345
Ha tenido algún hábito relacionados con fumado, consumo de alcohol y uso de drogas ilícitas	1.45	0.59 – 3.55	0.37637131
Evolución en su crianza con disfunción familiar	1.14	0.54 - 2.40	0.70093797
Inadecuada comunicación con sus padres	1.70	0.74 – 3.94	0.17222028
Antecedentes familiares de embarazo durante la adolescencia	2.30	1.09 – 5.26	0.0177725
Alto grado de pobreza	0.56	0.27 – 1.17	0.09125402

Comunicación con los padres, proyectos de vida y embarazo en adolescentes



Discusión de los resultados

Se encontraron como factores fuertemente asociados al embarazo en adolescentes el bajo nivel de escolaridad, sin embargo, éste no debe ser tomado en cuenta ya que desde el diseño se establecen dos grupos diferentes en edades para asegurar que el grupo control sea de mayor pureza (imposible que tenga embarazos en la adolescencia) y esa diferencia de edades genera diferencias importantes en oportunidades de estudiar y por lo tanto en niveles de escolaridad que les da ventajas al grupo control.

Otro de los factores encontrados asociado a la presencia de embarazo no deseado en adolescentes es el inadecuado nivel de conocimientos sobre temas de Salud Sexual y Reproductiva. Es importante valorar como un nivel avanzado de conocimientos sobre distintos aspectos ligado a la salud reproductiva que incluye la fisiología del embarazo, el conocimiento y prevención de enfermedades de transmisión sexual, las complicaciones del embarazo en la adolescencia, cáncer de cérvix y cáncer de mama tienen un impacto mayor en la prevención del embarazo durante la adolescencia. Esto hace parecer que esta información tiene un efecto positivo en la responsabilidad de la sexualidad, así como el solo conocer y usar algún método le genera más probabilidades de que obtenga un embarazo, ya que el hecho de usar el método quiere decir que está teniendo vida sexual que la expone al embarazo.

Los casos conocían y usaban más los métodos, pero en general su información se limitaba a éstos aspectos, sin tener otros conocimientos importantes sobre el tema, por lo que se considera que las adolescentes embarazadas no cuentan con información suficiente para poder decidir en retardar la ocurrencia del embarazo, así mismo, la fuente de información difiere en los dos grupos, ya que los casos si bien es cierto recibieron orientaciones en la escuela, casi en el mismo porcentaje la fuente es por amigos y familiares y en menor porcentaje los padres de familia. No así en los controles cuya principal fuente de información es la escuela seguido por los padres de familia (principalmente la madre).

Estos resultados coinciden con la literatura donde refiere que casi la mitad de los jóvenes obtienen información de sus amigos, revistas y películas de programas televisivos o de cines, donde la información sexual es transmitida de forma muy limitada y probablemente contaminada de enfoques ajenos a nuestra cultura y necesidades y que muchas veces muestra una visión reduccionista de la sexualidad.

En cuanto a la no existencia de Proyecto de Vida, se encontró como un factor de riesgo fuertemente asociado al embarazo en adolescentes. No encontramos mucha información disponible, ni estudios relacionados con éste tema, por lo que sería interesante profundizar en éste aspecto que al parecer es de mucha relevancia en la ocurrencia del embarazo en las adolescentes. Sin embargo podemos aseverar que las adolescentes embarazadas no contaron con motivación para plantearse objetivos y metas a alcanzar a largo plazo en su edad adulta y entre otras cosas puede estar influenciada por la falta de una familia que no funciona lo suficiente para crear motivaciones en los jóvenes.

Consideramos que el proyecto de vida juega un papel en la procura de opciones a todo tipo de situaciones que van desde la importancia al papel de la familia como el principal vehículo con el que se llega a obtener las metas, así como factor que motiva decisiones sobre sexualidad como el iniciar sus relaciones más tardes. En las reuniones con grupos focales algunas refirieron “que si querían algo debían luchar por eso” , “que nada era imposible si se lo proponían”, En resultados preliminares de un estudio realizado por la Facultad de Ciencias médicas de León, encontraron que “la lucha por el desarrollo de la mujer termina cuando inicia su vida conyugal”, “que las posibilidades de estudio se termina con el primer hijo” y que solo las mujeres que se proponen una metan lo logran, y muchas de las cosas que deben sortear son la posibilidad de un compromiso como: el tener una pareja o tener un hijo. Esto explica diferencias significativas en los grupos de estudio.

