



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

**TRABAJO PARA OPTAR AL TITULO DE MSSR**

**Factores Sociales presentes en el embarazo de adolescentes del Municipio de Santa María de Pantasma, Departamento de Jinotega, Julio a septiembre del año 2016.**

**Autor: Dra. Martha Silvana Palma Mendieta**

**Tutora: Yadira Medrano Moncada.  
Profesora Titular, UNAN-MANAGUA**

*Jinotega Agosto del 2019*

## INDICE

Dedicatoria		
Agradecimiento		
Resumen		
Opinión del tutor		
CAPITULO I. GENERALIDADES		
1.1		
Introducción.....	1	
1.2		
Antecedentes.....	3	
1.3		
Justificación.....	9	
1.4 Planteamiento del problema.....	10	
1.5 Objetivo general .....	11	
1.6 Marco teórico.....	12	
CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO.....		22
CAPITULO III. DESARROLLO.....		29
3.1.		
Resultados.....	29	
3.2.		
Discusión.....	31	
3.3.		
Conclusiones.....	36	
3.4.		
Recomendaciones.....	37	
CAPITULO IV. BIBLIOGRAFIA.....		38
CAPITULO V. ANEXOS.....		40

## **Dedicatoria**

**A mi hija Silvana Nicole Pacheco Palma, quien ha sido parte de mi inspiración para realizar este estudio y prepararme como madre para el abordaje de la adolescencia comprender mejor a los adolescentes y los factores que le rodean que influyen en su actitud ante el desarrollo de su vida sexual y como consecuencias los embarazos a temprana edad.**

## **Agradecimiento.**

**A Dios por brindarme su bendición a través de las múltiples oportunidades que me ofrece día a día.**

**A la cooperación española AECID por impulsar y financiar el desarrollo del talento humano a través de esta maestría.**

**Al SILAIS Jinotega por brindarme la oportunidad de participar en la maestría y permitirme crecer en este nuevo conocimiento.**

## Resumen

El objetivo del presente trabajo fue determinar los factores sociales presentes en el embarazo en adolescentes del municipio de Santa María de Pantasma, departamento de Jinotega. El tipo de estudio descriptivo de corte transversal, para obtener la información en una primera fase se entrevistó a informantes claves sobre la problemática del grupo. Con los resultados obtenidos se procedió a elaborar un instrumento con el que se entrevistó a las 42 adolescentes embarazadas que ingresaron a la casa materna de julio a septiembre del año 2016 sobre la problemática alrededor del embarazo. Los resultados de la entrevista fueron procesados y analizados con el epi-info y resumidos en tablas de frecuencia.

Entre los resultados se destacan que el grupo etario predominante es el de 15-19 años con 81.0%, mestizas 98.0%, del área rural con escolaridad de primaria incompleta, con inicio de vida sexual en el grupo de 14 a 16 años 54.8% con un compañero sexual en 76.2%.

La mayoría de las adolescentes tienen antecedentes de embarazos en adolescentes en la familia y amigas adolescentes embarazadas en del 60%. En el 50% Su opinión del embarazo significa dejar de estudiar.

En su mayoría han crecido solo con uno de sus padres, poca confianza para hablar del embarazo, en menos del 10% se abordan en la familia temas de sexualidad y embarazo.

La reacción de sus padres y familiares ante el embarazo fue de enojo y no aceptación en el 54.7%

En cuanto a los métodos de planificación la mayoría de los adolescentes conocen sobre métodos de planificación, sin embargo solo ha usado algún método de planificación un 40% de las adolescentes. El principal medio de donde obtienen la información es a través de la escuela en 78.5% seguido de las unidades de salud con 47.6%.

Hay mucho trabajo que hacer en relación al embarazo en adolescentes, en este estudio se concluye que las adolescentes tienen poca confianza para abordar temas de sexualidad y embarazo con sus familiares, que hay información sobre métodos de planificación, sin embargo, están embarazadas lo que nos orienta a fortalecer las estrategias de educación y empoderamiento familiar para romper las barreras de comunicación y fortalecer a las adolescentes en temas de sexualidad.

## **CAPITULO I. GENERALIDADES**

### **1.1 INTRODUCCION**

La Organización Mundial de la Salud define "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años" (OPS/OMS, 1995) (OPS/OMS, 1994) (Dirección General de Salud Reproductiva. Secretaria de Salud México. En Buen Plan. Curso de Atención a la Salud Reproductiva para Adolescentes. México DF SSR. 1994.).

