



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN-MANAGUA

**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MASTER EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA**

**Factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes atendidas en la Clínica del
Adolescente, Hospital General España, Chinandega. Julio –septiembre, 2016.**

**Autora: Lic. Dignia María Moran Valladares
Egresada de Maestría SSR**

**Tutora: Dra. Ximena Gutiérrez Gómez
Profesora Titular
Magíster en Salud Pública Materno Infantil**

Nicaragua, Chinandega, septiembre 2020

Dedicatoria

Dedicada a DIOS por guiarme cada día y darme la fortaleza para continuar hasta lograr culminar con esta tesis.

Mi familia por su apoyo incondicional que sin ellos no hubiese sido posible seguir adelante.

Dedicada especialmente a Dr. Robert Harvey (Q.E.P.D) por su apoyo a través de su organización TASCA.

Agradecimientos

Agradezco a mi tutora Dra. Ximena Gutiérrez Gómez profesora titular, Magister en salud pública materno infantil por haberme dado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido la paciencia para guiarme durante el desarrollo de la tesis.

Al personal de la clínica del adolescente del Hospital General España por haberme facilitado la información necesaria para mi estudio.

A todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron a la realización de esta tesis.

Carta de aprobación de la Tutora

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (28 de febrero 2018, Panamá), la mayoría de los países con las tasas estimadas más elevadas de fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe, están en América Central, encabezados por Guatemala, Nicaragua y Panamá.

El embarazo en adolescentes representa un reto para el sistema de salud debido a los múltiples factores que inciden en él, a nivel individual, familiar y social. Diversos estudios revelan que la menarquia está presentándose cada vez a más temprana edad y este factor biológico es determinante en el inicio temprano de la actividad sexual en esta etapa de la vida, en la que los/as adolescentes están todavía en su etapa de desarrollo físico y emocional, con pocas habilidades para tomar decisiones acerca de su sexualidad, teniendo como consecuencia el primer embarazo.

En el país existen diferentes estudios relacionados con el embarazo en adolescentes, pero muy pocos se han enfocado en el segundo embarazo o embarazo subsecuente. Por esta razón y por qué el embarazo sigue siendo un problema que incide en el círculo de la pobreza, se planteó la pertinencia de realizar el estudio: *“Factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes atendidas en la Clínica del Adolescente, Hospital General España, Chinandega. Julio – septiembre, 2016”*.

Las evidencias que aporta el mismo son de gran utilidad para el sistema de salud, dado que es frecuente encontrar en las unidades de salud adolescentes de 17 años con su tercero o cuarto embarazo, perpetuando el círculo de la pobreza si no se implementan estrategias de prevención. Debe aprovecharse la gran oportunidad que el sistema de salud tiene para ofertar los métodos postparto cuando las adolescentes acuden a la atención de su primer parto para prolongar el intervalo intergénésico y retrasar el embarazo subsecuente, para contribuir a romper la cadena generacional de la pobreza.

Deseo expresar mi reconocimiento a la Licenciada Digna María Moran Valladares, por la disciplina, entrega y compromiso con que asumió el tema, así como por la acuciosidad demostrada en la fase de análisis de datos.

Felicidades por el esfuerzo, ¡ha valido la pena!

Dra. Ximena Gutiérrez Gómez
Magíster Salud Pública mención Materno-Infantil

Resumen

El objetivo del presente estudio fue analizar los factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes que asistieron a la Clínica del Adolescente, Hospital España, Julio-Septiembre 2016. La investigación fue descriptivo correlacional, retrospectiva, transversal, con enfoque mixto. El universo fueron 79 adolescentes, la muestra fueron 66. La técnica utilizada para obtener la muestra fue mediante el programa Nesquest con un error de estimación de 5% y un nivel de confianza de 95%. Los resultados socio demográficos fueron: la mayoría de entrevistadas eran del área rural, bajo nivel educativo, acompañadas, amas de casa, tuvieron su primer hijo después de los 14 años. Los factores individuales predominantes fueron: inicio temprano de la menarquia, vida sexual activa y edad del primer embarazo. El primer embarazo se presentó por que no planificaban y el subsecuente por falla del método anticonceptivo. Los factores familiares relevantes fueron: divorcio de los padres, falta de comunicación sobre sexualidad y antecedentes de embarazo en adolescente en la familia. Los factores socio-culturales fueron los siguientes: dependencia económica de sus parejas, convivían con las familias de estas. Los mitos más mencionados fueron: el embarazo como status para ser adulto, el embarazo es responsabilidad de la mujer, hay que tener los hijos que Dios quiera, si se toma la pastilla después de tener relaciones sexuales no hay embarazo. En conclusión el embarazo subsecuente es multifactorial, sin embargo, existe una alta oportunidad de prevenirse cuando las adolescentes asisten a la unidad de salud para atenderse su primer parto, momento ideal para ofertar anticoncepción postparto, recomendando realizar mayores esfuerzos al personal de salud para promover la anticoncepción y contribuir a su reducción.

PALABRAS CLAVE: adolescente, factores asociados, embarazo, prevención.

Índice

Capítulo 1. Generalidades	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 Antecedentes	2
1.3 Justificación.....	5
1.4 Planteamiento del problema	6
1.5 Objetivos	7
1.6 Marco teórico	8
1.7 Hipótesis.....	26
Capítulo 2. Diseño Metodológico	27
2.1 Tipo de estudio	27
2.2 Universo	27
2.3 Muestra.....	27
2.4 Técnicas y procedimientos	28
2.5 Plan de tabulación y análisis	30
2.6 Enunciado de variables.....	31
2.7 Operacionalización de variables.....	35
2.8 Consideraciones éticas	43
Capítulo III. Desarrollo	45
3.1 Resultados	45
3.2 Análisis y discusión.....	57
3.3 Conclusiones	70
3.4 Recomendaciones	73
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS	77

Capítulo 1. Generalidades

1.1 Introducción

La adolescencia, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el período de vida que transcurre entre los 10-19 años de edad. Implica profundos cambios de carácter biológicos y psicosociales, entre los que se cuenta el inicio de las funciones reproductivas.

Adolescentes de ambos sexos comienzan a ser fértiles mucho antes de alcanzar la madurez emocional y más de la mitad de este grupo inicia su vida sexual sin acceso a métodos anticonceptivos, que en muchos casos culmina en embarazos no deseados.

Generalmente cuando se aborda el tema de embarazo en adolescente se tiende a pensar que se trata del primer hijo/a de la madre. Sin embargo, no son pocas las mujeres adolescentes que antes de los 18 años ya tienen más de un hijo, por lo que se hace pertinente indagar los factores asociados al segundo embarazo en adolescentes que contribuyan a prolongar el intervalo intergésico, las complicaciones por un segundo embarazo y a que las adolescentes continúen con su plan de vida.

El presente estudio fue realizado en el Hospital General España de Chinandega, en el que, a partir de la observación del fenómeno, se identificó un incremento de las consultas por embarazo en adolescentes subsecuentes que acudían a la Clínica de Adolescentes, lo que motivó a la realización de esta investigación, que se planteó como objetivo, analizar los factores asociados al segundo embarazo en este grupo de población.

En este documento se abordan las características socio demográficas de las adolescentes en estudio, los factores de riesgo individual, familiar y socio cultural asociados al embarazo subsecuente, por lo que el estudio aporta evidencias científicas que pueden contribuir a la prevención del embarazo subsecuente en adolescentes en el Hospital España de Chinandega.

1.2 Antecedentes

Se revisaron diferentes fuentes bibliográficas relacionadas con los objetivos del estudio, encontrando a nivel internacional los siguientes:

Un estudio en Perú sobre los factores familiares y reproductivos asociados al embarazo recurrente en adolescentes, encontró que el 65% de las adolescentes recurrentes de embarazo tienen un familiar directo que se embarazó en la adolescencia; la relación con la madre es mala con un 35%; el apoyo de los padres es parcial con un 35%; el espacio intergeneracional es corto menos de dos años en el 82.5%; y el 70% de las adolescentes recurrentes refieren que nunca han usado un método anticonceptivo (Diego, 2010).

A nivel nacional se encontró en Chinandega según datos estadísticos del SILAIS para el año 2011, el 23.5% de adolescentes entre 15 y 19 años de edad estuvo embarazada alguna vez y el 17.1% ya son madres, el 30% de los embarazos atendidos son de adolescentes entre las edades de 14-19 años y de 100 adolescentes que acuden al área materno –infantil 65 de ellas ingresan por causas relacionadas al embarazo. De los partos atendidos en el Hospital España, de 100 mujeres ingresadas por causas relacionadas al embarazo, 65 de ellas correspondían a adolescentes.

(Gutmacher, 2011), reportó que cerca de la mitad, el 45% de los nacimientos de mujeres adolescentes no son planeados, una proporción que varía poco con la residencia urbano – rural y el nivel educativo. Entre las mujeres sexualmente activas de 15 a 19 años unidas y no unidas, el 86% no desea un hijo en los próximos dos años y el 36% tiene una necesidad insatisfecha de anticoncepción efectiva. En 2012, un estudio realizado en Perú (Factores socio culturales relacionados con el embarazo recurrente en las adolescentes, 2012), se encontró que el 51.7% son solteras, el 67.5% de las adolescentes abandonaron la escuela, el 85% tenían conocimientos

sobre los métodos anticonceptivos, el 58% usaba el preservativo como método anticonceptivo y el 50% dejó de usar el método por descuido.

En Ecuador se realizó un estudio sobre prevención del embarazo subsecuente en adolescentes encontrando que el 11% de las adolescentes tenían algún tipo de conocimiento sobre los métodos de planificación familiar y los usaron alguna vez, el 74% de las adolescentes dejó sus estudios, solamente el 10% continúa estudiando y el 12% se encuentra trabajando (Drobo Inés Margot, 2012)

Nicaragua tiene la alta tasa de fecundidad más alta de Latinoamérica, con el 28% seguido por Honduras con un 26% y República Dominicana 25%. Una gran cantidad de adolescentes están embarazadas o ya son madres antes de los 19 años, mientras más bajo es el nivel socioeconómico y de educación, más elevada es la tasa de fecundidad y a estos números se acompañan de las altas cifras de embarazos no planificados, los riesgos de aborto ilegal y la alta mortalidad materna (UNFPA, 2012).

A nivel nacional la última Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 2011-2012) menciona que el 24.4% de las adolescentes entre 15 -19 años de edad estuvo embarazada alguna vez y el 18.3% ya son madres. (Instituto Nacional de Información de Desarrollo, INIDE, Ministerio de Salud MINSA, 2011 -2012).

En un estudio realizado en 2012, se encontró que el 55% de las adolescentes no habían alcanzado un nivel de educación formal; el 76% de las adolescentes tenía pareja al momento de la entrevista; el 84% de las adolescentes son amas de casa; el promedio de hijos por adolescentes es de 1.2 hijos; y el 72% de las adolescentes tenían conocimiento sobre los métodos anticonceptivos (Nicasalud, 2012).

En el año 2013, de 7.3 millones de partos de adolescentes menores de 18 años que ocurren cada año, dos millones corresponden a partos de niñas menores de 15 años. Si las tendencias actuales continúan, la cantidad de partos de niñas menores de 15 años, podría elevarse a 3 millones por año en el 2030 (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2013).

(UNPFA, 2013) revela que adolescentes de 10 -14 años iniciaron vida sexual activa en un 6% y las adolescentes de 15-19 años en un 84%. El 46% de mujeres que ya habían iniciado vida sexual activa afirmaron que tenían uno o más hijos, 7 de cada 10 adolescentes que ya iniciaron vida sexual activa respondió que le gustaría tener hijos. Sobre la prevención del embarazo 4 de cada 10 mujeres y 3 de cada 10 varones consideran que es responsabilidad única de la mujer.

1.3 Justificación

Existen pocos estudios realizados en el país acerca del embarazo subsecuente en esta etapa de la vida. Sin embargo, existe una percepción que este fenómeno se ha venido incrementando en la Clínica del Adolescente del Hospital España, Chinandega. Las estadísticas reflejan que muchas adolescentes antes de los 19 años ya tienen hasta cuatro hijos/as.

Tiene relevancia social dado que el embarazo subsecuente representa, sin duda alguna, una sobre carga aún mayor para la madre adolescente, desde el punto de vista biológico, económico, social y emocional, sobre todo cuando proviene de sectores económicamente pobres.

Las consecuencias son preocupantes ya que aumenta la incidencia de parto pre término, bajo peso al nacer, mortalidad materna, a la vez, reduce las probabilidades de que la madre adolescente complete su educación, limitando el acceso a trabajos bien remunerados que le permitan mejorar las condiciones de vida para ella y su familia, incidiendo en el círculo de la pobreza.

El estudio también tiene una utilidad práctica dado que actualmente los esfuerzos realizados en el país por las diferentes instituciones, se orientan hacia la prevención del primer embarazo.

Los resultados y las recomendaciones de este estudio pueden contribuir a la búsqueda de nuevas estrategias de intervención, con la participación de los diferentes sectores a nivel local, que aporten un mayor impacto para la reducción de la problemática.

1.4 Planteamiento del problema

Según datos de ENDESA 2011-2012 en el departamento de Chinandega el porcentaje de adolescente de 15-19 años que ya son madres es de 17.1%, están esperando un hijo 4.0%, alguna vez estuvo embarazada el 23.5%.

Además de las estadísticas el embarazo en adolescentes influye el círculo de pobreza del país, dado que entre más temprano las adolescentes tienen su primer hijo/a, mayor es la posibilidad de un segundo hijo/a, cuando la mayoría de ellas no han concluido sus estudios de secundaria, lo que limitará sus oportunidades laborales, con la posibilidad que sean mal remuneradas con repercusiones para la pareja adolescente, su familia y la sociedad.

Por lo antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes atendidas en la Clínica del Adolescente, Hospital General España en Chinandega Julio-Septiembre 2016?

Directrices:

¿Cuáles son las características socio demográficas de las adolescentes en estudio?

¿Qué factores individuales se encuentran asociados al embarazo subsecuente en las adolescentes?

¿Cuáles son los factores familiares que están asociados al embarazo subsecuente en las adolescentes?

¿Qué factores socio-culturales están incidiendo en el embarazo subsecuente en las adolescentes?

1.5 Objetivos

General

Identificar los factores asociados al embarazo subsecuente en las adolescentes que asisten a la Clínica del Adolescente del Hospital General España Chinandega, Julio – Septiembre del 2016.

Específicos

1. Describir las características socio demográficamente de las adolescentes en estudio.
2. Enunciar los factores individuales presentes en el embarazo subsecuente de las adolescentes en estudio.
3. Detallar los factores familiares que están presentes en el embarazo subsecuente.
4. Identificar los factores socio-culturales que se encuentran en el embarazo subsecuente en las adolescentes.
5. Establecer correlaciones entre el embarazo subsecuente y los factores individuales, familiares y socio-culturales.

1.6 Marco teórico

Definición de adolescencia

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracterizan por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivo. No solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. La adolescencia transcurre entre los 10 a los 19 años de edad, 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 (OMS, 2009).

Según Dina Krauskopf entiende la adolescencia como el periodo crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección de su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando así las funciones que les permitan elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio.

Definición de embarazo en adolescente

El embarazo en adolescente es aquel que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia, teniendo en cuenta que la OMS establece la adolescencia de los 10 años a 19 años.

Embarazo subsecuente en la adolescencia hace referencia a aquel embarazo mayor a dos, es decir, aquella, adolescente con antecedente de 1 o más embarazos, así haya terminado en parto o en aborto.

Factores predisponentes al embarazo en adolescentes

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

Factores de riesgo individuales

- Menarca temprana: otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- Bajo nivel de aspiraciones académicas.
- Mayor aceptación a la maternidad adolescente.
- Bajo nivel educativo con desinterés general: cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la adolescente, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

- Pensamientos mágicos: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen "mitos" como: sólo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones, no implementan medidas anticonceptivas.
- Sentimientos de desesperación.
- Baja autoestima.
- Personalidad inestable. (Krauskopf, 2011)

Factores de riesgo familiares

La familia es una parte fundamental y básica de la sociedad en la cual se establecen las normas que señalan como debe comportarse cada uno de los integrantes, en especial los hijas/os, siendo por ello, el núcleo más importante de cualquiera de los grupos sociales. Sus elementos básicos son el matrimonio y los hijos. La familia actual se ha definido como el grupo de personas relacionadas por los lazos sanguíneos, como padres, hijos, tías, tíos, primos y todas aquellas personas que descienden de un antepasado común, el sistema de parentesco también se forma por el matrimonio (Chile).

Entre los factores familiares relacionados con el embarazo en la adolescencia se destacan:

- Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar).
- Madre con embarazo en la adolescencia.
- Hermana adolescente embarazada.
- Perdida de figuras significativas.
- Desintegración familia.
- Violencia intrafamiliar. (reproductiva)

La familia desde la perspectiva psicosocial, es vista como uno de los microambientes en donde permanece el adolescente y que, por lo tanto es responsable, que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. (Tascon, 2013).

Los factores familiares tienen mucha influencia en el embarazo en adolescentes, ya que las relaciones familiares y el tipo de familia influyen considerablemente en el comportamiento sexual de los adolescentes, en nuestro país las adolescentes viven en familias numerosas y en familias monoparentales teniendo la posibilidad de tener pareja sexual a edades tempranas y por lo tanto a embarazarse. (Tascon, 2013).

La reacción de la familia frente a la noticia del embarazo también tiene influencia en la adolescente, dependiendo de la actitud que tome la familia si le proporciona un apoyo emocional y económico, la adolescente tendrá una mayor probabilidad de embarazarse nuevamente ya que cuenta con el apoyo de su familia.

El antecedente de embarazo en adolescentes en la familia también influye en la adolescente, considerando que es un patrón normal a seguir, por lo que ellas se embarazan a edades tempranas.

La unión marital es otro factor importante, las adolescentes que se casan después de tener un primer embarazo, tienen mayor probabilidad de embarazarse nuevamente considerando que tienen una pareja estable.

La mala comunicación con los padres influye considerablemente pues los adolescentes buscan información inadecuada de sus pares, iniciando relaciones sexuales precoces y sin protección, teniendo como resultado un embarazo precoz o enfermedades de transmisión sexual.

La baja escolaridad tanto de los padres como de los adolescentes es otro factor que influye. No tienen aspiraciones educacionales o un proyecto de vida bien definido, también influye que los padres sean permisivos con sus hijos, lo que impide supervisar y controlar el comportamiento de sus hijos (Tascon, 2013).

La familia es una institución que cumple una importante función social como transmisora de valores éticos-culturales, igualmente juegan un papel importante en el desarrollo psicosocial de sus integrantes. Así mismo, podemos manifestar que la familia es una fuente irremplazable de satisfacción emocional, ella entrega comprensión, afecto, solidaridad y compañía. También la familia es el pilar afectivo que aporta la base decisiva para que los individuos tengan una actitud positiva y constructiva con respecto al mundo.