Otro factor fuertemente asociado se refiere a los antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia por parte de madre, hermana o ambas lo cual se corresponde con la literatura que refiere que las mujeres que fueron madres durante la adolescencia tienen mayor probabilidad de que sus hijas también sean madres adolescentes en comparación a aquellas que fueron madres en la adultez, probablemente porque existan normas o creencias construidas culturalmente, esto incluye el acceso a las oportunidades económicas y sociales, necesidades familiares, pertenencia a organizaciones sociales y otros. Posiblemente esta situación sea valorada muchas veces, como aspectos heroicos del sacrificio de la madre y no una problemática que amerite evitarse, generando así un contagio de conocimientos y valores que llegan a afectar el desarrollo humano de las adolescentes.

En el estudio de grupos focales en lo referente a la existencia de Proyecto de vida las adolescentes embarazadas refieren en su mayoría no tener metas ni planes para el futuro y las que lo tenían no era un proyecto fuertemente planteado que las llevara a realizar los esfuerzos necesarios para lograrlo, algunas de ellas con familias monoparentales se sentían sin posibilidades reales de concretar sus metas por motivos económicos y referían frases como “No pude seguir estudiando”, “No tenía nada planteado”, “Tenía algo pensado pero no se pudo” “No tengo el apoyo de mis padres”, “No tenía ninguna meta”.

En este aspecto juega un papel muy importante los lazos afectivos con los padres y el apoyo incondicional que estos pudieran brindar a la adolescente para que esta cumpliera su propósito, un mínimo porcentaje referían frases como: “Todo es proponérselo”, “Tengo el apoyo de mis padres” y “Querer es poder”.

Las adolescentes no embarazadas refirieron tener todas un proyecto de vida bien establecido, quedando como posibilidad para no realizarlo los motivos económicos y opinaron que las adolescentes se embarazaban por no tener un proyecto de vida para el futuro y no pensar en las dificultades y consecuencias que representa tener un hijo sin estar preparado para ello y referían lo siguiente: “Tengo Proyecto de vida”, “El proyecto es fuerte”, “Tengo el apoyo de mis padres”.

Todas las adultas embarazadas tenían planteado desde su adolescencia un proyecto de vida, el cual en la mayoría de los casos ha sido cumplido y en otros casos están realizando todos los esfuerzos necesarios para lograrlo y referían: “Mi hijo no es un obstáculo”, “Querer es poder” y “Yo tengo una meta”.

Ambos grupos reflejaron en general tener inadecuada comunicación con sus padres, pero el mayor porcentaje correspondía a los casos. Probablemente el grupo control que refería tener buena comunicación con sus padres, recibían realmente orientaciones sobre temas de Salud Sexual y Reproductiva, lo que les ayudó probablemente a evitar la ocurrencia de un embarazo precoz.

En el estudio de grupo focales las embarazadas adolescentes coincidieron en tener poca o ninguna comunicación con los padres, recibían por parte de ellos algunos consejos específicos que tenían que “Cuidarse de no salir embarazadas”, “Pensara primero en mis estudios, pero no recibían orientaciones sobre temas de Salud Sexual y Reproductiva ya sea por vergüenza de los padres de hablar de estos temas que para ellos todavía representan un tabú o bien por desconocimiento del tema.

Esta comunicación con los padres la refieren como insuficiente y casi en la totalidad de los casos se establecía con la madre no así con el padre, independientemente si fuese o no el padre biológico y referían frases como: “Casi no platicamos”, “Siento que hay una barrera”, “No me orientaban sobre temas de sexualidad”, “Desearía tener buena comunicación con mis padres”. Además refieren recibir alguna orientación sobre salud sexual y reproductiva en la escuela, pero consideran que no es suficiente ni permanente para tomar conciencia de los riesgos que conlleva un embarazo precoz “En la escuela no es suficiente”.

En cambio los grupos de las adolescentes no embarazadas y embarazadas adultas refieren tener mejor comunicación con los padres, esta se establece con la madre y en menor grado con el padre con un alto grado de desconocimiento del tema de parte de los mismos, la mitad de las adolescentes embarazadas tenían familias

monoparentales, quedando en la mayoría de los casos con la madre como jefa de familia.

El factor socioeconómico en el que vivieron las adolescentes embarazadas, parece no tener mayor relevancia, ya que el mayor porcentaje de los casos se ubica como pobre, no así en los controles en el que predominaba la extrema pobreza y miseria, pareciera que éste último grupo tuviera motivaciones diferentes para retrasar su embarazo, siendo éstas, probablemente objetivos o metas planteadas o bien ejemplos y valores a seguir.