“Los adolescentes representan el 18 por ciento de la población mundial” (UNFPA 2013). Ciento setenta y nueve gobiernos acordaron en 1994 en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) que era necesario “promover los derechos de las adolescentes a la educación, información y atención de salud reproductiva, y a reducir considerablemente el número de embarazos en adolescentes” (NACIONES UNIDAS, 1994).

El embarazo en la adolescencia es la preocupación médica más importante derivada de la conducta sexual de las jóvenes, pues es un resultado de la precocidad en las relaciones sexuales, sin el uso adecuado de los anticonceptivos, han aumentado considerablemente los embarazos en adolescentes en los últimos años. (Balestina, Pino , Suárez, & Soto, 2002)

La temprana menarquia y el comienzo más precoz de las relaciones sexuales, entre otros; podría explicar algunas de las razones por las que la sexualidad del adolescente puede resultar más problemática. Entre las consecuencias de que haya una elevada proporción de adolescentes sexualmente activos, se encuentra la aparición de un problema de salud pública. (Balestina, Pino , Suárez, & Soto, 2002)

Las causas más frecuentes de ingresos hospitalarios en las mujeres jóvenes fueron obstétricas (27%, 31% y 46% en el Caribe, Centroamérica y los Estados Unidos,

respectivamente). Las mujeres adolescentes embarazadas comparadas con las mujeres adultas tienen mayor riesgo de tener consecuencias adversas en salud, tienen menos probabilidades de terminar el ciclo educativo, más riesgo de empleo informal y de pobreza, y sus niños sufren más riesgos de la salud. La mitad de los países de la Región de las Américas presentan tasas de fecundidad entre adolescentes de 15–19 años de edad por encima de 72 por 1.000 mujeres. El 20% de los partos en la Región correspondió a mujeres menores de 20 años de edad, y se estima que el 40% de los embarazos fue no planificado. En América Latina y el Caribe, en el 2003, el 45% (405) del total de muertes estimadas (900) por abortos inseguros se registra en mujeres menores de 24 años. (OPS, 2010)

El inicio de vida sexual precoz en adolescentes sin conocimientos les expone a embarazos antes de los 19 años, embarazos que por algunos autores han sido catalogados como la puerta de entrada al ciclo de la pobreza dada la deserción escolar, el mayor número de hijos y el desempleo que estos generalmente implican, sobre todo para la muchacha que se embaraza. Peor aún, la inestabilidad de las parejas de jóvenes y la dificultad para negociar el uso de métodos anticonceptivos hace que este grupo de población sea considerado de alto riesgo.

En Nicaragua, como en la mayoría de los países en vías de desarrollo, se ha identificado y reconocido al adolescente como un grupo que posee características y necesidades propias que demandan cuidados especiales. La generación de adolescentes en el país, en la actualidad alcanza un millón de personas, lo que representa aproximadamente la quinta parte de la población total. De ahí la importancia de la generación de estudios que nos orienten sobre los factores que ese encuentran alrededor de las adolescentes para la creación de planes de intervención a nivel de salud, de las familias y comunidad.

## **1.2 ANTECEDENTES**

Según la OMS, cada año los embarazos no planificados causan al menos 40 millones de abortos, por su parte la Organización Panamericana de la Salud, ha reportado que en la actualidad, más de la mitad de los habitantes del mundo son menores de 25 años, aproximadamente un tercio tienen entre 10 y 24 años, y de ellos, un 80 % viven en países en desarrollo. Estos valores considerables de la población joven, deben continuar incrementándose y especialmente la caracterizada como población adolescente de 10 a 19 años estará en el 2020 sobre los 1 200 millones de habitantes. De hecho, la población adolescente en América Latina llegará a ser superior a los 180 millones de habitantes. (UNESCO , 2009)

En 2010 OPS presenta un informe sobre Plan y Estrategia de Salud en adolescentes que reporta que en varios países de la Región de las Américas, la edad de inicio de relaciones sexuales se ha adelantado, y la mayoría de los jóvenes inicia la actividad sexual durante el período de la adolescencia. En diversos países centroamericanos, aproximadamente el 50% de las mujeres de 15–24 años de edad ha iniciado relaciones sexuales a los 15 años, el porcentaje es mayor en las zonas rurales y entre los jóvenes con los niveles más bajos de educación. Cerca del 90% de los jóvenes de América Latina y el Caribe reportaron conocer al menos un método de anticoncepción, pero entre el 48% y el 53% de los jóvenes sexualmente activos nunca usaron anticonceptivos. De acuerdo con los informes del Instituto Guttmacher publicados en el 2006, las necesidades insatisfechas de anticoncepción entre las mujeres jóvenes fueron del 48% en Honduras, el 38% en Guatemala y el 36% en Nicaragua. (OPS, 2010)