Factores socio- culturales

- Bajo nivel socioeconómico.

- Hacinamiento.
- Delincuencia.
- Alcoholismo.
- Trabajo no calificado.
- Vivir en área rural.
- Ingreso precoz a la fuerza de trabajo.
- Mitos y tabúes sobre sexualidad.
- Marginación social.
- Predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.
- Influencia de los medios de comunicación que incitan a las relaciones sexuales y muy pocas al autocontrol (UNFPA-CEPAL, 2015).

Existe una mayor posibilidad de que las zonas de pobreza con hacinamiento, delincuencia y alcoholismo tengan mayor posibilidad de presentar familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los servicios de salud.

Los medios masivos de comunicación también constituyen un instrumento contundente para generar cambios de comportamiento en la población. Transmiten infinidad de mensajes que muestran a la actividad sexual como atractiva, incitante y libre de riesgos. Dictan modelos y actitudes sexuales a imitar generando conceptos distorsionados y las falsas expectativas respecto a la sexualidad. La población adolescente resulta ser la más susceptible a la influencia ya que su propia desubicación y necesidad de encontrar respuestas a sus interrogantes en torno a su identidad lo lleven a imitar las imágenes presentadas (UNICEF, 2014).

El embarazo en adolescente se encuentra mediado por un conjunto de representaciones culturales en torno a la maternidad, la adolescencia, la sexualidad, las relaciones de pareja entre otros aspectos. En algunos sectores sociales la maternidad se constituye simbólicamente en el paso a la adultez y mejoramiento de estatus dentro de la comunidad. Constituirse en madre es una manera de inspirar respeto y ser una mujer completa en la visión de su entorno, así la maternidad adolescente es vista como una opción que proporciona sentido y un proyecto de vida, sobre todo en contextos donde hay pocas o ninguna alternativas (Trucco, 2014).

Una de las principales razones por las que el embarazo en adolescentes ha sido considerado como un problema social, es que en la mayoría de los casos, la situación de embarazo puede impedir o al menos dificultar la trayectoria escolar de la adolescente, especialmente en las mujeres y en general afectar su proyecto de vida. Así esta situación puede desembocar en problemas de desarrollo profesional e inserción laboral, lo que va asociado a la reproducción de la pobreza, al no ejercicios de los derechos sexuales y reproductivos y otros factores como la falta de expectativas, frustración y desmotivación (Soto, 2008).

La adolescencia y sus cambios puberales involucran el inicio de una intensa sexualidad y de sentimientos relacionados, que al ser expresados, generan disgusto y rechazo por parte de los adultos, así como temor por parte del adolescente. Esta situación dificulta la comunicación y el desarrollo de una sexualidad bien orientada, favoreciendo el aumento de una actividad sexual temprana, con riesgo de abortos y de embarazos sucesivos en adolescentes.

La adolescente puede tener creencias equivocadas, como por ejemplo: pensar que el embarazo es una manifestación de feminidad; que el acto sexual debe realizarse por razones no sexuales tales como: lastima, desconocimiento, desinformación y exploración de la sexualidad.

Otro aspecto a considerar son los factores familiares, como la falta de afecto, maltrato físico (incluso abuso sexual), falta de comunicación y orientación, situación familiar conflictiva, familias muy estrictas o muy permisivas.

Esta situación se debe más que todo a la falta de educación, la manera como reciben esa educación en su hogar y al mismo tiempo, el apoyo que le puedan dar sus padres.

Autoestima y embarazo en la adolescencia

La autoestima es una necesidad humana vital, dada por una evaluación que hace el individuo de sí mismo; es la porción afectiva del yo, que juega un papel relevante en la vida personal, profesional y social del individuo, favoreciendo la propia identidad, la autoestima elevada puede contribuir al éxito, de forma tal que si el adolescente desarrolla una buena dosis de autoestima, es decir, si tiene una autoestima elevada puede aprender más eficazmente, comunicarse y desarrollar relaciones mucho más gratas así como dar mayor conciencia a su vida.

Es por esta razón que la familia del adolescente debe ofrecer formas positivas de control para favorecer una autoestima elevada. Una baja autoestima se asocia con estructuras de personalidad depresivas, timidez y ansiedad. La autoestima influye en aspectos sociales e impacta sustancialmente en las adolescentes y esto directamente en los embarazos a temprana edad.

Estos embarazos se cursan generalmente con baja autoestima y depresión, esta última varía en función del periodo de gestación; durante los primeros meses de gestación se elevan los niveles de depresión y ansiedad, durante el segundo periodo disminuye, sin embargo, durante este trimestre es cuando comienza a tener lugar los cambios físicos y la futura madre debe

aceptar esos cambios y afrontar la nueva situación, afrontamiento que suele ir acompañado de respuestas de ansiedad y conductas depresivas.

Para las adolescentes, el embarazo precoz suele producir trastornos psicológicos debido a los cambios físicos que se presentan, por ejemplo, sobrepeso, que a menudo produce una baja autoestima, dado que se sienten mal consigo mismas. Este es uno de los factores de los cuales suelen ser más comunes, tanto así que la futura madre suele preocuparse por su condición física, ya que su pareja puede llegar a desinteresarse por su apariencia, como también llegar a pensar que el padre solo está para cumplir con la obligación. (Ospina, 2007)

Escala de Rosenberg para evaluar la autoestima

La autoestima supone una evaluación global de la consideración positiva o negativa de uno mismo. Es sólo un componente del más amplio concepto de sí mismo, que Rosenberg define como “la totalidad de los pensamientos y sentimientos de la persona con referencia a sí mismo como objeto.” Además de la autoestima, la autoeficacia y la auto-identidad son una parte importante del concepto de sí mismo.

La *muestra original* en la que se desarrolló la escala en la década de 1960 consistió en 5.024 estudiantes de tercer y cuarto año de secundaria de 10 escuelas seleccionadas al azar en el estado de Nueva York. La escala mostró una alta fiabilidad: correlaciones test-retest en el rango de 0,82 hasta 0,88. A lo largo de los años se han realizado numerosas traducciones y validaciones en diversas poblaciones, con semejantes resultados.

La prueba consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos, lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Las frases están enunciadas una mitad en forma

positiva y la otra mitad en forma negativa. No se establecieron inicialmente puntos de corte que permitan clasificar el tipo de autoestima según la puntuación obtenida, aunque sí es posible establecer un rango normal de puntuación en función de la muestra que se tome como referencia (M, 1965)

Sexualidad en la adolescencia

La adolescencia es una etapa que tiene como constante el cambio. Es compleja y diversa no hay una sola manera de vivirla, es importante constar con ciertas nociones sobre la misma y saber cómo actuar en consecuencia para que sea fuente de crecimiento y aprendizaje tanto para el adolescente como para quienes lo acompañan.

Según la Organización Mundial de la salud (OMS) la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, practicas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre.

Llegar a la adolescencia supone encarar diversos cambios de índole físico y psicológicos. En este proceso de transformaciones que tiende a prolongarse a hasta los 19 años, el adolescente desarrolla comportamientos, actitudes y estado de ánimo que colisionan en particular con el mundo adulto, pero constituyen formas de definición de una individualidad. Nuevos intereses, opciones, círculos de amistades, relaciones sentimentales, entre otros aspectos, serán ámbitos generadores de tensiones en las relaciones de familia. Los adolescentes se hallan abocados al desencadenamiento de una crisis que es de tensión entre el abandono de las reglas que tuvo hasta

entonces y el esfuerzo por desarrollar las propias .Una de las esferas de su vida en las que empiezan a ejercitar sus propias decisiones guarda relación con el despertar de la sexualidad. Los adolescentes se hayan ante las opciones correspondientes a establecer relaciones con personas distintas a su familia, elegir parejas e iniciarse en el ejercicio de la sexualidad.

Aspectos biológicos de la sexualidad adolescente

En cuanto a los cambios psico-sexuales, surge un interés por el atractivo físico del otro. También se genera un interés por cuidar y resaltar el propio atractivo. Se afianza la tendencia a la relación y al vínculo con determinadas personas.

El impulso sexual es intenso durante la adolescencia. En el varón, la urgencia por la satisfacción es apremiante y está vinculada a la emisión de semen. A lo largo del día el varón presenta erecciones erráticas y sensibilidad circunscrita al pene. Por la noche experimenta eyaculaciones ligadas o no a sueños eróticos. Las eyaculaciones espontáneas, con o sin erección, durante el día son menos frecuentes y generalmente están asociadas a situaciones de ansiedad.

En cuanto a la mujer, experimenta periodos de gran tensión circunscrita a los genitales, con el aumento en el grosor de los labios menores, el clítoris y secreciones vaginales. Para el hombre la capacidad de sentir orgasmo depende en gran medida de la presencia de semen en las glándulas seminales y la eyaculación es la única forma de satisfacer sus impulsos sexuales.

En contraste, la mujer puede experimentar placer erótico a través de la fantasía y el afecto y es por tanto más fácil que pueda postergar la satisfacción sexual a través del coito, ocupando la fantasía un lugar importante en la vida de las jóvenes. El cuerpo toma la función psicológica del impulso sexual. Se busca expresar el mundo emocional a través de los sentidos. Y así, aparecen

conductas tendentes a obtener placer a través de auto estimulación y en relación con otras personas (Serrano).

Aspectos psicológicos de la sexualidad adolescente

Durante la adolescencia la capacidad física, sexual, imaginativa, intelectual y crítica funcionan con mayor intensidad que en cualquier otro momento de la vida. Es tiempo de cambios diversos e intensos. Las alteraciones hormonales y emocionales pueden exagerarlo todo. El sentimiento infantil de un nuevo día pleno de diversión y alegría se transforma en emociones y sentimientos nuevos, muchas veces confusos y entremezclados.

La omnipotencia de pensamiento los lleva a pensar: *“a mí nunca me va a pasar eso”*, el resultado es una serie de conductas temerarias que le sirven de autoafirmación, que sin embargo pueden representar importantes riesgos para su integridad personal. Entre ellas tener relaciones sexuales sin protección que ocasionan embarazos no planeados o contagios de enfermedades de transmisión sexual.

Los sueños y las fantasías ocupan un lugar importante en la vida de los/las adolescentes. Constituyen un elemento de expresión de la sexualidad, son frecuentes, explícitas y habitualmente acompañan la masturbación. Durante la Adolescencia y aún después, la masturbación es una conducta normal y sin consecuencias.

Iniciar relaciones íntimas, amistosas o el noviazgo, es una tendencia natural en la búsqueda de pareja y de relaciones sexuales. Cada persona es diferente en cuanto a la forma y edad de iniciar las relaciones sexuales. Sin embargo, la elección hecha se ve fuertemente influida por las presiones sociales y de grupo, en vez de obedecer a las necesidades y deseos personales.

Socialmente, es la etapa en la que se sale del seno familiar, grupo de pertenencia, y el grupo de referencia, el mundo de los iguales, ocupa el centro de su universo. Esto puede suponer un choque entre las creencias transmitidas en la familia sobre la sexualidad y las aportadas por otros adolescentes y los medios de comunicación incluyendo Internet. Si consideramos todo lo expuesto, es importante que la adquisición de conocimientos e información sobre la sexualidad sean objetivos y adecuados.

El inicio de las relaciones sexuales es una duda que comparten los adolescentes de cuándo se deben iniciar las relaciones sexuales, más si éstas incluyen el coito, lo que implica riesgo de embarazo. Preocupa en especial el cómo saber el momento adecuado para iniciarse. Aunque, en realidad, los comienzos son muy paulatinos: cogerse de la mano, un beso en la cara o en la boca, caricias. etc. No obstante, al final la duda se concreta en saber cuál es la edad buena para empezar las relaciones sexuales completas. Lo ideal es que se llegue a ese momento preparado psicológicamente y que, tanto los adolescentes como sus progenitores y educadores, lo interpreten como un acto de responsabilidad y libertad.

Construcción de género, maternidad y paternidad adolescente

La teoría de género, como un paradigma de explicación de la realidad, parte de considerar que lo “femenino” y lo “masculino” no son hechos naturales o biológicos, sino construcciones culturales. Así, cada sociedad y cultura determina lo que será apropiado para uno u otro sexo.

Este ordenamiento social implica una serie de mandatos, valores y expectativas de forma excluyente y son construidos por oposición, lo que es hombre no es mujer y viceversa. Conlleva, además, una jerarquización social, en donde a lo considerado masculino se le asigna mayor valor social, privilegios, oportunidades, y el ejercicio del poder. Lo considerado femenino se asocia a

lo natural, lo frágil y lo subalterno. Esta dicotomía se evidencia con más fuerza en los temas que guardan relación con hechos vitales de los seres humanos como son: el ejercicio de la sexualidad, la procreación y la crianza de la descendencia. Producto del proceso de socialización se constituyen las identidades de género femeninas y masculinas. Así, cada ser humano asume actitudes, características, normas, papeles, roles, espacios determinados y excluyentes para uno u otro género.

Los patrones de socialización diferenciados han sido cuestionados en los últimos tiempos; sin embargo, en nuestras sociedades continúan siendo una realidad. La construcción de género, por consiguiente, por su carácter abarcador de la totalidad de las expresiones de la significación asignada socialmente a la masculinidad y a la feminidad, incluye también la modelación de un comportamiento diferenciado de la sexualidad, caracterizado por pautas de dominación / subordinación; sexualidad masculina activa / femenina pasiva; aceptación o rechazo de ciertas prácticas y arreglos sexuales; preponderancia de la reproducción como objetivo primordial de la sexualidad.

Sin duda que todos estos elementos influyen notablemente en la conformación de la autoimagen y repercuten en los distintos comportamientos. Muchas de estas características son pautadas por el ejercicio del rol de género, influyen en la sexualidad y en las relaciones filiales.

Independientemente del contexto, la maternidad y paternidad representan un valor social y cultural muy fuerte que puede estar por encima de las edades socialmente permitidas para ser madre, lo importante es que cumpla con el rol asignado y esperado de la reproducción.

Las relaciones entre género y poder son también complejas y el asunto no está simple como decir “el hombre oprime a las mujeres” es un encuentro y desencuentro de discursos y

representaciones, en relación con el eje raza-clase –género. El poder responde a un sujeto de poder, que puede ser un individuo, institución, ideológica y así continuamente. La equidad de género es posible, a través de un sentido argumentativo y lógico, puesto que implica desconstruir los saberes y creencias en torno a los sexos y reformular un paradigma social que no obedezca a un sentido común sino a un cuestionamiento constante (Marcela, 2015).

Masculinidad

La masculinidad se entiende como el conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales en el varón en una cultura determinada. Es obvio pero hay que aclararlo, no se puede hablar de una sola masculinidad, una sola forma de ser hombre.

En la formación genérica se entrecruzan las influencias de clase, la etnia, la vivencia urbana o rural y las definiciones de masculinidad cambian constantemente de una cultura a otra, en el tiempo y según clases, razas, etnias, preferencias sexuales y etapas en la trayectoria de la vida, los hombres de diversas culturas tienen en común la necesidad de demostrar su virilidad. De esta manera, lo que una cultura define como el comportamiento sexual apropiado para varones, requiere ser usado para demostrar su virilidad independientemente de sus deseos y preferencias, es una permanente tensión entre deseos de placer y el de poder. (psicología, 2015)

Masculinidad y paternidad

El modelo tradicional de masculinidad tiene un impacto negativo en la salud sexual y reproductiva de los mismos varones y sus parejas. Se ha registrado como los varones ostentan mayor poder al interior de sus familias, dándole a la paternidad significados que tienen que ver con vivencias propias de la educación que ellos habían recibido. Se han detectados casos donde

el modelo tradicional de masculinidad es duramente cuestionado, casos que atestiguan un cambio importante del rol del varón más allá del carácter de proveedor y reproductor, que supone el involucramiento en las actividades del hogar, en la crianza y educación de los hijos, pero sobre todo, más emotivo y consciente de las desigualdades de género.

La paternidad se considera como una posición y función que va cambiando históricamente, tiene variaciones notables de una cultura a otra, así como en las distintas clases sociales y etnias dentro de un mismo país. Tiene, asimismo, especificaciones de acuerdo a las particulares historias de vida de los hombres y significados distintos.

Las particulares historias de vida de los hombres y significados distintos a lo largo del ciclo de la vida. Por tanto, la paternidad cambia según las expectativas, la cultura, las necesidades económicas y las propias experiencias de los hombres como padres y como hijos.

Es también entendida como una relación social de mecanismos sociales de regulación, mecanismos culturales de representación y mecanismos subjetivos que dan sentido a la vivencia personal. Es decir, la paternidad se construye por medio de procesos socioculturales y subjetivos que dan lugar a las prácticas y significaciones de la relación con los hijos e hijas. Dicha relación sólo se puede entender tomando en cuenta el posicionamiento tanto de los hombres como de las mujeres con relación a los hijos e hijas (psicología, 2015).

Feminidad

Es el conjunto de atributos asociados al rol tradicional de la categoría mujer. Algunos ejemplos de esos atributos son la comprensión, la delicadeza y suavidad, la muestra de afecto, la educación, los cuidados de la descendencia, etc. De manera que a lo largo de la historia en los

países occidentales y todavía hoy en día las mujeres han sufrido una gran presión social para responder delante de los demás con comportamientos asociados a esos atributos. (Serrano)

Feminidad y maternidad

El espacio privado y domestico se concibe para las adolescentes en el único espacio de reconocimiento. Las adolescentes madres han sido colocadas desde la niñez en el lugar de “niñas grandes” desde pequeñas se les asignan tareas domésticas y el cuidado de hermanos y niños pequeños.

El embarazo se representa como una de las pocas opciones con que cuentan las adolescentes para realizar su propio plan de vida.

Una fuerte persistencia del mito mujer-madre que es vivido por las adolescentes y se ha transmitido de generación en generación. La maternidad se constituye en una forma en que la adolescente prueba su feminidad ante su madre, otras mujeres y la sociedad.

La representación social relaciona ser mujer con la maternidad, se establece en la adolescente como una forma de constitución de identidad, la maternidad ofrece un sentido a su vida. Las madres adolescentes casadas continúan en la búsqueda por consolidar su situación desde la adolescencia, pese a las nuevas responsabilidades y limitaciones que encuentran con las nuevas funciones, situación que resulta de menos dificultad para la adolescente que encuentra apoyo de sus familias.

Mitos relacionados con el embarazo en la adolescencia.

Los adolescentes se informan sobre sexualidad donde pueden y eso, muchas veces, provoca que tengan como ciertas cosas que no lo son. Esto puede suponer un gran peligro para ellos

porque les puede llevar a prácticas de riesgo. Es muy importante que durante la adolescencia, los chicos y chicas reciban una buena información sexual que acabe con muchos de los falsos mitos en los que ellos creen.