Los datos encontrados en el presente estudio no corresponden con los resultados esperados, en cuanto a los factores relacionados con la disfunción familiar, cabe señalar en primer lugar que no se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables que se construyeron para medir la funcionalidad de la familia y la ocurrencia del embarazo no deseado en la adolescencia, así mismo la deficiente comunicación con los padres no representa un factor de riesgo importante para la presentación de los casos y no tiene significancia estadística.

Posiblemente, el concepto establecido de funcionabilidad familiar no sea el suficiente para detectar esas diferencias ya que tomamos en cuenta la estabilidad familiar en cuanto a unión familiar, la comunicación y hablar sobre temas de salud sexual y reproductiva, sin embargo en la discusión de grupos focales, se observó que el contenido de la comunicación sexual era ligeramente más profundo en el grupo control que en el grupo de casos. Aunque estadísticamente la hipótesis no fue probada, no descarta la posibilidad de que realmente esté asociada. Esto nos obligaría a continuar con el estudio profundizando la operacionalización de las variables a concreciones más realistas posibles.

Conclusiones

En la ocurrencia de embarazo en la adolescencia intervienen múltiples factores los cuales son complejos y difíciles de abordar por estar interrelacionados.

- 1) En nuestro estudio los factores que encontramos mas fuertemente asociados a la ocurrencia de embarazo precoz son:
 - a) Deficientes conocimientos sobre temas de Salud Sexual y Reproductiva, los que se adquieren tanto en el hogar como en la escuela.
 - b) No existencia de Proyecto de vida por parte del adolescente que la motive a retrasar un embarazo.
 - c) Los antecedentes familiares de embarazo durante la adolescencia por parte de la madre, hermana o ambas.
- 2) La asociación entre disfunción familiar y embarazo no deseado como hipótesis no fue probado estadísticamente, lo que demuestra que otras variables, posiblemente surgidas, de aspectos funcionales relacionados con el contenido de la comunicación y otros aspectos de la cultura tengan más peso en la ocurrencia de embarazos no deseados en las adolescentes.

Recomendaciones

A partir de los resultados de nuestro estudio consideramos necesario:

- 1) Diseñar, elaborar y coordinar Políticas Nacionales con los Ministerios de Educación y de Salud que contemplen:
 - a. Ampliar y fortalecer desde la educación primaria la orientación vocacional a todos los estudiantes y capacitar a la vez a los padres de familia en éstos aspectos que estimule a los adolescentes a diseñar sus “proyectos de vida”.
 - b. El Desarrollo en los procesos educativos de una metodología adecuada para brindar el conocimiento, pero además, desarrollar actitudes y habilidades en los adolescentes que contribuyan a aumentar las probabilidades de concluir su proyecto de vida y disminuir el embarazo en edades muy tempranas.
 - c. El adecuado abordaje de temas de Salud Sexual y Reproductiva para ser implementados en los Colegios (en los años superiores de Educación Primaria y Secundaria completa), que apuntalen sus proyectos de vida.
 - d. Ampliar y fortalecer los clubes de adolescentes por parte del Ministerio de Salud, incluyendo la participación de especialistas en Salud Mental, para mejorar la autoestima desde la niñez y la adolescencia e incentivar la formulación de aspiraciones y metas que conlleven a un mejoramiento de su vida futura.

Bibliografía

- 1- Marchiano, Dominic. Embarazo en la Adolescencia. Medline plus. Enero 2004. <http://www.medlineplus/spanish/encyclopedia.html>.
- 2- Pulsomed. Embarazo en la Adolescencia. Tu Otro Médico. Enero 2004. http://www.tuotromedico.com/temas/emb_adolescencia.html.
- 3- Oraá Baroja, Roberto. Embarazo en la Adolescencia. Rioja Internet. Enero 2004. Revista 33. <http://www.riojainternet.com/asexorate/numero33.html>
- 4- Nicaragua, Ministerio de Salud. Estrategias y Lineamientos Básicos para la prevención del Embarazo en la Adolescencia. Managua. Julio 2003. 10 p.
- 5- Nicaragua, Ministerio de Salud. Evaluación Anual. Informe Oficial. Chinandega, 2003.
- 6- Isler, Juan R. Embarazo en la Adolescencia. Revista de Post grado, No. 107. Enero 2004. http://med.unne.edu.ar/revista107/emb_adolescencia.html
- 7- Nicaragua, Ministerio de Salud. Manual de Salud Reproductiva. Managua, 1996. 173p.
- 8- Vidal, Guillermo y Alarcón, Renato. Psiquiatría. Buenos Aires, Argentina. 1986. 96-97 p.
- 9- Stern, Claudio. El embarazo en la adolescencia como problema público. Salud Pública Mex. 1997; Enero 2004. 39. <http://www.insp.mx/salud/39/392-7s.html>
- 10- Ferés, Juan y Mancero, Xavier. Como se mide la pobreza. Cambio Cultural. Febrero 2004. <http://www.cambiocultural.com.ar/actualidad/pobreza0.html>
- 11- Nicaragua, Ministerio de Salud. Manual de Procedimientos para la Atención Integral a las y los Adolescentes. Managua 2002. 10 p
- 12- Hatcher, Robert. Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva. USA, Julio 1999.