Un recopilador habla sobre los adolescentes y en relación al embarazo Ana Coll expresa que la actitud de la adolescente frente al embarazo depende del apoyo familiar, de la etapa de adolescencia que este atravesando, de la circunstancia en que concebio el embarazo, una adolescente seguirá siendo una adolescente acargo de un niño, lo que crea un estado de confusión y madurez o responsabilidad adulta forzada. (Burak, 2001)

Los factores sociales que influyen en el embarazo y la fecundidad adolescente pueden ser concebidos como una serie de círculos concéntricos o niveles de análisis, que van desde lo más alejado (el nivel macrosocial) a lo más próximo a la conducta misma, el nivel de los conocimientos, actitudes y percepciones individuales. En este aspecto podemos mencionar las pautas culturales, la estructura socioeconómica (estratificación social), los roles de género, la condición étnica y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva adolescente. También parte del contexto social, pero más “próximas” al individuo, el lugar de residencia, con predominio del área rural con embarazos a temprana edad, la estructura familiar la carencia de convivencia con la madre y el padre lleva a los adolescentes a conductas de riesgos, inicio de vida sexual de riesgo es tres veces mayor en la primera relación y los grupos de sociabilidad (docentes, grupos de pares), son factores de peso, así como la existencia de servicios de prevención y atención en salud (en particular en salud sexual y reproductiva) y la disponibilidad de recursos anticonceptivos. Ciertas características de los sujetos determinan grados de “vulnerabilidad” a una fecundidad precoz: su edad, su situación socioeconómica (en particular su nivel de educación) y su pertenencia a un grupo étnico. (Pantelides, 2003)

En Lima Perú 2005, Rocío Miranda Palacios realizó un estudio sobre Factores Biopsicosociales relacionados al embarazo en adolescentes en el centro materno infantil encontrando, la mayoría de las adolescentes embarazadas estaban en edades de 17 a 19 años, con secundaria incompleta, con un 58% de inestabilidad emocional, con estrecha relación entre el antecedente de embarazo en adolescencia y el tipo de familia, un 44% de las adolescentes tenían antecedentes de violencia e influencia de los medios de comunicación. (Palacios, 2005)

En el 2009, Perú se realizó otro estudio sobre los factores socioculturales, conocimientos, actitudes y prácticas de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo, en el Hospital Jose Agurto, se comprobó que

dentro de los factores socioculturales en el grupo de gestantes adolescentes, predominó aquellas que se encontraban entre los 14 y 16 años, con estado civil soltera, grado de instrucción secundaria incompleta, dedicándose a las labores de casa, viven con su mamá y hermanos, con una media de inicio de relaciones sexuales de 14 años.. En cuanto al conocimiento sobre el embarazo las adolescentes tienen un conocimiento deficiente, las adolescentes primigestas presentaron una actitud negativa frente al embarazo. (Mengole Amaya & Iannacone, 2009)

En 2012, Colombia se publicó estudio sobre factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados en adolescentes en contrando que los factores asociados mediante el análisis multivariado con mayor riesgo de embarazo adolescente fueron: la edad (OR: 8,33 IC; 1,82-38,14), el estrato socioeconómico (OR: 12,52 IC; 1,58-98,91), la ocupación (OR: 7,60 IC: 3,0-19,27), la convivencia con la pareja (OR: 17,47 IC; 3,63-83,94), el inicio temprano de las relaciones sexuales (OR: 1,95 IC; 0,69-5,5), el número de compañeros sexuales (OR: 1,70 IC; 0,74-3,86), el nivel de escolaridad del padre (OR: 3,05 IC: 1,01- 9,22), el hecho de haber sido violada (OR: 3,66 IC; 1,12-11,96) y los ingresos económicos familiares (OR: 3,98 IC; 1,45-10,92). (Gómez Mercado & Montoya Vélez, 2012)

En Cuba en el 2012 se publicó un estudio sobre el embarazo y las complicaciones en la madre adolescente, el cual es un estudio de intervención educativa, encontró el 56,2 % desconocía conceptualmente el embarazo en la adolescencia, esto mejoró notablemente después de aplicado el programa, persistió solo el 12,5 % con este criterio, el 31,2 % manifestó que la primera relación sexual debe ser al cumplir los 14 años o tener la primera menstruación. El 59,3 % conocía los dispositivos intrauterinos como método anticonceptivo, el 68,7 % continuó el embarazo oculto por temor a los padres, el 31,2 % señaló como complicación fundamental la cesárea y los desgarros del tracto vaginal. Una vez finalizado el programa el 87,5 % expresó respuestas correctas. (Menendez, Navas Cabrera, & Hidalgo Rodríguez, 2012)