- Con la primera relación sexual no puede haber embarazo.

Ese es otro error frecuente entre los adolescentes. Es muy importante que sepan que desde la primera relación sexual completa, la adolescente puede quedar embarazada. Es muy importante que, tanto los/las adolescentes entiendan esto. También es función de los padres que los adolescentes entiendan que el embarazo es cosa de dos y que deben ser los dos los que se ocupen de que no ocurra.

- No hay embarazo cuando las adolescentes tienen la menstruación. También durante la menstruación puede producirse el embarazo.
- Sacar el pene antes de eyacular evita el embarazo. La llamada “marcha atrás”, es decir sacar el pene de la vagina justo antes de la eyaculación es un método anticonceptivo muy poco seguro que provoca muchos embarazos no deseados.
- Tener una relación sexual de pie evita el embarazo. La postura durante el coito no influye en las posibilidades de quedar o no embarazada.
- La ducha vaginal evita el embarazo. El lavado vaginal tras el coito no impide el embarazo.
- La píldora del día después protege durante todo un mes. No es cierto, la píldora del día después o píldora postcoital impide la concepción en un 90% de los casos si se toma en las 24 horas posteriores al coito y en un máximo de 72 horas tras haber mantenido relaciones sexuales pero no impide que en relaciones posteriores se produzca el embarazo.

1.7 Hipótesis

El embarazo subsecuente en adolescentes es multifactorial, sin embargo, el factor predominante para su prevención, es la oferta de métodos anticonceptivos después del primer parto en la unidad de salud, por lo que puede reducirse, si se realizan mayores esfuerzos para ofertar los métodos anticonceptivos después de un evento obstétrico.

El embarazo subsecuente es producto del desconocimiento y poco uso de métodos anticonceptivos por adolescentes.

El embarazo subsecuente es producto de la poca oferta e métodos anticonceptivos post parto que se realizan en las unidades de salud lo que incide en el uso o no uso de las adolescentes.

Capítulo 2. Diseño Metodológico

2.1 Tipo de estudio

Según el análisis y el alcance de los resultados, es descriptivo correlacional (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014) ya que tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación entre el embarazo subsecuente en adolescente y los factores asociados a este. De acuerdo al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo, debido a que la información obtenida, indagó sobre hechos ocurridos en el pasado.

Según el período y secuencia del estudio, es transversal, ya que estudia las variables simultáneamente y con enfoque mixto.

2.2 Universo

El universo: estuvo constituido por 79 adolescentes con embarazo subsecuente que asistieron a la Clínica del Adolescente, Hospital General España, Chinandega, en el período de estudio.

2.3 Muestra

La muestra: la técnica utilizada fue mediante el programa Netquest, con un error de estimación de 5% y un nivel de confianza del 95%, obteniendo una muestra de 66 adolescentes.

Criterios de inclusión:

- Adolescente entre 14 y 19 años.
- Que acepte participar en el estudio.

- Que tenga el consentimiento de los padres.
- Expediente completo.

Criterios de exclusión:

- Adolescente embarazada subsecuente con enfermedad mental.
- Adolescente que no desee participar en el estudio.
- Expediente incompleto.

2.4 Técnicas y procedimientos

Para la realización del estudio se solicitó el permiso a las autoridades de la Clínica del Adolescente, se consultó con el personal de la Clínica para verificar la cantidad de adolescentes que asistían a la clínica por embarazos subsecuentes.

Una vez obtenido el permiso se revisaron los expedientes de las embarazadas citadas para cada día. La técnica de recolección de datos corresponde a la encuesta, la que incluyó preguntas abiertas y cerradas relacionadas con los objetivos del estudio. Este instrumento fue aplicado a las adolescentes con embarazo subsecuente y fue validado mediante una prueba piloto en la que participaron 10 adolescentes de 14-19 años de edad embarazadas para mejorar las preguntas de investigación.

Además se realizó análisis documental que permitió identificar la evolución de los factores asociados al embarazo subsecuente, tanto individuales, familiares y socio culturales en diferentes países, donde el embarazo en adolescentes representa un problema de salud pública.

La forma de aplicación de la encuesta a las embarazadas citadas, fue seleccionando las primeras 5 adolescentes que llegaran a la unidad de salud hasta alcanzar la muestra, debido a que por la tarde la demanda disminuye notablemente.

Previo al llenado del instrumento se realizó la lectura del consentimiento informado tanto a la madre y/o padre de la adolescente y si aceptaban voluntariamente participar en el estudio se entregaba el cuestionario que fue auto llenado, bajo el acompañamiento de la investigadora para responder dudas o inquietudes y garantizar el llenado completo del mismo.

Para profundizar en la comprensión del fenómeno a estudio se aplicaron elementos de enfoque cualitativo, para ello se diseñaron entrevista semiestructuradas a actores claves, entre estos: maestros de primaria, secundaria y consejería escolar (3), padre de adolescentes que pertenecen a grupos religiosos (3), madres de adolescentes (3), personal de salud (3), para conocer la percepción de estos relacionada con el tema a estudio, que enriqueciera los hallazgos cuantitativos. También se entrevistó a las parejas de las adolescentes (3).

En el instrumento de recolección se incluye la escala de Rosenberg para valorar la autoestima como factor individual mencionada por diferentes estudio como un factor de riesgo relacionado al embarazo.

La escala de Rosenberg consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Auto administrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1 .De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

2.5 Plan de tabulación y análisis

Una vez recolectada la información se diseñó una matriz de datos con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, por sus siglas en inglés). Primeramente se hizo control de calidad de la información obtenida, con depuración de variables, asegurando que todos los datos de la matriz correspondieran con la información recopilada. Se realizó el análisis de los datos por frecuencia y porcentajes, chi cuadrado y pruebas de correlación estadística, posteriormente se realizaron gráficos según las variables de interés.

Se utilizó la escala de Likert para medir las actitudes y opiniones de las adolescentes en relación a los mitos que tienen las adolescentes sobre el embarazo, así mismo se valoró el nivel de autoestima de las adolescentes.

También se realizaron cuadros de contingencia según la naturaleza y calidad de las variables. El análisis de las relaciones entre variables fueron las siguientes:

- Embarazo subsecuente en adolescentes / Características Socio-demográficas.
- Embarazo subsecuente en adolescentes/Factores Individuales.
- Embarazo subsecuente en adolescentes/Factores Familiares.
- Embarazo subsecuente en adolescentes/Factores Socio-culturales.

2.6 Enunciado de variables

Objetivo 1: Caracterizar socio demográficamente a las adolescentes en estudio.

- Edad
- Edad de la pareja.
- Estado civil.
- Procedencia.
- Nivel de Escolaridad.
- Ocupación.
- Religión.

Objetivo 2: Describir los factores individuales asociados al embarazo subsecuente de las adolescentes.

- Edad de primera menstruación.
- Número de parejas sexuales.
- Edad de primera relación sexual.
- Motivos por los que inició relaciones sexuales.
- Plan de vida antes del primer embarazo.
- Plan de vida después del primer embarazo.
- Edad del primer embarazo.
- Causa del primer embarazo.
- Número de hijos.

- Espacio de tiempo entre cada hijo.
- Causa del embarazo subsecuente.
- Lugar de atención del primer embarazo:
 - o Comunidad.
 - o Centro de salud.
 - o Hospital.
 - o Clínica privada.
 - o Otros.
- Conocimiento sobre métodos anticonceptivos:
 - o Tipos de anticonceptivos.
 - o Formas de uso.
 - o Reacciones adversas.
 - o Ventajas.
 - o Desventajas.
- Oferta de métodos anticonceptivos en las unidades de salud después del primer embarazo:
 - o Orales.
 - o Inyectables.
 - o Condones.
 - o DIU.
 - o Otros.
- Uso de métodos anticonceptivos:
 - o Orales.
 - o Inyectables.

- Condones.
- DIU.
- Otros.
- Tipo de método anticonceptivo utilizado:
 - Orales.
 - Inyectables.
 - Condones.
 - DIU.
 - Otros.
- Capacidad para tomar decisiones:
 - A veces.
 - Siempre.
 - Nunca.
- Autoestima
 - Nivel de autoestima según escala de Rosenberg:
 - Aprecio.
 - Cualidades personales.
 - Capacidad de hacer cosas.
 - Actitud positiva.
 - Nivel de satisfacción.
 - Percepción negativa de sí misma.

Objetivo 3: Explorar los factores familiares que están asociados al embarazo subsecuente de las adolescentes.

- Relación con la familia.
- Antecedentes de embarazo adolescentes en la familia.
- Reacción de la familia ante el primer embarazo.
- Reacción de la familia con el embarazo subsecuente.
- Apoyo económico de la familia.
- Apoyo económico de la pareja.
- Temas de conversación con la familia.
- Conflictos dentro de la familia.
- Actitud de la familia hacia el uso de MAC.
- Actitud de la pareja ante el uso de MAC.
- Relación con la pareja.

Objetivo 4: Determinar los factores socio-culturales que están asociados al embarazo subsecuente de las adolescentes:

- Dependencia económica.
- Acceso a los medios de comunicación.
- Convivencia de la adolescente.
- Mitos y tabúes.

2.7 Operacionalización de variables

- **Variable dependiente.**

Embarazo subsecuente.

- **Variables independientes.**

Factores individuales.

Factores familiares.

Factores socio-culturales.

Matriz de Operacionalización de Variables e Indicadores (MOVI)

Objetivo No.1 - Caracterizar socio demográficamente a las adolescentes en estudio.

Variab les	Definición operacional	Indicador	Escala/valor
Edad de la adolescente	Años cumplidos según fecha de nacimiento	Años	- 14-16 años - 17-19 años
Edad de la pareja	Años cumplidos según fecha de nacimiento	Años	- 14-19 años - 20 -24 años - 25-29 años - 30-39 años - Mayor de 40 años
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Situación legal	- Casada - Soltera - Acompañada - Divorciada - Otros
Procedencia	Lugar de donde procede la adolescente	Lugar de origen	- Urbana - Rural
Nivel de escolaridad	Periodo de tiempo que la adolescente asiste a la escuela	Último grado alcanzado	- No escolarizada - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Universitaria
Ocupación	Actividad o trabajo a la que se dedica la adolescente	Tipo de trabajo	- Ama de casa - Estudiante - Otros
Religión	Conjunto de creencias religiosas, normas de comportamiento que rigen a las adolescentes que se congregan en una religión	Credo	- Católica - Evangelica - Testigo de Jehovah - Mormon - Otras - Ninguna

Objetivo No. 2- Describir los factores individuales asociados al embarazo subsecuente en las adolescentes.

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Edad de primera menstruación	Primera menstruación		Años	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 10 años - 11-13 años - 14 -16 años
Número de parejas sexuales	Cantidad de parejas sexuales que ha tenido la adolescente		Cantidad de parejas	<ul style="list-style-type: none"> - 1 - 2-3 - 4 - Más de 4
Edad de la primera relación sexual	Edad de la adolescente al momento que tuvo su primera relación sexual		Años	<ul style="list-style-type: none"> - 10-13 años - 14-16 años - 17-19 años
Motivos por los que inicio relaciones sexuales	Causa que motivo a la adolescente a iniciar relaciones sexuales		Causa	<ul style="list-style-type: none"> - Amor - Curiosidad - Lástima - Rebeldía - Otras
Plan de vida antes del primer embarazo	Aspiraciones personales de las adolescentes antes de embarazarse		Tipo de proyecto	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
				<ul style="list-style-type: none"> - Estudiar - Casarse - Viajar - Tener hijos - Otros
Plan de vida después del primer embarazo	Aspiraciones de las adolescentes después de su primer embarazo		Tipo de proyecto	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
				<ul style="list-style-type: none"> - Estudiar - Casarse - Viajar - Tener hijos - Otros
Edad del primer embarazo	Años cumplidos		Años	<ul style="list-style-type: none"> - 11-13 - Mayor de 14
Causas del primer embarazo	Motivo por el cual se embarazo		Razones por las que se embarazo	<ul style="list-style-type: none"> - Descuido - Me sentía preparada

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala/valor
				<ul style="list-style-type: none"> - No planificaba - Quería salir de mi casa - Rebellía con mis padres - Presión de la pareja - Quería formar mi propio hogar - Deseo de tener hijos - Otros
Número de hijos	Cantidad de hijos al momento del estudio		Cantidad de hijos/as	<ul style="list-style-type: none"> - Uno - Dos - Tres - Otros
Espacio de tiempo entre hijos	Tiempo transcurrido de la terminación de un embarazo y el inicio de otro		Años	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor de 2 años - Menor de 2 años
Causa del embarazo subsecuente	Motivos por el que decidió embarazarse de nuevo		Razones del embarazo subsecuente	<ul style="list-style-type: none"> - Falla del método - Desconocimiento de métodos - Deseo de tener otro hijo - Mi pareja me lo pidió - No planificaba - Otros
Lugar de atención del primer embarazo	Lugar donde la adolescente recibió atención su parto con el primer embarazo		Sitio	<ul style="list-style-type: none"> - Comunidad - Centro de salud - Hospital - Clínica privada - Otros
Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	Información que refiere la adolescente sobre los métodos anticonceptivos		Nivel cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No
				<ul style="list-style-type: none"> - Tipos de anticonceptivos - Formas de uso - Reacciones adversas

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala/valor
				<ul style="list-style-type: none"> - Ventajas - Desventajas
Oferta de métodos anticonceptivos en las unidades de salud después del primer embarazo	Ofrecimiento de métodos anticonceptivos a las adolescentes		Propuesta	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - Orales - Inyectables - Condones - DIU - Otros
Uso de métodos anticonceptivos	Utilización de métodos anticonceptivos por la adolescente		Tipo de método anticonceptivo utilizado	<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - Orales - Inyectables - Condones - DIU - Otros
Capacidad para tomar decisiones	Habilidad de la adolescente para tomar sus propias decisiones		Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> - A veces - Siempre - Nunca
Autoestima	Valoración que tiene la adolescente de sí misma	<ul style="list-style-type: none"> - Aprecio - Calidad es personales - Capacidad de hacer cosas - Actitud positiva - Nivel de satisfacción - Percepción negativa de sí misma 	Aprecio	<ul style="list-style-type: none"> - Muy de acuerdo - De acuerdo - En desacuerdo - Muy en desacuerdo

Objetivo No. 3- Explorar los factores familiares asociados al embarazo subsecuente en las adolescentes:

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Relación con la familia	Conexión que hay entre los miembros de la familia	Tipo de relación con la familia	<ul style="list-style-type: none"> - Amorosa - Indiferente - Tolerante - Agresiva - De confianza - Otras
Antecedentes de embarazo adolescentes en la familia	Circunstancias del pasado que tienen que ver con el embarazo en la adolescente	Precedente familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Madre - Hermana - Abuela - Otras
Reacción de la familia ante el primer embarazo	Repuesta de la familia ante la noticia de un primer embarazo en la adolescente	Respuesta presentada con el primer embarazo	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación - Rechazo - Indiferencia - Violencia - Enojo - Otros
Reacción de la familia con el embarazo subsecuente	Repuesta de la familia ante la noticia de un nuevo embarazo	Respuesta con el embarazo subsecuente	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación - Rechazo - Indiferencia - Violencia - Enojo - Otros
Apoyo económico recibido por la familia	Aporte económico recibido	Soporte económico	<ul style="list-style-type: none"> - Total - Parcial - Ninguno
Apoyo económico recibido por la pareja	Aporte económico recibido	Sostén económico de la pareja	<ul style="list-style-type: none"> - Total - Parcial - Ninguno
Temas de conversación con la familia	Comunicación entre las adolescentes y su familia sobre algún tema en común	Contenido	<ul style="list-style-type: none"> - Sexualidad - Planificación familiar - Otros
Conflictos en la familia	Oposición o enfrentamiento entre las personas de la misma familia	Tipo de conflicto	<ul style="list-style-type: none"> - Divorcio - Violencia intrafamiliar - Abuso de alcohol

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA/VALOR
			<ul style="list-style-type: none"> - Drogas - Ninguno - Otros
Actitud de la familia hacia el uso de MAC	Manera de comportarse de la mamá ante el hecho que la adolescente utilice métodos anticonceptivos	Tipo de actitud	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación - Rechazo - Indiferencia
Actitud de la pareja ante el uso de MAC	Manera de comportarse de la pareja ante el hecho que la adolescente utilice métodos anticonceptivos	Tipo de actitud	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación - Rechazo - Indiferencia - Otros
Relación con la pareja	Vínculo sentimental que une a dos personas		<ul style="list-style-type: none"> - Muy buena - Buena - Regular - Mala - Muy mala - Ninguna

Objetivo No. 4- Determinar los factores socio- culturales que están asociados al embarazo subsecuente en las adolescentes.

Variables	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Dependencia económica	Subordinación de la adolescente en el aspecto económico		Persona de la cual depende	<ul style="list-style-type: none"> - Padres - De sí misma - De la pareja - Otro familiar
Acceso a medios de comunicación para recibir información	Tener alcance a los medios de comunicación		Tipo de medios de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Televisión - Internet - Radio - Revistas - Periódicos - Ninguno
Convivencia de la adolescente	Persona con las que las adolescentes viven		Tipo de parentesco	<ul style="list-style-type: none"> - Padres y hermanos - Familia de la pareja - Solo con mi pareja - Otros familiares
Mitos relacionados con el embarazo	Relato que altera las verdaderas cualidades de una persona y le da más valor del que tiene en realidad	<ul style="list-style-type: none"> - Embarazo como estatus - Tener hijos jóvenes - Pecado usar MAC - Embarazo para retener a la pareja - Solamente la "puntita" 	Actitud ante los mitos	<ul style="list-style-type: none"> - De acuerdo - Totalmente de acuerdo - En desacuerdo - Totalmente en desacuerdo

2.8 Consideraciones éticas

Para el desarrollo del presente estudio se solicitó autorización de las autoridades del Hospital General España y se consideraron las siguientes pautas éticas, que aplican según los objetivos y diseño metodológico, teniendo como referencia el documento “Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos” (OPS- CIOMS, 2017).

Pauta 1: Valor social y científico y respeto de los derechos:

La investigación tiene un valor social ya que la calidad de la información que se ha producido es valiosa, basada en evidencia, responde a un problema de salud que por su dimensión es una prioridad en el país, la información generada puede contribuir a la promoción de políticas o prácticas que prevengan el embarazo subsecuente en adolescentes. Como parte del valor social se considera la disseminación de los resultados a las partes involucradas.