Anexos

**Formulario de Recolección de Datos
Estudio de Casos y Controles
Embarazo no deseado en Adolescentes
Municipio de Corinto**

1) Edad:

2) Ocupación:

3) Escolaridad:

a) Ninguno	b) Primaria completa	c) Primaria Incompleta	d) Secundaria completa	e) Secundaria Incompleta	f) Universidad
------------	----------------------	------------------------	------------------------	--------------------------	----------------

4) Antes del embarazo/en tu adolescencia:

4.1) Conocías los métodos anticonceptivos de Planificación Familiar Si No

4.2) Cuáles de ellos conocías

- a) Ninguno
- b) Gestágenos Orales
- c) Condones
- d) Dispositivo Intrauterino
- e) Inyectables
- f) Todos

4.3) Usaste algunos de estos métodos Si No

4.4) Sabías como reconocer las Infecciones de Transmisión Sexual Si No

4.5) Sabías como evitarlas Si No

4.6) Conocías como obtener tratamiento para estas enfermedades Si No

4.7) Conocías los riesgos que conlleva para la madre y el niño el embarazo en edad muy joven Si No

4.8) Sabías la manera de prevenir el Cáncer Si No

CaCu

Ca mama

Si No

4.9) Donde obtuviste esos conocimientos

a) Padres	b) Escuela	c) Amigos o familiares	d) Medios de Comunicación	e) Club de Adolescentes
-----------	------------	------------------------	---------------------------	-------------------------

5) Tienes/tuviste en tu adolescencia alguno de los siguientes hábitos:

a) Fumar	b) Ingesta de licor	c) Consumo de drogas ilícitas	d) Ninguna.
----------	---------------------	-------------------------------	-------------

6) Has tenido durante tu adolescencia objetivos y/o metas personales para alcanzar a largo plazo y así garantizar tu bienestar en la edad adulta Si No

6.1) Has realizado los esfuerzos necesarios para alcanzar esos objetivos y/o metas Si No

7) Con quien has convivido en tu infancia

- a) Padre y Madre
- b) Madre, Padre y hermanos
- c) Madre y hermanos
- d) Padre y hermanos
- e) Otros familiares
- f) Otras personas no familiares

7.1) Con quien has convivido en tu adolescencia:

- a) Padre y Madre
- b) Madre, padre y hermanos
- c) Madre y hermanos
- d) Padre y hermanos
- e) Otros familiares
- f) Otras personas no familiares

8) En tu adolescencia has tenido con tus padres una relación fraterna de diálogo de intercambio de ideas y opiniones sobre temas de la vida cotidiana Si No

8.1) Estos temas incluían aspectos de Salud Sexual y Reproductiva Si No

8.2) Esta relación se establecía de manera permanente Si No

8.3) Consideras la comunicación con tus padres durante tu adolescencia como:

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

8.4) Alguna vez te sentiste rechazada y/o incomprendida por tus familiares y /o amigos Si No

- a) Familiares
- b) Amigos

9) Percibías en tu hogar algún tipo de violencia o maltrato entre tus padres Si No