Pauta 9: Personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado:

Se brindó a los/as participantes de la investigación la información pertinente y la oportunidad de dar su consentimiento voluntario e informado para participar en ella o de abstenerse de hacerlo. Se aplicó el consentimiento informado, explicando a las adolescentes encuestadas que tenían el derecho de retirarse en cualquier punto del estudio sin sanción alguna y que la información recopilada era estrictamente confidencial, para fines del estudio.

En el caso de adolescentes que ameritaron la autorización de padres, madres o tutores, se les explicó también a ellos/as acerca de la confidencialidad y el anonimato de sus entrevistas. Las adolescentes que aceptaron ser parte del estudio lo hicieron de manera voluntaria, aclarándole que la información proporcionada por ellas, no será compartida con el personal de salud, tampoco afectará de ninguna manera la atención que se brinda en la unidad de salud.

Pauta 17: Investigación con niños y adolescentes:

Durante el proceso de investigación, se tomó en consideración que en los casos necesarios uno de los padres de él o la adolescente o un representante legalmente autorizado haya dado permiso para su participación y se haya obtenido el acuerdo con la adolescente conforme a su capacidad para hacerlo, después de haber recibido la debida información sobre la investigación adaptada a su nivel de madurez. Se respetó la negativa de la adolescente a participar o dejar de hacerlo en el momento que lo considerara necesario.

Capítulo III. Desarrollo

3.1 Resultados

1) Características demográficas.

En cuanto a las características demográficas de las adolescentes entrevistadas, se encontró que el grupo etario predominante fue de 17 – 19 años, registrándose 90.9% (60), seguido del grupo de 14 -16 años 9.1% (6). En relación al estado civil de las adolescentes entrevistadas, 86.4% (57) eran acompañadas, 12.1% (8) casadas y 1.5% (1) soltera. Con respecto al área de procedencia de las adolescentes predominó el área rural con 65.2% (43) y urbana 34.8% (23).

El nivel de escolaridad predominante en las adolescentes entrevistadas fue la secundaria incompleta con 37.9% (25), seguido de primaria incompleta con 22.7% (16), primaria completa 22.7% (15) secundaria completa 7.6% (5), no escolarizada con 4.5% (3) y universitaria 3% (2)

Tabla No 1

En cuanto a la ocupación de las adolescentes, el 83.3% (55) eran amas de casa, el 7.6% (5) eran estudiantes y trabajaban 7.6% (5), y otros 1.5% (1) **tabla No 2**

2) Factores individuales.

Entre los factores individuales se destacó que el total de adolescentes que tuvieron su primera menstruación antes de los 10 años 4(6%) ya habían iniciado vida sexual activa, de 11-13 años 51(77.2%) ya habían iniciado vida sexual activa y el grupo mayor de 14 años 11 adolescentes ya habían iniciado vida sexual activa. **Figura No 3**

De las adolescentes que iniciaron vida sexual entre los 11-13 años 4 (6%) había tenido 1 pareja 12 (18.1%) ya habían tenido de 2-3 parejas y 3 (4,5%) de 4 a más parejas, de las adolescentes que iniciaron vida sexual activa después de los 14 años 28 (42,4%), habían tenido 1 pareja, 17 (25.7%), habían tenido de 2-3 parejas y 2 (3%) habían tenido más de 4 parejas. **Tabla No 4**

De las adolescentes en estudio el 24% tenían un plan de vida antes del primer embarazo y después del primer embarazo. Sin embargo este porcentaje disminuyó significativamente con relación al segundo embarazo donde se encontró que solamente el 13% de las adolescentes tenían un plan de vida antes del primer embarazo aumentando a un 25% después del embarazo **Figura No 5**

Entre las causas del primer embarazo de las adolescentes en estudio se encontró que 37 (56%) no planificaba, 17 (25.7%) 10 (15.1%) se embarazó por descuido, deseo de tener hijos y 2 (3%) otras causas. Entre las causas del embarazo subsecuente 24 (36.5%) falla del método de planificación, 22 (33.3%) deseo de tener otro hijo, 19 (28.7%) no planificaba y 1 (1.5%) otros **Tabla No 6**

En relación a la edad y al número de hijos de las adolescentes se encontró que el grupo etario de 14-16 años 6 (9%) tenían 1 hijo, del grupo etario de 17-19 años 6 (9%) no tenían hijos, 50 (75.7%) tenían 1 hijo y 4 (6%) tenían 2 hijos **Figura No 7**

Del total de adolescentes en estudio 62 (93.9%) tuvieron atención del parto del primer embarazo en el hospital y 4 (6%) tuvieron atención del parto en el centro de salud, es importante destacar que 24 (36.3%) de las adolescentes atendidas en el hospital la causa del segundo embarazo fue por falla del método de planificación, 18 (27.2%) el deseo de tener hijo, 19

(28.7%) no planificaba y 1 (1.5%) por otros motivos, de las 4 (6%) adolescentes que fueron atendidas en centro de salud refirió que la causa del segundo embarazo fue el deseo de tener hijo.

Tabla No 8

En relación al conocimiento de los métodos anticonceptivos las adolescentes refirieron tener conocimientos 55 (83.3%) y no tener conocimientos 11 (16.7%) **Figura No 9**

Del total de adolescentes en estudio 65 (98.4%) se les oferto un método de planificación familiar después del primer parto y solamente 1 (1,5%) no se le ofreció un método después del primer parto **Tabla No 10**

El tipo de método ofertado después del primer parto fue inyectables (82.8%), DIU (10.9%), orales (4,7%) y condones 1 (1.6%) **Figura No 11**

En cuanto a la oferta de métodos después del primer embarazo se encontró que a 3 (4.5%) se le oferto anticonceptivos orales de las cuales 2 (3%) utilizaron orales y 1 (1.5%) inyectables, a 51 (77.2%) se les oferto inyectables de las cuales utilizaron 14 (21.2%) orales, 34 (51.5%) inyectables y 3 (4.5%) condones, a las adolescentes que se le oferto DIU 7 (10.6%) de las cuales utilizaron 1 (1.5%) orales, 2(3%) inyectables, 1 (1.5%) condones y 3 (4.5%) DIU **Tabla No 12**

Del total de adolescentes en estudio se encontró que 24 (36.3%) tenían autoestima alta de las cuales las causas del embarazo subsecuente fueron falla del método de planificación 10 (15.1%), deseo de tener otro hijo 6 (9%), no planificaba 8 (12.1%), con autoestima media 33 (50%) de las cuales tuvieron falla del método de planificación 11 (16,6%), deseo de tener hijo 12 (18.1%), no planificaba 9 (13.6%), otros 1 (1.5%), adolescentes con autoestima baja 9 (13.6%) de las cuales tuvieron falla del método 3 (4.5%), deseo de tener otro hijo 4 (6%), no planificaba 2 (3%) **Tabla No 13**

3) Factores familiares.

En relación a los factores familiares, la reacción de la familia con el primer embarazo se encontró que aceptación 39 (59%), rechazo 2 (3%), indiferencia (5%), enojo 20 (30.3%). La reacción de la familia con el segundo embarazo fue aceptación 48 (72.7%), rechazo 1 (1.5%), indiferencia 2 (3%), enojo 15 (22.7%) **Tabla No 14**

En cuanto a los antecedentes de embarazo en la familia de las adolescentes y su reaccionante ante el embarazo de la adolescente se encontró que de las familias que tenían antecedentes de embarazo en la familia de la abuela y la madre reaccionaron favorablemente al primer embarazo de la adolescente y mucho más favorable con el segundo embarazo. **Tabla No 15**

En relación a los conflictos en la familia y la reacción ante el embarazo de la adolescente se encontró que entre los principales conflictos está el alcoholismo y el divorcio, de las familias que tenían situaciones de divorcio la reacción de aceptación ante el embarazo subsecuente aumento, se presenta mayor aceptación ante el embarazo subsecuente y menor enojo. **Tabla No 16**

En cuanto a la actitud de la pareja de las adolescentes en cuanto al uso de métodos anticonceptivos y el tipo de relación con la pareja se encontró que la pareja tuvo aceptación 59 (89.3%) de los cuales la relación con la pareja es muy buena 14 (21.2%), buena 35 (53%), regular 9 (13.6%), muy mala 1 (1.5%), rechazo ante el uso de MAC 3 (4.5%) de los cuales la relación con la pareja fue buena 2(3%), regular 1(1.5%, de indiferencia 4(6%) de los cuales la relación fue muy buena 1 (1.5%), buena 3 (4.5%) **Tabla No 17**

4) Factores socio-culturales.

En cuanto a la dependencia económica de la familia y con quien vive la adolescente, la mayoría de las adolescentes depende económicamente de la pareja 54 (81.8), seguido por los padres 7 (10.6%), por si misma 3 (4.5%), y otros 2 (3%), de las adolescentes que dependen económicamente de los padres se encontró que la mayoría vivía con la familia de la pareja 28 (42.4%), seguido de las que vivían solo con la pareja 24 (36.3%), las que vivían con padres y hermanos 13 (19.6%) y vivían con otros familiares 1 (1.5%) **Tabla No 18**

En relación a los medios de comunicación a los que tiene acceso las adolescente se encontró que el mayor porcentaje tenía acceso a la televisión 54 (81.8%), seguido de ninguno 7 (10.6%), la radio 4 (6%), internet 1 (1.5%) **Figura No 19**

Los mitos en las que las adolescentes tuvieron un mayor porcentaje fueron el embarazo es responsabilidad de las mujeres 25 (37.9%), hay que tener los hijos que Dios quiera 20 (30,3%), los hijos deben de tenerse jóvenes 19 (28.8%), con el mismo porcentaje para la afirmación con la primera, relación no se queda embarazada 19 (28.8%), el 15 (22%) tuvo una tendencia a de acuerdo y muy de acuerdo a que si se toma la pastilla después de tener relaciones sexuales no hay embarazo. En cuanto a los mitos que tuvieron mayor tendencia a estar en desacuerdo y muy en desacuerdo están al embarazo como status para ser adulto 59 (89.3%), hay que tener los hijos para retener a la pareja 50 (75.7%), es pecado usar métodos anticonceptivos 59 (89.3%), hay que casarse joven porque después no voy a encontrar pareja 62 (93.9%), si solamente es la puntita no hay embarazo 66 (100%) **Tabla No 20**

5) Correlaciones entre el embarazo subsecuente y los factores individuales, familiares y socio – culturales.

Se aplicó la correlación de variables numéricas encontrando las siguientes correlaciones con significancia estadística entre edad de la adolescente y el inicio de vida sexual activa ($P= 0.002 < P= 0.05$) lo que demuestra que existe una significancia estadística entre la edad de la adolescente y el inicio de vida sexual activa.

Existe significancia estadística para la variable edad de la adolescente y edad de su primer embarazo ($P= 0.000 < P= 0.05$) lo que indica que hay asociación entre la edad de la adolescente y la edad del primer embarazo. También se encontró significancia estadística entre el número de parejas sexuales y el inicio de vida sexual activa ($P=0.002 < P= 0.05$) lo que demuestra que hay significancia estadística. **Tabla No 21**

Se encontró significancia estadística entre número de parejas y el número de hijos ($P= 0.047 < P= 0.05$) por tanto existe asociación entre número de parejas y número de hijos. **Tabla No 22**

Al aplicar la prueba de chi cuadrado de person para el plan de vida antes del primer embarazo y después del primer embarazo se encontró que existe significancia estadística ($P= 0.000 < P= 0.05$) lo que demuestra que existe asociación entre plan de vida antes del primer embarazo y plan de vida después del primer embarazo. **Tabla No 23-24**

Existe asociación entre la edad del embarazo subsecuente y el tipo de plan de vida antes del primer embarazo ($P= 0.017 < P= 0.05$) **Tabla No 25**

En cuanto a los métodos anticonceptivos se encontró que al aplicar la prueba estadística para correlación de variables Rho de Spearman existe significancia estadística entre el tipo de método

ofertado y el tipo de método utilizado ($P= 0.014 < P= 0.05$). También se encontró significancia estadística entre el tipo de método utilizado y el número de hijos. **Tabla No 26**

Al realizar correlación entre los factores familiares se encontró significancia estadística entre la reacción de la familia ante el primer embarazo y la reacción de la familia ante el embarazo subsecuente ($P= 0.002 < P= 0.05$ por tanto existe asociación entre la reacción de la familia con el primer embarazo y la reacción de la familia con el embarazo subsecuente, no se encontró significancia estadística entre antecedentes de embarazo en la familia, la edad de la adolescente y la relación con la familia **Tabla No 27**

Al realizar la correlación entre los factores socio-culturales se encontró asociación entre el apoyo económico de la pareja y el apoyo económico de la familia con una significancia estadística de ($P= 0.45 > P= 0.05$) **Tabla No 28**

6) Resultados de entrevistas con informantes clave

Categorización: Inicio de vida sexual activa en adolescentes:

“Esto se debe a la influencia de las amistades y también por rebeldía” (Padres/madres de adolescentes).

“Las adolescentes inician relaciones sexuales a temprana edad debido a la falta de comunicación con los padres y por el entorno en que viven” (Maestros).

“Se debe a la influencia de sus amigos” (Padres de adolescentes que pertenecen a grupos religioso).

“Esto se debe a la curiosidad y el deseo de experimentar” (Pareja de adolescente).

“La baja escolaridad, la curiosidad y la falta de consejería son las causas de este problema”

(Personal de salud).

Categorización: Causa del embarazo subsecuente:

“Porque no van al centro de salud a planificar” (Padres/madres de adolescentes).

“Es por falta de conciencia de ellas mismas” (Maestros).

“Por falta de consejería” (Padres de adolescentes que pertenecen a grupos religiosos).

“Porque a veces no les gusta planificar” (Pareja de la adolescente)

“Se debe a la dependencia económica del marido” (Personal de salud)

Categorización: Persona que debe proporcionarle información sobre salud sexual y reproductiva

“Los profesores” (Padres/madres de adolescentes)

“La Consejería Escolar” (Maestros)

“Personal de salud” (Padres de adolescente y pareja de la adolescente)

“Los padres, los programas de atención a las adolescentes y los profesores”. (Personal de salud)

Categorización: Influencia del entorno familiar para el embarazo subsecuente.

“Sí influye porque a veces hay padres que le dan muchas libertades a los hijos”

(Padres/madres de adolescentes)

“Influye por que los padres en muchos casos se hacen responsables del primer embarazo y luego se hacen cargo del bebe quedando libre la adolescente por lo que se embarazan de nuevo”. (Maestros)

“Sí influye porque los padres no les enseñan a los hijos los valores religiosos” (Padres de adolescentes que pertenecen a grupos religiosos)

“Influye, dado que algunas veces viven violencia familiar”. (Parejas de adolescentes)

“Sí influye cuando no tienen apoyo de la familia”. (Personal de salud)

Categorización: Influencia de la comunicación con los padres y el embarazo subsecuente.

“Claro que influye porque los padres no dan confianza para un dialogo” (Madre de adolescente).

“Depende de la actitud que tomen los padres con respecto al primer embrazo” (Maestro).

“Si porque los padres nos les hablan de los valores religiosos”. (Padre de adolescente que pertenece a grupos religiosos)

“Los padres deben de comunicarse con los hijos y hacerles ver sus irresponsabilidades” (Pareja de adolescente).

“Si hay una buena comunicación y apoyo para que sigan estudiando dificilmente tendrán otro embarazo”. (Personal de salud).

Categorización: Conocimiento de los/as adolescentes sobre los métodos de planificación familiar.

*“La madre. Si conocen sobre los métodos de planificación pero no los usan adecuadamente”
(Madre de adolescente).*

“Suponemos que sí porque los programas televisivos, radios, en el colegio, en el centro de salud etc., les hablan sobre los métodos de planificación familiar” (Maestros).

“La gran mayoría conoce sobre los métodos de planificación familiar pero no van al centro de salud” (Pareja de adolescente).

“No deberían de hablarles de métodos de planificación familiar porque eso las incita a tener relaciones sexuales” (Padre de adolescente que pertenece a grupos religiosos).

“Si tienen conocimientos pero algunos no los usan por temor a ser descubiertas por sus padres” (Personal de Salud).

Categorización: Influencia de los medios de comunicación en el embarazo subsecuente

“Influye porque los adolescentes usan mucho los medios de comunicación” (Madres de adolescentes)

“Considero que no, es pura negligencia de los adolescentes” (Maestro)

“Influye porque a veces solo toman lo malo de los medios de comunicación” (Pareja de adolescente)

“Es muy controversial porque si bien ayudan a promocionar los métodos de planificación familiar, también propician la promiscuidad. Lo ideal es que vaya de la mano con la consejería de un profesional de salud” (Personal de salud)

Categorización: Influencia del nivel escolar en embarazo subsecuente.

“No porque a veces se embarazan y están estudiando” (Madre de adolescente).

“Si porque si no siguen estudiando siguen embarazándose” (Padre de adolescente que pertenece a grupos religiosos).

Los maestros expresaron que:

“Es un punto muy importante porque entre menos nivel escolar tiene mayor probabilidad de embarazarse de nuevo” (Maestros).

“Después que tienen el primer hijo dejan de estudiar y se dedican a tener más familia” (Pareja de adolescente).

“Sí porque no tienen la oportunidad de conseguir un empleo y continúan dependiendo económicamente de la pareja” (Personal de salud)

Categorización: Rol de los diferentes actores para prevenir el embarazo subsecuente.

“Hacerles consciencia, conversar con ellas y mejorar la comunicación, apoyarlas” (Madre de adolescente)

“Jugamos un rol importante ya que convivimos con ellos y nos damos cuenta de sus problemas teniendo la oportunidad de aconsejarlas” (Maestros)

“Apoyarla para que planifique” (Pareja).

“Consejería sobre los métodos de planificación familiar” (Personal de Salud).

Categorización: Sugerencias para prevenir el embarazo subsecuente:

“La planificación sería buena para evitar otro embarazo” (Madres)

“Hacer ferias para la prevención de embarazos, charlas a padres y adolescentes, consejería escolar permanente tanto a primaria como a secundaria” (Maestros)

“Que hagan buen uso de los métodos de planificación familiar” (Pareja)

“La buena comunicación con los padres, motivarlas para que sigan estudiando, consejería de calidad sobre los métodos de planificación familiar” (Personal de Salud).

3.2 Análisis y discusión

El presente estudio demuestra que el embarazo subsecuente en adolescentes es un fenómeno multicausal cuya ocurrencia refleja la interacción de factores en los diferentes entornos donde se desarrolla la adolescente prevaleciendo en este estudio el entorno familiar no así los socio – culturales.

En los resultados de las entrevistadas se destaca que en su mayoría son del área rural, con bajo nivel educativo y amas de casa lo que concuerda con lo reportado por el Instituto Guttmacher en su resumen sobre la maternidad temprana en Nicaragua. En este estudio se describe como el embarazo en adolescentes limita las oportunidades futuras de éstas, lo que disminuye su desarrollo social y terminan desempeñando las labores del hogar (ama de casa), o trabajos informales mal remunerados, perpetuando de esta manera el ciclo de la pobreza. También otros autores refieren que las adolescentes sin acceso a la educación tienen mayor riesgo de ser madres a temprana edad y por lo tanto tener mayor número de hijos. Estos datos coinciden con la Encuesta Demografía y Salud (ENDESA 2011/2012) que revela que las adolescentes que ya son madres proceden del área rural y tienen bajo nivel educativo.

Los factores individuales que se destacan en el presente estudio son los siguientes: inicio de la primera menstruación entre los 11-13 años, este proceso biológico influenciado por el ambiente repercute en la vida sexual de las adolescentes, quienes de acuerdo a los resultados obtenidos inician tempranamente su actividad sexual, en un 28.8% entre los 11-13 años y en un 71.2% después de los 14 años. Estos datos se refuerzan con las pruebas de análisis estadístico utilizadas en las que se encontró que existe una significancia estadística y entre el inicio de la actividad sexual y la edad.

Estos datos dan la impresión que la edad temprana de la primera menstruación determina el inicio temprano de la vida sexual de las adolescentes, por lo que es importante brindar información en temas de educación integral de la sexualidad antes de los once años. Un aspecto que llama la atención de estos resultados es que cerca de un 30% (28.8%) de las adolescentes a la par de que inician su primera relación no esperan mucho tiempo para iniciar tempranamente su actividad sexual, muchas veces sin información con mitos y tabúes lo que repercute tanto en el primer embarazo y el embarazo subsecuente.

El 89.28% tenía un hijo/a al momento de ser encuestada y el 6.0% (4) ya habían tenido dos hijos. De las que iniciaron su vida sexual activa entre los 11-13 años 19 (28.78. %) ya tenían un hijo. Las que iniciaron después de los 14 años (71.22%) ya tenía de 1-2 hijos. También se encontró que existe una significancia estadística y asociación entre el número de hijos y el número de parejas sexuales.

Al desglosar el número de hijos/as en las adolescentes que iniciaron después de los 14 años su actividad sexual, el 80.85% ya tenían un hijo/a.

Estos datos pueden compararse a los encontrados en un informe de la población mundial UNFPA 2013, que constataron que las madres adolescentes son cada vez más jóvenes.

La mayoría de las adolescentes inician relaciones sexuales motivadas por el amor, siendo parte del amor romántico que duele y una mujer que sacrifica lo que tiene por amor. Es importante destacar que la unión romántica idealizada se da muchas veces como una posibilidad para las adolescentes de acceder a los derechos negados y encontrar el afecto que no se recibe al interior del núcleo familiar, lo que coincide en parte con los informantes claves que refieren que las adolescentes inician relaciones sexuales por falta de comunicación con los padres y la poca

atención que se les brinda. Desde esta perspectiva del amor romántico las adolescentes tienen mayor vulnerabilidad a vivir situaciones de violencia por parte de su pareja y en muchas ocasiones a “morir por amor”.

Al aplicar el análisis estadístico, con Rho de Pearson se demostró que existe una asociación significativa del embarazo en la adolescencia y el inicio temprano de la actividad sexual, es decir, que entre más temprano las adolescentes inician su actividad sexual, hay mayor posibilidad de embarazarse a temprana edad, por lo que las estrategias exitosas para la prevención del embarazo en la adolescencia deben estar enfocadas en postergar el inicio de la vida sexual activa en este grupo de edad, más cuando existen evidencias mencionadas anteriormente en que las adolescentes están teniendo cada vez más temprano su primera menstruación y su debut sexual.

El plan de vida está citado por diferentes autores como un factor de riesgo o protección ante el embarazo en la adolescencia, sin embargo, en este estudio más de la mitad de las adolescentes tenían un plan de vida. Entre los planes de vida el mayor porcentaje de las adolescentes mencionó estudiar por lo que el embarazo en esta etapa interrumpe la oportunidad de superarse, encontrar trabajos mayores remunerados que le permitan mejorar su condición de vida. En este caso se encontró según el chi cuadrado de Pearson que existe significancia estadística y asociación entre el tener un plan de vida antes del primer embarazo y después del primer embarazo. Así mismo, se demostró al aplicar el Rho de Spearman que existe una significancia estadística entre la edad y los tipos de planes de vida que tienen la adolescente antes del primer embarazo.

Una de las principales razones por las que el embarazo en adolescente ha sido considerado como un problema social, es que en la mayoría de los casos la situación del embarazo puede impedir o al menos dificultar la trayectoria escolar de las adolescentes y en general afectar su plan de vida. Así esta situación puede a su vez desembocar en problemas de desarrollo profesional e inserción laboral, lo que va asociado a la reproducción de la pobreza, al no ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos y otros factores como la falta de expectativas, frustración y motivación (Flórez y Soto 2006, CEPAL 2011, Ricco y Trucco, 2014).

Entre los resultados relacionados con el plan de vida en las adolescentes en el estudio se encontró que el plan de vida después del primer embarazo disminuyó porcentualmente y al aplicarse la prueba de chi cuadrado de person se encontró que existe significancia estadística entre el plan de vida antes del primer embarazo y plan de vida después del primer embarazo estos datos son similares al estudio de (Flórez y Soto 2006) que también encontró que un alto porcentaje de adolescentes tenían plan de vida en el primer embarazo pero se observó una disminución de su plan de vida después del segundo embarazo. Da la impresión que las adolescentes una vez que presentan su segundo embarazo la responsabilidad que este conlleva, hacen que sus sueños hacia el futuro sean postergados para asumir la segunda o tercera maternidad.

La mayoría de las adolescentes se embarazan por primera vez porque no utilizan un método de planificación familiar debido a que tienen miedo a ser descubiertas por sus padres/madres, y/o tutores, además sienten vergüenza de acudir a un centro de salud a solicitarlo, mientras otras se vuelven a embarazar por la falla de métodos anticonceptivos. Esto debe hacer reflexionar en la necesidad que tienen las/os adolescentes de encontrar en la familia un espacio de confianza, de

diálogo, donde los padres/madres y/o tutores puedan brindarles información acerca de la sexualidad en esta etapa para identificar los riesgos del embarazo y poderlos prevenir.

Otra de las razones por las que las adolescentes en estudio se embarazaron fue porque, aun teniendo conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, no los utilizaban, a pesar que se les ofreció después del primer embarazo teniendo significancia estadística al aplicarse la prueba de Rho de Spearman, aduciendo que les provocaba malestares y que no les gustaba ir al centro de salud. Estos argumentos deben hacer reflexionar que el embarazo subsecuente es altamente prevenible dado que las adolescentes han tenido algún contacto con la unidad de salud, por lo que se debe trabajar en ofrecer una atención diferenciada, en base a sus necesidades y características particulares, de manera que los servicios se brinden de forma amigable, sean atractivos y cuenten además con un personal capacitado y sensibilizado.

Los motivos por las que las adolescentes se embarazan según lo expresado por ellas mismas coincide con lo que opinan los informantes claves, quienes expresaron que *“la mayoría de adolescentes conoce sobre los métodos anticonceptivos pero que no los usan por temor a ser descubiertas por sus padres o por ignorancia de creer que no van a quedar embarazadas al tener relaciones sexuales”*.

El contexto familiar demostró ser determinante como factores de riesgo significativos para que la adolescente se embarace por segunda vez, entre los que se destacan: padres divorciados, falta de comunicación de los padres sobre temas relacionados con la sexualidad, el antecedente de embarazo en adolescente en la familia, principalmente en la madre, por lo que se observa un patrón que se sigue de generación a generación siendo para ellas algo natural, continuar la tradición del embarazo a temprana edad.

Este último hallazgo es similar a los encontrados en el estudio de Diego Huarcaya (2010) sobre factores familiares y reproductivos asociados al embarazo recurrente en adolescentes, el que reveló que el 65% de las adolescentes recurrentes de embarazo tienen un familiar directo que se embarazó en la adolescencia. Además la familia sigue siendo la única instancia de apoyo que tienen las adolescentes embarazadas y madres, muchas de las familias terminan aceptando la situación incluso frente a circunstancias difíciles y acogen a la madre adolescente, a su bebé y en algunos casos a su pareja. En este mismo estudio de Huarcaya se encontró aceptación de la familia para el primer embarazo y aún más aceptación para el segundo embarazo lo que permite otro factor de riesgo para que la adolescente se vuelva a embarazar.

En el caso del presente estudio los datos antes mencionados coinciden con la información proporcionada por los informantes claves que *refieren “que la familia se hace cargo del primer bebé quedando libres las adolescentes, creyendo que la vida es fácil y se vuelven a embarazar”*.

Otro factor de riesgo familiar de relevancia en este estudio fue el alto porcentaje de divorcio de los padres, ya que revelan que los/as adolescentes que no viven con ambos padres tienen mayor probabilidad de un embarazo a temprana edad.

Las adolescentes evidenciaron que no se habla de temas relacionados a la sexualidad. En nuestra sociedad la sexualidad se percibe como tema tabú del cual no se debe hablar, las posibilidades que la sexualidad de las /os adolescentes sea abordada abierta e integralmente desde un enfoque de derecho disminuye drásticamente. En la entrevista realizada a informantes clave, los padres refieren que no tienen los conocimientos necesarios para explicar esos temas y además da vergüenza hablar de ello, de esta manera se delega a la escuela la educación de la sexualidad. El instituto Guttmacher en su estudio sobre maternidad temprana en Nicaragua

encontró que la mitad de las mujeres solteras de 15 a 24 años reportaron que nunca habían hablado sobre temas de sexualidad con sus progenitores.

En relación a la aceptación de los métodos anticonceptivos por parte de la pareja de la adolescente entrevistada, se encontró que un buen porcentaje tiene aceptación para los métodos anticonceptivos, lo que debe ser aprovechado por las unidades de salud para ofertar los métodos, no solamente a la adolescente, sino también a su pareja, promoviendo la Consejería en Anticoncepción para ambos.

El mayor porcentaje de las adolescentes entrevistadas son dependientes económicamente de sus parejas y en su mayoría viven con la familia de la pareja. Esto coincide con un estudio realizado por UNICEF (United Nations Children's Fund, por sus siglas en Inglés) sobre embarazos adolescentes 2015, donde describe que las adolescentes reflejan la búsqueda de protección a veces de un sustituto del padre lo que conlleva a relaciones con hombres bastante mayores que ellas, quienes de una u otra forma ejercen violencia sexual sobre las adolescentes y dependencia económica.

La mayoría de las adolescentes tienen acceso a los medios de comunicación los que no son utilizados de manera apropiada para beneficiarse de la información disponible para encontrar respuesta a sus interrogantes y necesidades, haciendo en la mayoría de los casos, mal uso de la información, lo que debería ser aprovechado como un elemento positivo ya que los medios de comunicación constituyen un instrumento contundente para generar cambios de comportamiento en la población. Esto resulta un poco polémico para los informantes claves ya que la mayoría refirió que los medios de comunicación son “*un arma de doble filo*”, ya que por un lado, se les

orienta sobre los métodos anticonceptivos, promueve el uso del condón y por otro lado, también se incita a las adolescentes a la promiscuidad.

En cuanto a los informantes claves, es interesante la información obtenida ante la problemática abordada, en dependencia del perfil de cada informante, teniendo distintas percepciones padres de familia, personal de salud, maestros, pareja de las adolescentes, ya que se percibe una transferencia de responsabilidades en las causas por la que las adolescentes inician vida sexual.

Llama la atención en este aspecto que, para el personal de salud, las adolescentes se embarazan por curiosidad y falta de consejería, sin especificar qué tipo de consejería, cuando debería estar claro para el personal de salud la relevancia que tiene la Consejería en métodos anticonceptivos que contribuyan a un mayor uso por parte de las adolescentes para la prevención del embarazo y el embarazo subsecuente. Por su parte, los padres consideran que las amistades de las adolescentes influyen en el embarazo en adolescentes. Por su parte, los maestros refirieron que la causa del embarazo se debe a la falta de comunicación con los padres y al entorno que viven los adolescentes, transfiriendo la responsabilidad a los padres.

Es importante destacar que los padres coinciden con las madres a que el inicio de vida sexual activa se debe a la amistad con amigos. Sin embargo al entrevistar a la pareja de la adolescente existen causa que no fueron mencionadas por ninguno de los otros informantes claves como es el deseo de experimentar, lo que refleja el desconocimiento de los adultos acerca del crecimiento y desarrollo en la etapa de adolescencia, el deseo de experimentar expresado por parte de la pareja de la adolescente puede convertirse en una barrera de comunicación, ya que no están preparados para hablar de este tema con los/as adolescentes.

En cuanto a la información brindada por los informantes claves sobre por qué las adolescentes se embarazan por segunda vez, fue llamativo notar las diferentes percepciones que tiene el personal de salud. Esto se debe a la dependencia económica del marido, porque las madres no van al centro de salud a planificar, los maestros consideran que es por falta de conciencia de ellas mismas los padres que pertenecen a grupo religioso expresaron que es por falta de consejería y la pareja de la adolescente parece estar más claro de la causa expresando que a veces no les gusta planificar.

En esta pregunta la respuesta brindada por los padres refuerza la transferencia de responsabilidad hacia la adolescente, ya que consideran que el embarazo subsecuente se debe a que ellas no acuden al centro de salud a planificar. Aunque existe la transferencia hacia la adolescente, lo que puede ser un indicativo de la necesidad de trabajar con los padres para mejorar la comunicación en el núcleo de la familia y conversar acerca de la importancia del uso de métodos anticonceptivos después de un primer embarazo que las motive asistir al centro de salud. Este punto revela también un aspecto importante, es el trabajo que debe realizarse con la pareja mediante la consejería sobre métodos anticonceptivos con información veraz, completa e imparcial, que promueva la responsabilidad compartida y les ayude a elegir un método y a cambiar la opinión de que no les gusta planificar.

En cuanto a quién debe proporcionar información al adolescente sobre salud sexual y reproductiva, el personal de salud está claro que corresponde a diversos actores, tanto a los padres y/o programas de atención a los adolescentes y profesores. Sin embargo los padres y los maestros consideran que esta labor corresponde a los maestros, por su parte los padres de las adolescentes, así como la pareja opinan que es el personal de salud al que le corresponde esta labor. De acuerdo a las opiniones brindadas por los diferentes informantes se identifica

claramente que esta responsabilidad esta compartida entre el personal de salud y los maestros, esto evidencia la falta de confianza o el desconocimiento y habilidades que tienen padres, madres y/o tutores para conservar con sus hijos/as acerca de estos temas tan sensibles en la etapa de Adolescencia. Todos los informantes claves están de acuerdo que el entorno familiar influye para que la adolescente se embarace por segunda vez, ya sea porque no tiene apoyo de la familia según lo expresado por el personal de salud porque a veces hay padres que les dan muchas libertades a los hijos opinión brindada por los mismos padres, ya que ellos en muchos casos se hacen cargo del embarazo luego del bebé quedando libre la adolescente para que se embarace de nuevo. Esta es la opinión de los maestros y porque los padres no les enseñan valores religiosos a sus hijos desde la percepción de los informantes claves o porque algunas veces viven situación de violencia intrafamiliar según las parejas de las adolescentes.

Es muy importante destacar que todos los informantes claves están claros que el entorno familiar es determinante para un segundo embarazo, pero el aporte más llamativo surge de la pareja de la adolescente al poner en evidencia que entre las causas para que la adolescente se embarace por segunda vez está el entorno familiar y la violencia familiar. Esto pone en evidencia la necesidad de trabajar incondicionalmente con la familia de las/os adolescentes, que contribuya a la reducción de estos factores de riesgo.

Ante la pregunta si ¿la comunicación con los padres influye para que las adolescentes se embaracen por segunda vez?, los informantes claves están de acuerdo que la comunicación con los padres influye para que las adolescentes se embaracen por segunda vez, ya que no dan confianza para un diálogo depende de la actitud que haya tenido ante el primer embarazo, de los valores religiosos, y la manera de comunicarse de los padres con sus hijos para hacerles ver sus irresponsabilidades.

Acerca de la pregunta ¿cree usted que las adolescentes tienen conocimientos sobre los métodos anticonceptivos? tanto el personal de salud, madre, maestros y pareja consideraron que sí hay conocimiento sobre métodos anticonceptivos, sin embargo el personal de salud considera que a pesar de ello no los usan por miedo a ser descubierto por sus padres. La madre opina que las adolescentes tienen conocimiento pero no los usan adecuadamente, los maestros suponen que sí porque los programas de radio, TV y personal de salud hablan de métodos anticonceptivos, la pareja piensa que hay conocimiento pero no van al centro de salud. El padre que pertenece a grupos religiosos opina que hablar de métodos anticonceptivos las incita a tener relaciones sexuales. Estas opiniones reflejan que todos los actores dan por hecho que las adolescentes tienen conocimiento de los métodos anticonceptivos a pesar que en la familia no se habla de estos temas y en la escuela tampoco. Esta responsabilidad se le transfiere a la propia adolescente y al personal de salud, sin embargo, no basta con tener conocimiento sobre los métodos para prevenir el embarazo subsecuente, se requiere el uso adecuado de los mismos.

Acerca de la influencia de los medios de comunicación para que las adolescentes tengan un embarazo subsecuente, los informantes claves exceptuando a los maestros, opinaron que los medios de comunicación tienen influencia en el embarazo subsecuente, el personal de salud opina que los medios de comunicación ayudan a la promoción de los métodos anticonceptivos; para las madres porque las adolescentes usan mucho los medios de comunicación y para la pareja porque solo toman lo malo de los medios, en este punto hay 2 aspectos que llaman la atención.

1. El personal de salud considera que los medios de comunicación pueden ser positivos para promocionar los métodos anticonceptivos, también tienen un aspecto negativo propician la promiscuidad.
2. El segundo aspecto a destacar es que los maestros opinan que los medios de comunicación no influyen en el embarazo subsecuente y que esto se produce por negligencia de los adolescentes. De acuerdo a estas opiniones el papel de los medios de comunicación es muy importante en la prevención del embarazo siempre y cuando tenga un acompañamiento o supervisión por parte de los padres.

Con relación a la pregunta ¿cree usted que el nivel escolar de los adolescentes influye para que las adolescentes se embaracen por segunda vez? Las madres opinaron que no porque se embarazan y siguen estudiando, esta opinión se contradice con la del padre de la adolescente, quien opina que si no siguen estudiando se sigue embarazando. Los maestros expresaron que entre menos escolaridad, mayor probabilidad de embarazarse de nuevo; la pareja considera que una vez que la adolescente tiene su primer hijo deja de estudiar para tener más hijos; para el personal de salud la falta de oportunidad de empleo la hace depender económicamente de su pareja.