9.1) Se Caracterizaba por maltrato

- a) Físico
- b) Verbal
- c) Ambos

9.2) Has sido víctima de violencia por parte de algún familiar Si No

- a) Padre
- b) Madre
- c) Otros Familiares

9.3) Que tipo de Violencia

- a) Física
- b) Sexual
- c) Psicológica

GUIA DE DISCUSION DE LOS GRUPOS FOCALES

- ¿Has pensado o tienes planes para garantizar tu bienestar en la edad adulta, y así mejorar tu nivel de vida?
- ¿Qué esfuerzos has realizado para lograr cumplir éstos planes o metas?
- ¿Ustedes creen que el padrastro o madrastra puede reemplazar a los padres en la educación y orientación en la etapa de la adolescencia?
- ¿Han recibido ustedes de sus padres orientaciones sobre temas de sexualidad. ¿Qué tan profundo han abordado el tema?
- ¿Ustedes creen que es necesaria o importante la estabilidad familiar en el desarrollo de los niños y adolescentes?
- ¿Cómo valoran la importancia de la comunicación con sus padres durante la adolescencia?
- ¿Qué tanta confianza hay entre ustedes y sus padres para abordar temas que les interesan como adolescentes?
- ¿Qué piensan del embarazo durante la adolescencia?
- ¿Cómo creen que repercute el embarazo en la vida de la adolescente?

EL INICIO DEL GRUPO FOCAL

- Antes de que la discusión se inicie la moderadora hace una pequeña introducción. Los objetivos de esta introducción son relajar a los participantes, establecer las reglas del juego y empezar a establecer un ambiente de comunicación para el desarrollo del grupo. Los pasos de seguir en esta introducción son:
- La moderadora se presenta. Además del nombre es conveniente dar alguna información sobre sí mismo, sus actividades etc.
- Se explica el propósito general del grupo.
- Se explica que las opiniones divergentes son bienvenidas. Se les informa a las participantes que no hay respuestas correctas o incorrectas y que es aceptable estar en desacuerdo con otras opiniones. Se les insta a que den sus opiniones de la manera más franca y honesta,
- Se establece la neutralidad de la moderadora y se plantea que el grupo es un espacio seguro para hablar (Confidencialidad, etc.).
- Se establecen las reglas del juego. Se les pide a las participantes hablar una y no interrumpir a otras cuando hablan.
- Se les pide a los participantes que se presenten.(3).

Característica de la moderadora

- Mira los ojos de uno cuando le habla o cuando le escucha.
- Es neutral en cuanto al tema bajo discusión.
- Está presente para estimular opiniones variadas - no está para lograr consenso en el grupo.
- No es un profesor y no está para educar ni informar a los participantes.
- No es juez.
- No se cree mejor, o más sofisticado que los participantes - existe respeto entre seres humanos.
- No se deja influenciar por personalidades dominantes.
- No está de acuerdo no está en desacuerdo con lo que se dice en el grupo.
- No pone palabras en la boca, ni ideas en la cabeza de los participantes.
- Es experto en saber cuando hablar y cuando usar pausas y silencio.
- Espera lo imprevisto y sabe como reaccionar.
- Es amable pero firme y tiene la situación siempre bajo control.
- Es flexible y abierto a nuevas ideas, opiniones, sentimientos.
- Es hábil en estimular a los participantes a hablar uno al otro.
- Balancea su atención entre el proceso y el contenido de lo que está sucediendo.
- Observa y capta el sentido de comportamiento no-verbal.
- Un grupo de discusión no es un test - no hay respuestas correctas.
- Un grupo de discusión no es un momento para persuadir.
- En un grupo de discusión no se puede asumir que lo dicho necesariamente es lo que se quiere comunicar - es crítico indagar y explorar bajo la superficie.(3).

El papel de la moderadora

Durante la realización de un grupo focal es necesario tener en cuenta una serie de aspectos:

- La moderadora no cumple el papel de educadora.
- La moderadora no cumple el papel de jueza.
- La moderadora no subestima a los (as) participantes.
- La moderadora no está de acuerdo o en desacuerdo con lo que se dice.
- La moderadora no pone palabras en la boca de los (as) participantes.
- El grupo focal no es un examen. No hay respuesta correcta o incorrecta.
- El grupo focal no es un espacio para persuadir o convencer.

Papel de la observadora

- Es oídos, ojos, alma y corazón del grupo de discusión.
- Es objetiva en sus percepciones.
- Escucha abiertamente sin prejuicios y no selectivamente.
- Observa mientras escuchan.
- Balancea su atención entre el proceso y el contenido de lo que esta sucediendo.
- Anota observaciones, impresiones.
- Es abierta y aceptan nuevas o diferentes ideas, opiniones y sentimientos.
- No se deja influenciar por personas dominantes.
- Presta atención a señales no verbales, a expresiones y postura.
- Observa y apuntan cuando hay silencio o pausas claves en la discusión.
- Nunca sonrío, ni responden, ni hacen contacto directo de ojos con los participantes ni con el moderador durante una sesión (3).