Exceptuando a las madres de las adolescentes, los informantes claves consideran que el nivel escolar influye en un nuevo embarazo, esta opinión de las madres probablemente se debe a que ellas asumen la responsabilidad de su nieto/a con el deseo de que sus hijas sigan desarrollando su plan de vida. Es una realidad lo expresado por la pareja que muchas de las adolescentes después de tener su primer hijo/a se dedican a la familia al igual que lo referido por el personal de salud, que al tener una baja escolaridad la oportunidad de empleo son

limitadas y que algunas continúan dependiendo económicamente de la pareja y continúan teniendo más hijos.

En relación al rol que tienen los diferentes actores para la prevención del embarazo subsecuente es interesante destacar como cada informante clave expresa un rol apropiado. Las madres consideran apoyarla, comunicarse con ellas, los maestros aconsejarlas, la pareja apoyarla para que planifique y el personal de salud consejería sobre los métodos anticonceptivos, sin embargo a pesar de todas estas opiniones existen vacíos al momento de ponerlos en práctica. Este aspecto contribuye a identificar que las intervenciones bien orientadas a fortalecer el rol de cada informante clave puede tener un impacto positivo en la prevención del embarazo subsecuente.

En cuanto a las estrategias que proponen para la prevención del embarazo subsecuente, los informantes claves mencionaron la planificación familiar, ferias para la prevención de embarazos, charlas, consejería escolar, buena comunicación con los padres, consejería de calidad sobre los métodos anticonceptivos.

:

3.3 Conclusiones

1. En cuanto a las características demográficas de las adolescentes en estudio se destacan que la mayoría de las adolescentes entrevistadas son del área rural, con bajo nivel educativo, acompañadas, ama de casas.
2. Los factores individuales que se destacan en el presente estudio son: inicio temprano de la menarquia, vida sexual activa, número de parejas sexuales y edad del embarazo subsecuente encontrándose significancia estadística entre la edad del embarazo subsecuente y el inicio de vida sexual activa. Un alto porcentaje de las adolescentes tenía un plan de vida antes del primer embarazo, el que disminuyó después del primer embarazo.

El primer embarazo se presentó porque las adolescentes no planificaban y el subsecuente por falla del método anticonceptivo ofertado en la unidad de salud. Existe una asociación estadística significativa entre el conocimiento de métodos anticonceptivos y la oferta de métodos anticonceptivos realizada en la unidad de salud y el método más ofertado y más utilizado fue el inyectable. La mayoría de las adolescentes ya tenían 1 hijo y un alto porcentaje de atención del parto fue en la unidad de salud. Predominó la autoestima media.

3. Los factores familiares que con mayor frecuencia se mencionaron como causa del embarazo subsecuente fueron: divorcio de los padres, el antecedente de embarazo en adolescente en la familia principalmente en la madre y abuela.

La reacción de la familia fue diferente con el primer embarazo y el embarazo subsecuente, siendo la reacción de aceptación la de mayor porcentaje en el embarazo subsecuente con

relación al primer embarazo. Al aplicar las pruebas estadísticas se encontró una significancia estadística entre la reacción de la familia ante el primer embarazo y el embarazo subsecuente.

Un alto porcentaje de aceptación de los métodos de planificación familiar por parte de la pareja y una buena relación de pareja.

4. Los factores socio-culturales que se destacaron fueron los siguientes: existe un alto porcentaje de adolescentes que dependen económicamente de sus parejas y viven con las familias de esta, encontrándose significancia estadística entre el apoyo económico de la pareja y el apoyo económico de la familia.

El medio de comunicación al que tienen acceso en su mayoría es la televisión. Entre los mitos más mencionados por las adolescentes, se destacaron: el embarazo como status para ser adulto, el embarazo es responsabilidad de la mujer, hay que tener los hijos que Dios quiera, si se toma la pastilla después de tener relaciones sexuales no hay embarazo.

5. Las correlaciones que se encontraron entre el embarazo subsecuente y los factores individuales, familiares y socio-culturales fueron la significancia estadística entre la edad de las adolescentes y el inicio de vida sexual activa. También se encontró significancia estadística entre la edad de la adolescente y la edad de su primer embarazo, así como significancia estadística entre el número de pareja y el número de hijos.

Al aplicar chi cuadrado se encontró significancia estadística entre el plan de vida antes del primer embarazo y plan de vida después del primer embarazo. También se encontró significancia estadística entre la edad del embarazo subsecuente y el tipo de plan de vida

antes del primer embarazo, además se encontró significancia estadística entre el tipo de método ofertado y el tipo de método utilizados.

En los factores familiares se encontró significancia estadística entre la reacción de la familia ante el primer embarazo y la reacción de la familia ante el embarazo subsecuente. En relación a los factores socio-culturales se encontró significancia estadística entre el apoyo económico de la pareja y el apoyo económico de la familia.

3.4 Recomendaciones

Al Ministerio de Salud

- Promover servicios integrales de salud sexual y reproductiva exclusivos para adolescentes atendido por personal capacitado.
- Fortalecimiento en capacitación al personal de salud en la Consejería en métodos anticonceptivos que mejore el conocimiento de las/os adolescentes, para la toma de decisiones informadas.
- Que el personal de salud brinde información completa, veraz, oportuna, apropiada a la edad de cada adolescente, considerando sus características y necesidades particulares.
- Promocionar los métodos anticonceptivos para las adolescentes en todas las unidades de salud, apropiados a su edad, según las normativas actualizadas.
- Monitorear el cumplimiento de las normas de atención al adolescente existente en el país para incidir en el mejoramiento de la calidad de atención para este grupo de edad.
- El personal de la clínica de la adolescente deberá garantizar el seguimiento del uso de métodos de anticoncepción tomando en cuenta que son adolescentes y están en mayor riesgo de un nuevo embarazo.

A las instituciones educativas

- Que las universidades incluyan en la formación de las carreras de la salud (enfermería, psicología, medicina, trabajo social) para que brinden consejería a las adolescentes y su

pareja sobre los métodos anticonceptivos teniendo en cuenta que hay una buena aceptación de los mismos por parte de las parejas.

- Promover la inserción o reinserción tanto escolar como laboral de la madre adolescente lo que mejorará su condición socioeconómica y que tenga un plan de vida que sea alcanzable a pesar de los obstáculos que se puedan presentar.
- Promover ferias educativas y otras intervenciones destinadas a la educación integral de la sexualidad para que las adolescentes desarrollen una sexualidad responsable.

A la familia:

- La familia es importante para la continuidad escolar de las adolescentes por lo tanto sería muy valioso desarrollar acciones específicas hacia los padres para fortalecer capacidades de comunicación y trato a las adolescentes.
- Inclusión de los padres y madres en los programas de educación integral de la sexualidad para que tengan una información actualizada y oportuna, para propiciar espacios de dialogo acerca del tema en el núcleo familiar.
- Que familia sea espacio de confianza, de diálogo, donde los padres/madres y/o tutores puedan brindarles información acerca de la sexualidad en esta etapa para identificar los riesgos del embarazo y poderlos prevenir.

Al adolescente

- Promover la capacidad de toma de decisiones informada y responsable en el ámbito de la sexualidad.

BIBLIOGRAFÍA

Chile, b. d. (s.f.). *http://:WW. ben.el /ecivica/concefamil.*

Drobo Inés Margot. (2012). *Prevención del embarazo subsecuente en adolescentes.* Ecuador.

español, e. b. (2009). *la familia, conceptos tipo y evolucion.*

(2012). *Factores socio culturales relacionados con el embarazo reincidente en las adolescentes.*

Lima, Perú.

Fondo de Población de Naciones Unidas. (2013). *Informe de Estado de la Población Mundial.*

Guttmacher, i. (2011). *maternidad temprana .* Nicaragua.

Instituto Nacional de Información de Desarrollo ,INIDE,Ministerio de Salud MINSA. (2011 -

2012). *Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud, ENDESA.* Managua.

Krauskopf, D. (2011). *jornada de adolescencia, clinica alemana.*

M, R. (1965). *society and adolescent self imagine, princeton university.* New Jersey.

Marcela, C. V. (2015). *masculinidad y factores socioculturales asociados a la paternida.,*

Nicaragua.

MINSA, M. d. (2000). Managua,Nicaragua.

Nica salud, U. (2012). *Estudio sobre embarazo adolescentes rurales en Nicaragua.* Nicaragua.

Nicasalud. (2012). *estudio sobre embarazo en adolescentes rurales, determinantes de riesgo y*

proteccion e indicadores para su abordaje. Nicaragua.

OMS. (2009). *boletin de recopilacion de articulos.*

Ospina, G. A. (2007). *Nivel de autoestima en adolescentes embarazadas .* Santa Martha

Colombia.

psicologia, R. d. (2015). *procesos psicologicos y sociales representaciones sociales de la*

masculinidad en parejas adolescentes embarazadas.

reproductiva, d. g. (s.f.). Mexico.

SEPEC, U. -M. (octubre 2011). *Reglamento del sistema de estudios postgrado y educacion continua*. Managua ,Nicaragua.

Serrano, S. (s.f.). *el lugar de la maternidad en la contruccion de la feminidad*. Costa Rica.

Soto, C. E. (2008). *fecundidad adolescente y desigualdad*. colombia.

Tascon, S. M. (2013). *caracteristicas poblacionales y factores asociados al embarazo en mujeres adolescentes*. colombia.

Trucco, M. N. (2014). *Niñas y adolescentes en America Latina y el Caribe*.

UNFPA, p. d. (2012). *Maternidad en la niñez*.

UNFPA-CEPAL, M. C. (2015). *Masculinidad y factores socioculturales asociados a la patenidad*. Managua Nicaragua.

UNICEF. (2014). *vivencias y relatos sobre embarazo en adolescentes, una aproximacion a los factores culturales socialesy emocionales* .

UNPFA. (2013). *informe sobre la situacion de los adolescentes* . Nicaragua.

ANEXOS

Tabla 1. Características demográficas

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
14-16 años	6	9.1%	9.1	9.1
17-19 años	60	90.9%	90.9	100.0
Total	66	100%	100.0	
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Casada	8	12.1%	12.1	12.1
Soltera	1	1.5%	1.5	13.6
Acompañada	57	86.4%	86.4	100.0
Total	66	100%	100.0	
Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Urbano	23	34.8%	34.8	34.8
Rural	43	65.2%	65.2	100.0
Total	66	100%	100.0	
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No escolarizada	3	4.5%	4.5	4.5
Primaria incompleta	16	24.2%	24.2	28.8
Primaria completa	15	22.7%	22.7	51.5
Secundaria incompleta	25	37.9%	37.9	89.4
Secundaria completa	5	7.6%	7.6	97.0
Universitaria	2	3.0%	3.0	100.0
Total	66	100%	100.0	

Tabla 2. Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Trabaja	5	7.6	7.6	7.6
Ama de casa	55	83.3	83.3	90.9
Estudia	5	7.6	7.6	98.5
Otros	1	1.5	1.5	100.0
Total	66	100.0	100.0	

Factores individuales

Figura 3: Edad de la primera menstruación e inicio de la vida sexual activa

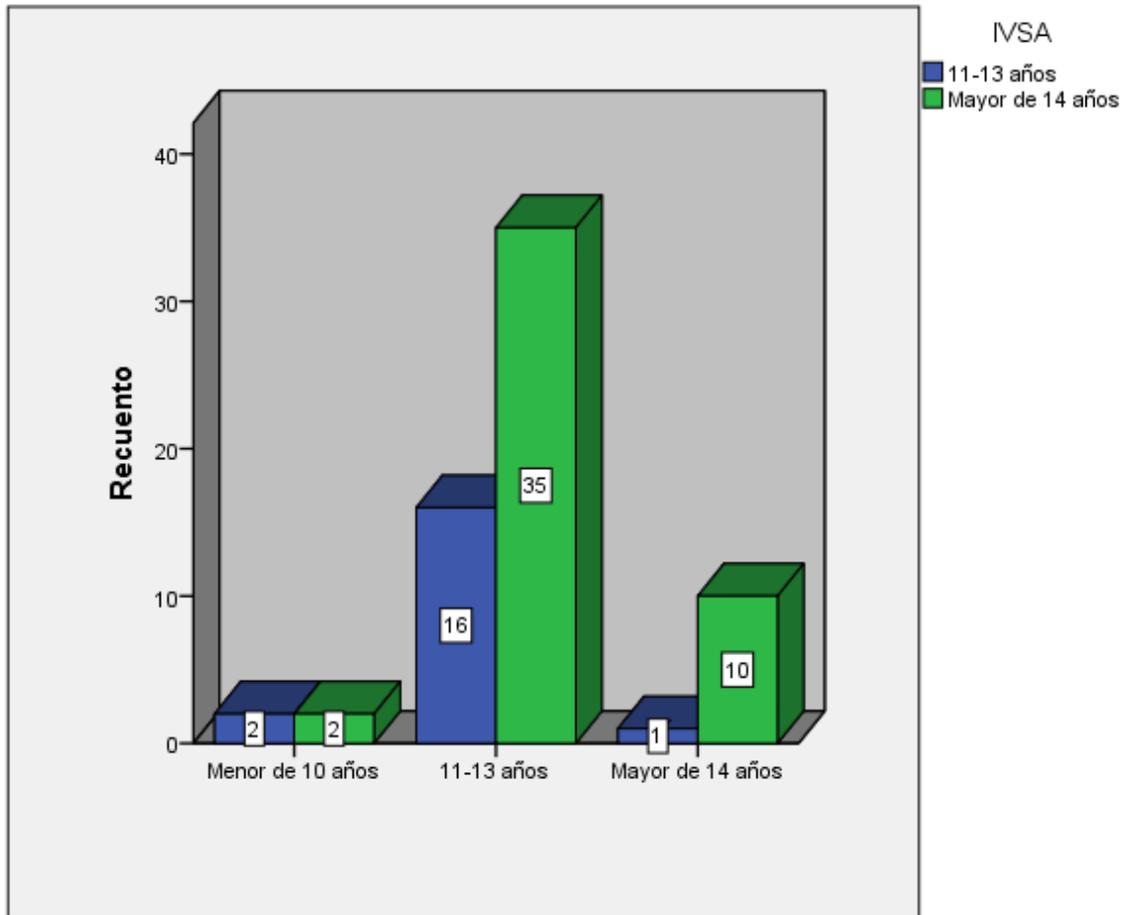


Tabla 4- Inicio de vida sexual activa y número de parejas

IVSA	Número de parejas								Total	
	1		2 – 3		4		4+			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
11-13 años	4	6.1	12	18.2	2	3.0	1	1.5	19	28.8
Mayor de 14 años	28	42.4	17	25.8	2	3.0	0	0.0	47	71.2
Total	32	48.5	29	43.9	4	6.1	1	1.5	66	100.0

Figura 5-Plan de vida antes del primer embarazo y después del primer embarazo

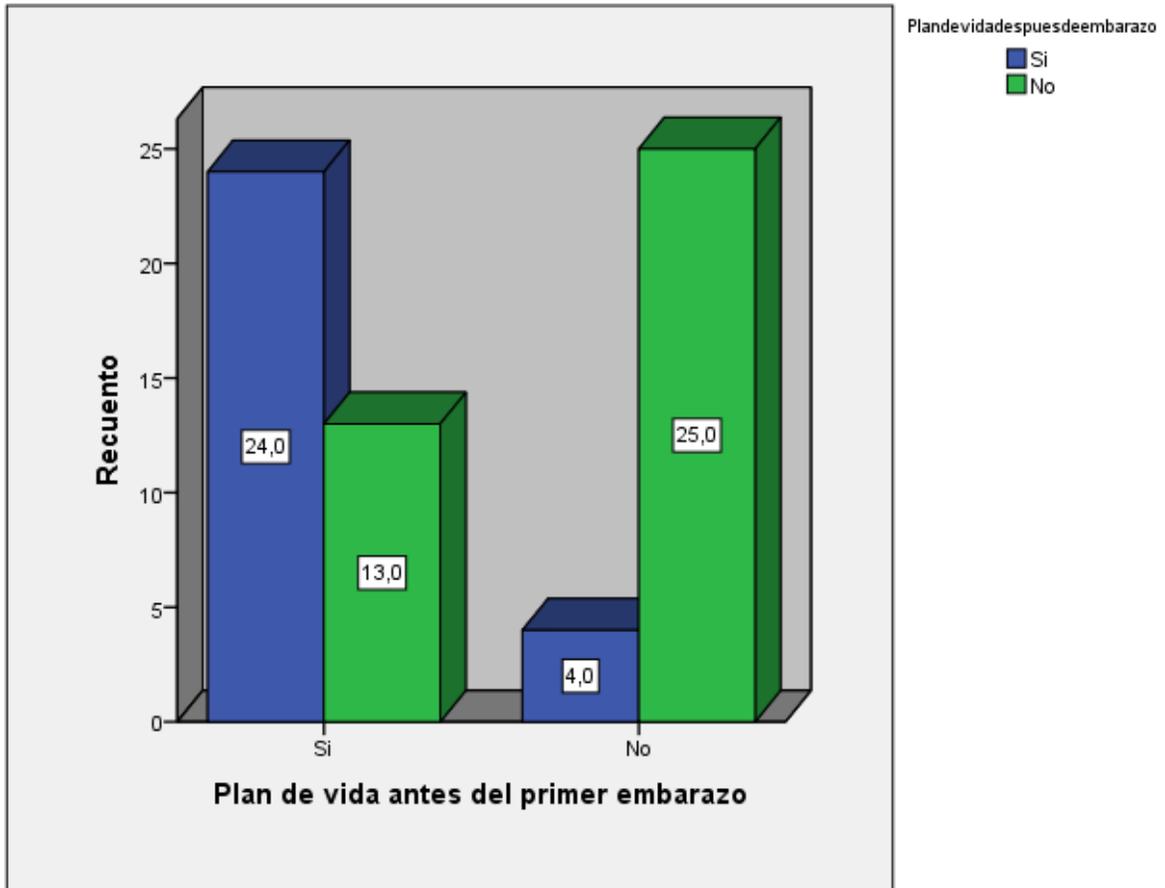


Tabla 6 - Causas del primer embarazo y embarazo subsecuente

Causa del primer embarazo	Causa embarazo subsecuente								Total	
	Falla del MAC		Deseo de tener otro hijo		No planificaba		Otros			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Descuido	4	6.1	4	6.1	2	3.0	0	0.0	10	15.2
No planificaba	12	18.2	11	16.7	14	21.2	0	0.0	37	56.1
Deseo de tener hijos	8	12.1	6	9.1	2	3.0	1	1.5	17	25.8
Otros	0	0.0	1	1.5	1	1.5	0	0.0	2	3.0
Total	24	36.4	22	33.3	19	28.8	1	1.5	66	100.0

Figura 7- Edad y número de hijos/as

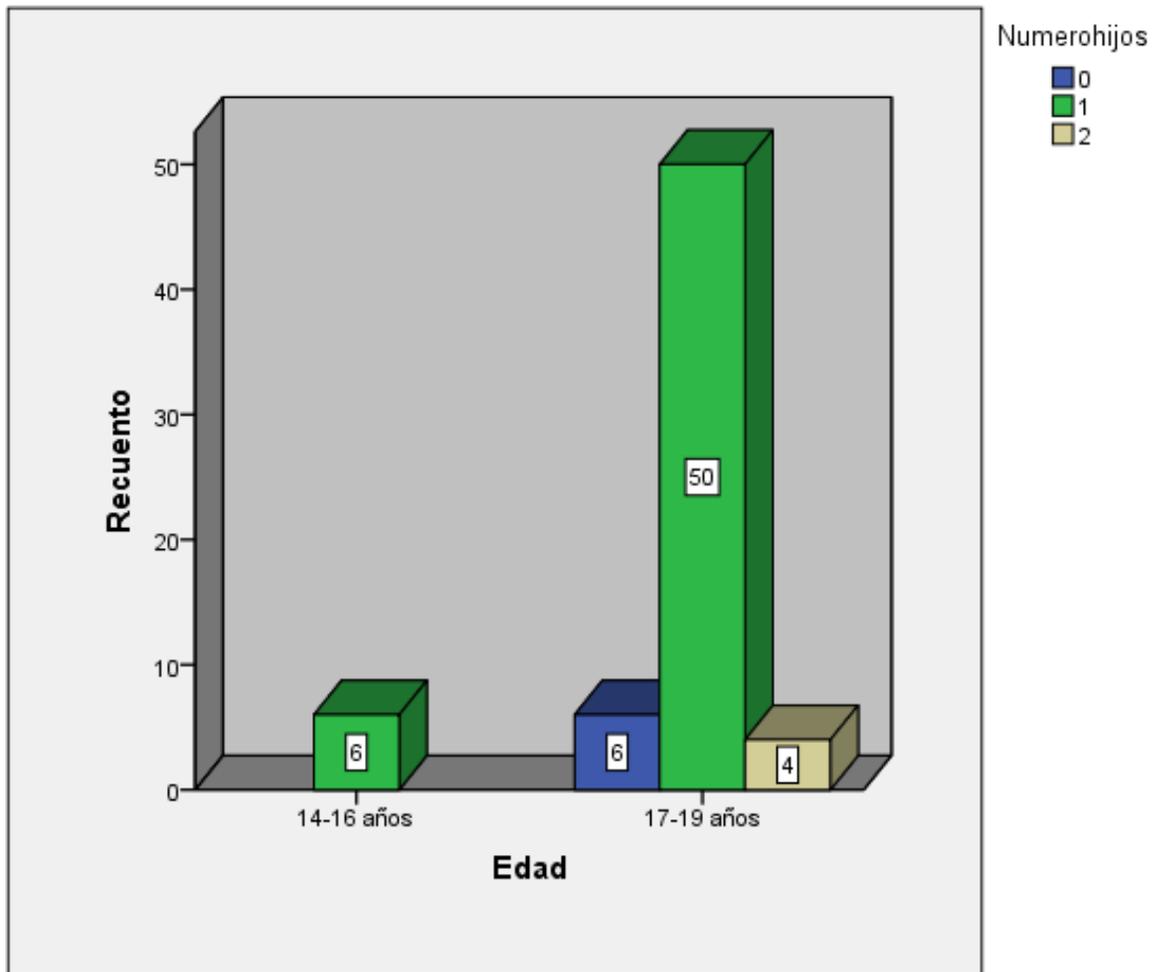


Tabla 8- Atención del primer embarazo y causas del embarazo subsecuente

Atención del primer parto	Causa embarazo subsecuente								Total	
	Falla del MAC		Deseo de tener otro hijo		No planificaba		Otros			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Centro de salud	0	0.0	4	6.1	0	0.0	0	0.0	4	6.1
Hospital	24	36.4	18	27.3	19	28.8	1	1.5	62	93.9
Total	24	36.4	22	33.3	19	28.8	1	1.5	66	100

Figura 9- Conocimientos de métodos anticonceptivos

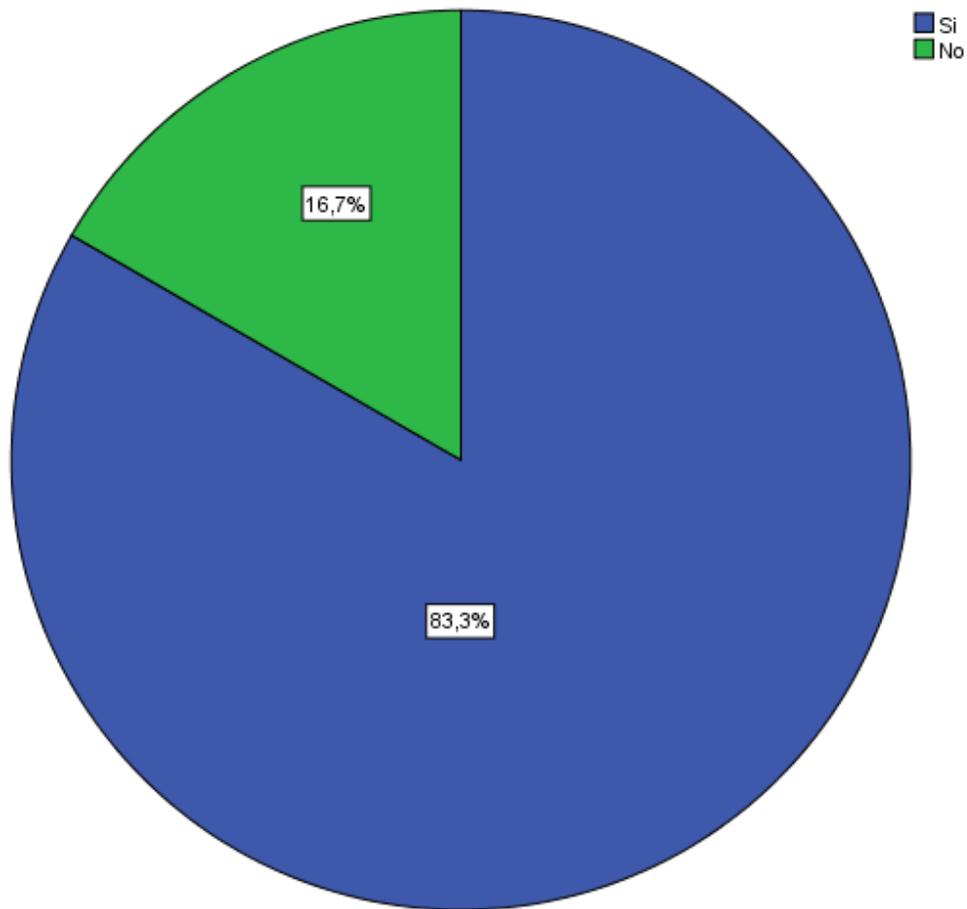


Tabla 10-Conocimiento de métodos anticonceptivos y oferta de métodos anticonceptivos después del primer parto

Conocimiento MAC	Oferta método anticonceptivo después del primer parto				Total	
	SI		NO			
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	55	83.3	0	0.0	55	83.3
NO	10	15.2	1	1.5	11	16.7
Total	65	98.5	1	1.5	66	100.0

Figura 11 - Tipo de método anticonceptivo ofertado después del primer parto

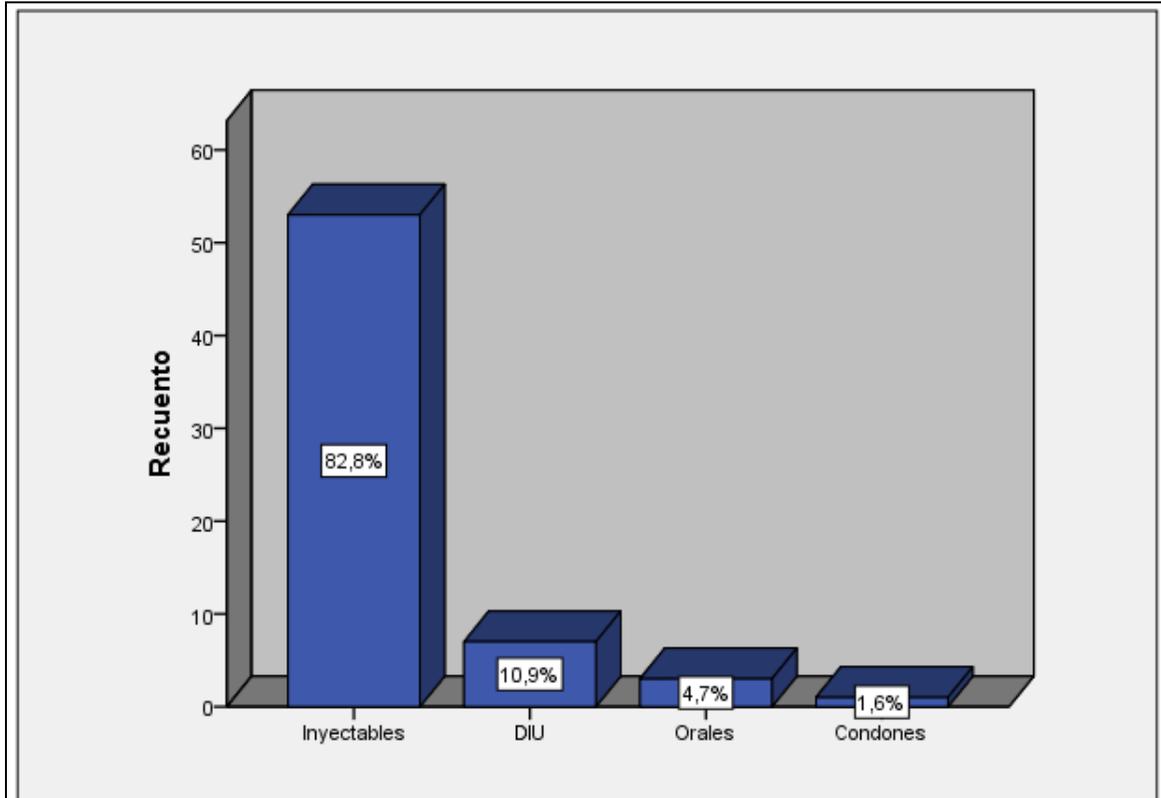


Tabla 12- Tipo de método ofertado y tipo de método utilizado

Método ofertado	Tipo de método utilizado								Total	
	Orales		Inyectables		Condomes		DIU			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Orales	2	3.0	1	1.5	0	0.0	0	0.0	3	4.5
Inyectables	14	21.2	34	51.5	3	4.5	0	0.0	51	77.3
Condomes	1	1.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	1.5
DIU	1	1.5	2	3.0	1	1.5	3	4.5	7	10.6
Total	18	27.3	37	56.1	4	6.1	3	4.5	62	93.9

Tabla 13-Tipo de autoestima y causas de embarazo subsecuente

Tipo de autoestima	Causas del embarazo subsecuente								Total	
	Falla del MAC		Deseo de tener otro hijo		No planificaba		Otros			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Autoestima alta	10	15.2	6	9.1	8	12.1	0	0.0	24	36.4
Autoestima media	11	16.7	12	18.2	9	13.6	1	1.5	33	50.0
Autoestima baja	3	4.5	4	6.1	2	3.0	0	0.0	9	13.6
Total	24	36.4	22	33.3	19	28.8	1	1.5	66	100.0

Factores familiares

Tabla 14 - Reacción de la familia ante el primer embarazo y el embarazo subsecuente

Reacción de la familia con el primer embarazo	Reacción de la familia embarazo subsecuente								Total	
	Aceptación		Rechazo		Indiferencia		Enojo			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Aceptación	34	51.5	0	0.0	0	0.0	5	7.6	39	59.1
Rechazo	2	3.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	3.0
Indiferencia	1	1.5	1	1.5	2	3.0	1	1.5	5	7.6
Enojo	11	16.7	0	0.0	0	0.0	9	13.6	20	30.3
Total	48	72.7	1	1.5	2	3.0	15	22.7	66	100.0

Tabla 15 - Antecedentes de embarazo en la familia y reacción ante el embarazo en la adolescente

Antecedente de embarazo en la familia	Aceptación		Rechazo		Indiferencia		Enojo	
	Primer. embarazo	Embarazo subsecuente	Primer embarazo	Embarazo subsecuente	Primer embarazo	Embarazo subsecuente	Primer embarazo	Embarazo subsecuente
Abuela	3	3	0	0	0	0	1	1
Madre	25	32	1	1	3	1	17	12
Hermana	6	6	1	0	0	0	1	2
Tía	1	1	0	0	0	0	0	0
Otras	4	6	0	0	2	1	1	0
Total	39	48	2	1	5	2	20	15

Tabla 16- Conflicto en la familia y reacción ante el embarazo adolescente

Conflicto en la familia	Aceptación		Rechazo		Indiferencia		Enojo	
	Primer embarazo	Embarazo subsecuente						
Divorcio	16	20	2	0	2	0	10	1
Violencia	1	3	0	0	0	0	3	12
Alcoholismo	19	3	0	1	2	1	1	2
Ninguno	2	21	0	0	1	1	6	0
Otros	1	1	0	0	0	0	0	0
Total	39	48	2	1	5	2	20	15

Tabla 17- Actitud de la pareja ante el uso de método anticonceptivo y tipo de relación con la pareja

Actitud de la pareja ante el uso de MAC	Relación con la pareja								Total	
	Muy buena		Buena		Regular		Muy mala			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Aceptación	14	21.2	35	53.0	9	13.6	1	1.5	59	89.4
Rechazo	0	0.0	2	3.0	1	1.5	0	0.0	3	4.5
Indiferencia	1	1.5	3	4.5	0	0.0	0	0.0	4	6.1
Total	15	22.7	40	60.6	10	15.2	1	1.5	66	100.0

Tabla 18 - Dependencia económica y con quien vive la adolescente

Dependencia económica	Con quien vives								Total	
	Padres y hermanos		La familia de mi pareja		Solo con mi pareja		Otros familiares			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Padres	4	6.1	2	3.0	1	1.5	0	0.0	7	10.6
De sí misma	0	0.0	1	1.5	2	3.0	0	0.0	3	4.5
De la pareja	9	13.6	23	34.8	21	31.8	1	1.5	54	81.8
Otros	0	0.0	2	3.0	0	0.0	0	0.0	2	3.0
Total	13	19.7	28	42.4	24	36.4	1	1.5	66	100.0

Figura 19. Medios de comunicación al que tienen acceso las adolescentes

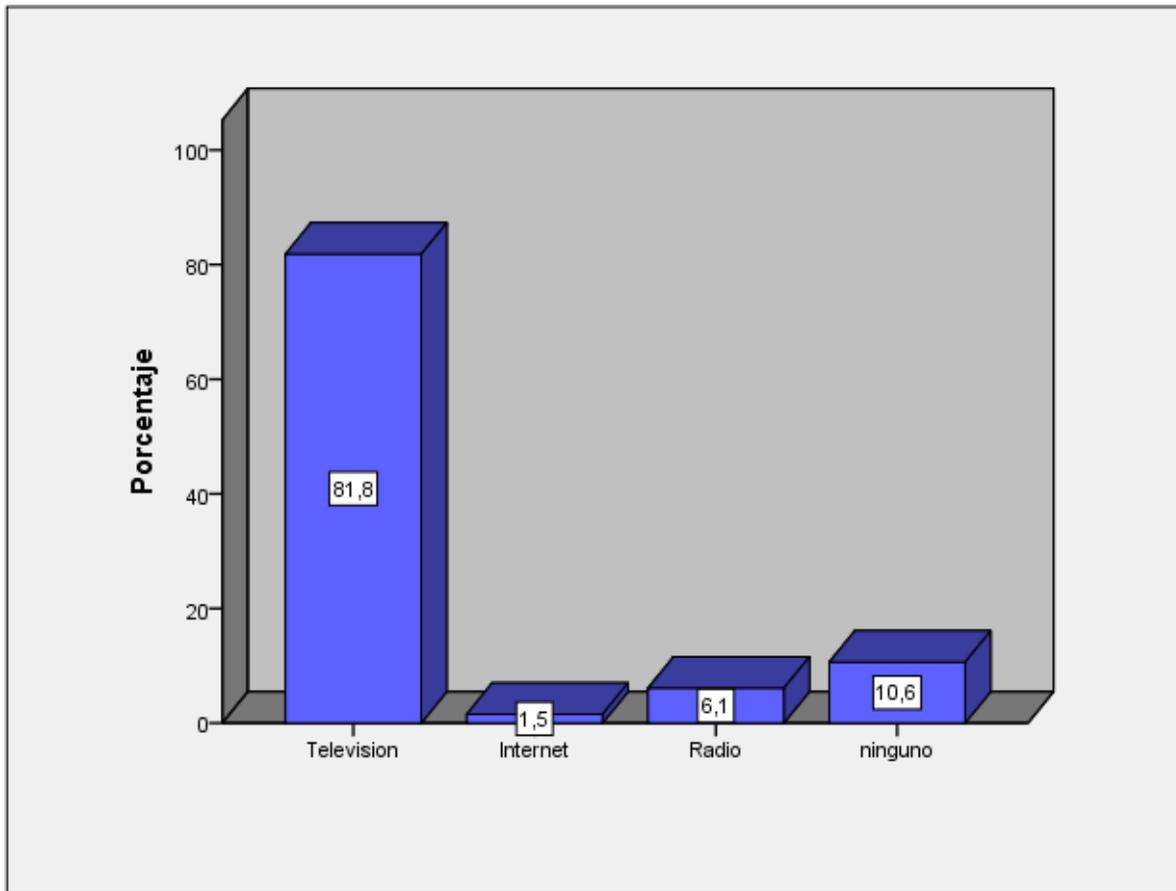


Tabla 20 – Mitos relacionados al embarazo

Mitos	De acuerdo		Muy de acuerdo		En desacuerdo		Muy en desacuerdo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
El embarazo como status para ser adulta	7	10.6	0	0	25	37.9	34	51.5
El embarazo es responsabilidad de las mujeres	25	37.9	0	0	18	27.3	23	34.8
Los hijos deben tenerse joven	19	28.8	0	0	28	42.4	19	28.8
Hay que tener hijos/as para retener a la pareja	2	3.0	0	0	1	1.5	43	65.2
La única función de la mujer es tener hijos	9	13.6	1	1.5	36	54.5	20	30.3
Es pecado usar métodos anticonceptivos	7	10.6	0	0	38	57.6	21	31.8
Hay que casarse joven porque después no voy a encontrar pareja	4	6.1	0	0	43	65.2	19	28.8
Hay que tener los hijos que DIOS quiera	20	30.3	1	1.5	31	47.0	14	21.2
Con la primera relación sexual no se queda embarazada	19	28.8	0	0	27	40.9	20	30.3
Teniendo relaciones sexuales de pie no se embaraza	6	9.1	0	0	36	54.5	24	36.4
Si solamente es la “puntita “ no hay embarazo	0	0	0	0	41	62.1	25	37.9
Si se lavan los genitales después de tener relaciones sexuales no hay embarazo	6	9.1	0	0	39	59.1	21	31.8
Si se toma la “pastilla” después de tener relaciones sexuales no hay embarazo	15	22.7	0	0	37	56.1	14	21.2

Correlación de variables

Tabla 11 - Correlación IVSA, edad del embarazo subsecuente, edad primer embarazo y número de parejas sexuales

	Edad	Número de parejas	IVSA	Edad primer embarazo
Correlación de Pearson	,381**	-,373**	1	,625**
Sig. (bilateral)	,002	,002		,000
Total	66	66	66	66

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 22 - Tabla correlación bivariada entre número de parejas y número de hijos

		IVSA	Edad primera menstruación	Número de parejas	Número hijos
Número de parejas	Correlación de Pearson	-,373**	-,012	1	,245*
	Sig. (bilateral)	,002	,925		,047
	N	66	66	66	66
Numero hijos	Correlación de Pearson	-,136	,018	,245*	1
	Sig. (bilateral)	,277	,887	,047	
	N	66	66	66	66

Tabla 23 - Correlación entre plan de vida antes del primera embarazo y después del primer embarazo

Plan de vida antes del primer embarazo	Plan de vida después del primer embarazo		Total
	Si	No	
Si	24	13	37
No	4	25	29
Total	28	38	66

Tabla 24 - Pruebas de chi-cuadrado plan de vida antes del primer embarazo y después del primer embarazo

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,361 ^a	1	,000		
Corrección por continuidad	15,333	1	,000		
Razón de verosimilitudes	18,733	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	17,098	1	,000		
N de casos válidos	66				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,30.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla 25 - Edad y tipo de plan de vida antes del primer embarazo

			Total
Rho de Spearman	Edad	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	66
	Tipo de Plan de vida antes del primer embarazo	Coefficiente de correlación	-,391*
		Sig. (bilateral)	,017
		N	37

Tabla 26 - Correlación entre el tipo de método ofertado, el método utilizado y número de hijos

			Tipo de método ofertado	Utilizado algún MAC	Tipo de método utilizado	Numero hijos
Rho de Spearman	Tipo de método ofertado	Coeficiente de correlación	1,000	-,037	,310*	,106
		Sig. (bilateral)	.	,771	➡ ,014	,403
		N	64	64	62	64
	Utilizado algún MAC	Coeficiente de correlación	-,037	1,000	.	,015
		Sig. (bilateral)	,771	.	.	,906
		N	64	66	64	66
	Tipo de método utilizado	Coeficiente de correlación	,310*	.	1,000	,183
		Sig. (bilateral)	➡ ,014	.	.	,147
		N	62	64	64	64
	Numero hijos	Coeficiente de correlación	,106	,015	,183	1,000
		Sig. (bilateral)	,403	,906	,147	.
		N	64	66	64	66

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 27 - Correlación de factores familiares

			Reacción de la familia primer embarazo	Reacción familia embarazo subsecuente	Temas de conversación con familia	Conflicto dentro de la familia
Rho de Spearman	Reacción de la familia primer embarazo	Coefficiente de correlación	1,000	,367**	,090	-,175
		Sig. (bilateral)	.	 ,002	,473	,160
		N	66	66	66	66
	Reacción familia embarazo subsecuente	Coefficiente de correlación	,367**	1,000	,106	-,173
		Sig. (bilateral)	,002	.	,396	,166
		N	66	66	66	66
	Temas de conversación con familia	Coefficiente de correlación	,090	,106	1,000	,003
		Sig. (bilateral)	,473	,396	.	,981
		N	66	66	66	66
	Conflicto dentro de la familia	Coefficiente de correlación	-,175	-,173	,003	1,000
		Sig. (bilateral)	,160	,166	,981	.
		N	66	66	66	66

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 28 - Correlación apoyo económico de la pareja y la familia

			Apoyo económico familia	Apoyo económico pareja
Rho de Spearman	Apoyo económico familia	Coeficiente de correlación	1,000	,248*
		Sig. (bilateral)	.	,045
		N	66	66
	Apoyo económico pareja	Coeficiente de correlación	,248*	1,000
		Sig. (bilateral)	,045	.
		N	66	66

Entrevista a informante clave

Concepto	Madres	Padres que pertenecen a grupos religiosos	Maestros	Pareja	Personal de salud
Cuál es la causa para que las adolescentes inicien relaciones sexuales a temprana edad	Por influencia de las amistades y también por rebeldía	Por influencia de sus amigos	Por la falta de comunicación con los padres y por el entorno en que viven	Por la curiosidad a experimentar	Baja escolaridad -Por curiosidad -Falta de consejería familiar
Porque cree usted que las adolescentes se embarazan por segunda vez	Porque no van al centro de salud a planificar	Por falta de consejería	Por falta de conciencia de ellas mismas	Porque a veces no les gusta planificar	Por dependencia económica del marido
Quien cree que debe proporcionarle información sobre salud sexual y reproductiva	Los profesores	El personal de salud	La consejera escolar	El personal de salud	Los padres los programas de atención a las adolescentes los profesores
Cree que el entorno familiar influye para que las adolescentes se embaracen por segunda vez	Si porque a veces hay padres que le dan muchas libertades a los hijos	Si porque los padres no les enseñan a los hijos los valores religiosos	Influye ya que los padres en muchos casos se hacen responsables del primer embarazo y luego se hacen cargo del bebe quedando libre la adolescente por lo que se embarazan de nuevo	Si algunas veces viven violencia familiar	Influye cuando no tienen apoyo de la familia
Cree usted que la comunicación con los padres influye para que las adolescentes se embaracen	Claro que influye porque los padres no dan confianza para un	Si porque los padres nos les hablan de los valores religiosos	Depende de la actitud que tomen los padres con respecto al primer	Los padres deben de comunicars e con los hijos y hacerles ver	Si hay una buena comunicación y apoyo para que sigan estudiando difícilmente tendrán otro

Concepto	Madres	Padres que pertenecen a grupos religiosos	Maestros	Pareja	Personal de salud
por segunda vez	dialogo		embarazo	sus	embarazo
Cree usted que los adolescentes tienen conocimientos sobre los métodos de planificación familiar	Si conocen sobre los métodos de planificación pero no los usan adecuadamente	No deberían de hablarles de métodos de planificación familiar porque eso las incita a tener relaciones sexuales	Si porque los programas televisivos, radios, en el colegio, en el centro de salud etc. les hablan sobre los métodos de planificación familiar	La gran mayoría conoce sobre los métodos de planificación familiar pero no van al centro de salud	Si tienen conocimientos pero algunos no los usan por temor a ser descubiertas por sus padres
Cree usted que los medios de comunicación tienen influencia para que las adolescentes se embaracen por segunda vez	Influye porque los adolescentes usan mucho los medios de comunicación	Influye cuando los insta a tener sexo como las novelas	Considero que no es pura negligencia de los adolescentes		Es muy controversial porque si bien ayudan a promocionar los métodos de planificación familiar, también propician la promiscuidad lo ideal es que vaya de la mano con la consejería de un profesional de salud
Cree usted que el nivel escolar de los adolescentes influye para que se embaracen nuevamente	No porque a veces se embarazan y están estudiando	Si porque si no siguen estudiando se embarazándose	Es un punto muy importante porque entre menos nivel escolar tiene mayor probabilidad de embarazarse de nuevo	Después que las adolescentes tienen su primer hijo dejan de estudiar y se dedican a tener más familia	Si porque no tienen la oportunidad de conseguir un empleo y continúan dependiendo económicamente de la pareja
Cuál es el rol que debe de jugar con una adolescente que	-conversar con ellas y mejorar la comunicación		Los maestros jugamos un rol importante ya que	Si porque si no siguen estudiando	

Concepto	Madres	Padres que pertenecen a grupos religiosos	Maestros	Pareja	Personal de salud
se embaraza por segunda vez	n -apoyarlas		convivimos con ellos y nos damos cuenta de sus problemas teniendo la oportunidad de aconsejarlas	embarazándose	
Qué estrategia cree usted ayudaría a prevenir el embarazo subsecuente en las adolescentes	-La planificación sería buena para evitar otro embarazo		--Hacer ferias para la prevención de embarazos --charlas a padres y adolescentes -consejería escolar permanente tanto a primaria como a secundaria	Que hagan un buen uso de los métodos de planificación familiar	la buena comunicación con los padres -motivarlas para que sigan estudiando -consejería de calidad sobre los métodos de planificación familiar

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN – MANAGUA**

**Factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes que asisten a la clínica
del adolescente del Hospital España**

Entrevista

Numero				Fecha				
<p>El siguiente instrumento está dirigido a adolescentes entre 14 - 19 años de edad que cumplen con los criterios de inclusión para el factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes. Su opinión es muy importante y los datos que nos proporcione serán utilizados únicamente para la investigación.</p>								
I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS								
1. Edad			2. Edad de tu Pareja			3. Estado civil		
14 - 16 años			14 - 19 años			Casada		
17 - 19 años			20 - 24 años			Soltera		
			25 - 29 años			Acompañada		
			30 - 39 años			Divorciada		
			Mayor 40 años			Otros		
4. Procedencia								
Urbana								
Rural								
5. Nivel escolar			6. Ocupación			7. ¿A qué religión		
no escolarizada			Trabaja			Católica		
Primaria incompleta			Ama de casa			Evangélica		
Primaria completa			Estudia			Testigo de jehová		
Secundaria incompleta			Otros			Mormón		
Secundaria completa						Otras		
Universitaria						Ninguna		
II. FACTORES INDIVIDUALES								
8. Edad de primera menstruación								
Menor de 10 años			11 - 13 años			Mayor de 14 años		
9. ¿Cuál es el número de parejas sexuales?			10. ¿A qué edad iniciaste relaciones sexuales?			11. Motivo por el cual iniciaste actividad sexual?		
1			Menor de 10 años			Amor		
2-3			11-13 años			Curiosidad		
4			Mayor de 14 años			Lástima		
Más de 4						Rebeldía		
						Otros		
12. ¿Tenías algún plan de vida antes de tu primer embarazo?						SI		NO
Estudiar			Tener hijos					
Casarse			Otros					
Viajar								

13. ¿Tenías algún plan de vida después del primer embarazo?				SI		NO	
Estudiar			Tener hijos				
Casarse			Otros				
Viajar							
14. ¿Cuál fue tu edad del primer embarazo?							
Menor de 10 años			11 - 13 años			Mayor de 14 años	
15. ¿cuál fue la causa de tu primer embarazo?							
Descuido			Rebeldía con mis padres			Deseo de tener hijos	
Me sentía preparada			Presión de la pareja			Otros	
No planificaba			Quería formar mi propio hogar				
Quería salir de mi casa							
16. ¿Cuántos hijos tienes?							
17. ¿Cuánto es el espacio de tiempo entre cada hijo?							
Mayor de 2 años			Menor de 2 años				
18. ¿Cuál fue la causa del embarazo subsecuente?				19. ¿Dónde atendieron tu primer embarazo?			
Falla del método de planificación familiar						comunidad	
Desconocimiento del método anticonceptivo						Centro de salud	
Decisión de tener otro hijo						Hospital	
Mi pareja me lo pidió						Clínica privada	
No planificaba						Otros	
Otros							
20. ¿Conoces sobre los métodos de planificación familiar?				SI		NO	
Tipos de anticonceptivos			Ventajas				
formas de uso			Desventajas				
Reacciones adversas							
21. ¿Te ofrecieron algún método de planificación familiar después de tu primer parto?				SI		NO	
Orales			DIU				
Inyectables			Otros				
Condomes							
22. ¿Has utilizado algún tipo de planificación familiar?				SI		NO	

23. Si la respuesta es SI ¿qué tipo de método?										
Orales		Inyectables		Condomes		DIU		Otros		
24. ¿Eres capaz de tomar tus propias decisiones?										
A veces				Siempre				Nunca		
25. Valoración de autoestima según escala de Rosemberg										
Este test tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma por favor, contesta las siguientes frases con las respuestas que considera apropiada.										
A. Muy de acuerdo		B. De acuerdo		C. En desacuerdo		D. Muy en desacuerdo				
							A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.										
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.										
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.										
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.										
5. En general estoy satisfecho de mí mismo/a.										
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.										
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.										
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a.										
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.										
10. A veces creo que no soy buena persona.										
Interpretación:										
Autoestima alta			Autoestima media			Autoestima baja				
III. FACTORES FAMILIARES										
26. ¿Cómo definirías la relación con tu familia?			27. ¿En tu familia hay antecedentes de embarazo en adolescente?			28. ¿Cuál fue la reacción de tu familia con tu primer embarazo?				
Amorosa			Abuela			Aceptación				
Tolerante			Madre			Rechazo				
Agresiva			Hermana			Indiferencia				
De confianza			Tía			Violencia				
Otros			Otras			Enojo				
						Otros				
29. ¿Cuál fue la reacción de tu familia por tu embarazo subsecuente?			30. ¿Qué tipo de apoyo económico tienes de tu familia?			31. ¿Qué tipo de apoyo económico tienes de tu pareja?				
Aceptación			Total			Total				
Rechazo			Parcial			Parcial				
Indiferencia			Ninguna			Ninguna				
Violencia										
Enojo										
Otros										

32. ¿Cuáles son los temas de conversación con tu familia?	Sexualidad	33. ¿Tienen conflicto dentro de la familia?	Divorcio	34. ¿Cuál es la actitud de tu mamá ante el uso de métodos anticonceptivos?	Aceptación
	Planificación familiar		Violencia intrafamiliar		Rechazo
	Otros		Abuso de alcohol		Indiferencia
			Abuso de drogas		
		Ninguno			
		Otras			

35. ¿Cuál es la actitud de tu pareja ante el uso de métodos anticonceptivos?	Aceptación	36. ¿Cómo es la relación con la pareja ?	Muy buena				
	Rechazo		Buena				
	Indiferencia		Regular				
	Otros		Mala				
			Muy mala				
	Ninguna						

IV. FACTORES SOCIO-CULTURALES

37. ¿De quién dependes económicamente?	Padres	38. ¿A qué medios de comunicación tienes acceso?	Televisión	Revistas
	De sí misma		Internet	Periódico
	De tu pareja		Radio	ninguno
	Otro familiar			

39. ¿Con quién vives?	Padres y hermanos	Solo con mi pareja
	La familia de mi pareja	Otros familiares

40. ¿Con cuáles de los siguientes mitos estás de acuerdo?				
mitos	A	MA	D	MD
El embarazo como status para ser adulto				
El embarazo es responsabilidad de las mujeres				
Los hijos deben tenerse jóvenes				
Hay que tener hijos/as para retener a la pareja				
La única función de la mujer es tener hijos				
Es pecado usar métodos anticonceptivos				
Hay que casarse joven porque después no voy a encontrar pareja				
Hay que tener los hijos que DIOS quiera				
Con la primera relación sexual no se queda embarazada				
Teniendo relaciones sexuales de pie no se queda embarazada				
Si solamente es la "puntita" no hay embarazo				
Si se lavan los genitales después de tener relaciones sexuales no hay embarazo				
Si se toma la "pastilla" después de tener relaciones sexuales no hay embarazo				

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

UNAN- MANAGUA

Factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes que asisten a la clínica de los adolescentes del Hospital España, Julio-Septiembre del 2016

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES

1. ¿Cuál es la causa por la que las adolescentes inician relaciones sexuales a temprana edad?
2. ¿Por qué cree usted que las adolescentes se embarazan por segunda vez?
3. ¿Quién debe proporcionar información sobre salud sexual y reproductiva?
4. ¿Cree usted que el entorno familiar influye para que las adolescentes se embaracen por segunda vez?
5. ¿Cree usted que la comunicación con los padres influye para que las adolescentes se embaracen por segunda vez?

6. ¿cree usted que los adolescentes tienen conocimientos sobre los métodos de planificación familiar?

7. ¿cree usted que los medios de comunicación tienen influencia para que las Adolescentes se embaracen por segunda vez?

8. ¿cree usted que el nivel escolar de las adolescentes influye para que se embaracen por segunda vez?

9. ¿Cuál es el rol que debe jugar la familia con una adolescente que se embaraza por segunda vez?

10. ¿Cuál es el rol de los maestros?

11. ¿Qué estrategia cree usted ayudaría a prevenir el embarazo subsecuente en las adolescentes?

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Nombre del proyecto de investigación: Factores asociados al embarazo subsecuente en adolescente atendidas en la clínica del adolescente hospital España de Chinandega Julio – Septiembre 2016.

Su hija ha sido seleccionada para participar en una investigación titulada factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes atendidas en la clínica del adolescente hospital España de Chinandega, con este estudio se pretende identificar a las adolescentes que necesitan acciones más intensas y específicas con el fin de brindarle el apoyo necesario, así como formular estrategias para reducir el riesgo de un nuevo embarazo.

Fue seleccionada por cumplir con ciertos criterios requerido para el estudio. Si acepta que ella participe se le hará una sola entrevista.

Las respuestas serán confidenciales y anónimas, serán utilizadas únicamente para el estudio, la entrevista tomara aproximadamente 15 minutos.

Su firma en este documento significa que usted ha decidido que la menor participe después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre de la madre/ tutor: _____

No de cedula: _____

Teléfono: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADOLESCENTE

Nombre del proyecto de investigación: Factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes que asisten a la clínica de los adolescentes del Hospital España de Julio-Septiembre del 2016.

Mi nombre (entrevistador) _____, estoy realizando una investigación para conocer las causas por las que las adolescentes que ya tienen un embarazo vuelven a embarazarse antes de terminar su etapa adolescente, con el objetivo de formular estrategias que permitan reducir el riesgo de un nuevo embarazo.

Fuiste seleccionada por cumplir con ciertos criterios que requiere el estudio, se te hará una entrevista la cual tomara aproximadamente 15 minutos y los datos proporcionados serán utilizados únicamente para el estudio y de ninguna manera va afectar la atención que se te brinda en esta unidad.

Tu madre y/o tutor también está informado de la entrevista que se te realizara, pero tú decides si deseas formar parte del estudio ya que es de forma voluntaria.

Tu firma en este documento significa que has decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Firma

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE-a).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Auto administrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1 .De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 untos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima grave, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas: La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0,76 y 0,87. LA fiabilidad es de 0,80.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				