En Cuba en 2012 también se publicó un estudio sobre la Prevención del embarazo en adolescentes, el mayor porcentaje de las adolescentes encuestadas comenzó sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años. Las vías a las que más acceden son los familiares, seguidos de la TV y amigos. En cuanto a la connotación social que le atribuyen los adolescentes al embarazo se observó que identifican las complicaciones en el embarazo o el parto como uno de los problemas que trae consigo el embarazo a edades tempranas. (Vaillant Correoso, Dandicourt Thomas, & Makensie, 2012)

En el 2011 se publicó en Honduras un estudio de casos y controles sobre los factores de riesgos asociados al embarazo en adolescentes, los resultados expresan que hay una asociación entre el tabaquismo (OR = 6,38 IC 95%, 1,24 – 44,27), el haber completado solo la primaria (OR= 5,12, IC95% 2,20 – 12,10) y provenir de un hogar desestructurado (OR= 3,66 IC95%, 1,51-8,96), el haber recibido educación sexual en el ámbito familiar fue un factor protector. (Avila Montes, García, & Argüello Munguía, 2011)

En Honduras en 2011, se publicó otro estudio sobre Factores socioculturales que condicionan el embarazo adolescente en los municipios de Intibucá y Jesús de Otoro, que presenta factores socioculturales que condicionan el embarazo entre las adolescentes entre ellas el machismo, los tabúes alrededor de la educación sexual, el hacinamiento, la falta de espacios de recreación y redes de jóvenes que permitan socializar sus inquietudes y fortalecer la educación sexual. (Zelaya & Coto, 2011)

El Observatorio de igualdad de género de América Latina y el Caribe en su Informe anual 2011, “ofrece una nueva mirada sobre los avances, retrocesos y persistencias en relación a la autonomía física, económica y en la toma de decisiones” de las mujeres. Este **Observatorio** es fruto de un esfuerzo de varias instituciones: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Entidad para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las

Mujeres (ONU-Mujeres), Secretaría General Iberoamericana (SEGIB) y Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

En este Informe se menciona a Nicaragua, donde las tasas de embarazo en adolescentes son una de las más altas de la región latinoamericana. Por cuanto es el país con mayor proporción de embarazos adolescentes. En donde casi 110 de cada 1000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres.

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

Nicaragua tiene la tasa de fertilidad en adolescentes más alta de Latino América, ya que el 46% de ellas están embarazadas o ya son madre a la edad de 19 años. Mientras más bajo es el nivel socio-económico y de educación, más elevada es la tasa de fertilidad. A estos números se acompañan los altos niveles de embarazos no planificados, los riesgos del aborto ilegal y la alta mortalidad materna. Los y las adolescentes también tienen un alto riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/SIDA. Este comportamiento se deben al bajo uso de métodos anticonceptivos entre las adolescentes sexualmente activas: 7% usa el condón y 47% algún otro método moderno

Los indicadores de la salud reproductiva reflejan todavía situaciones críticas, ya que Nicaragua representa la mayor proporción de la región de nacimientos por mil adolescentes en edades de 15-19 años, casi duplica la medida centroamericana con 152 seguido de Guatemala con 115.

En Nicaragua 2013, se realizó un estudio sobre los factores de socioculturales que influyen en el embarazo en adolescentes en la comunidad de Bella Vista,

encontrando, la mayoría de adolescentes entrevistados, reportan haber recibido información sobre salud sexual y reproductiva. Los adolescentes calificaron su relación con miembros de la familia como amorosa, 60.0% y de confianza; los adolescentes opinan que los medios de comunicación “educan a la juventud”, pero, solo presentan lo bonito y los chavalos sin conocimientos correctos se dejan influenciar sin medir consecuencias. y los mensajes sexistas están abiertos a todo público. (Largaespada, 2013)

En Jinotega de acuerdo a los datos preliminares de la ENDESA del 2011/12, la población de 15 a 19 años, representa el 46.5% del total de las mujeres en edad fértil, las mujeres en edad fértil (MEF) representan el 24.5% del total de la población, la tasa de fecundidad refleja una disminución de 1.6 teniendo para el 2011/12 una TGF de 3.1 hijos en promedio por mujer. Esta cifra sigue siendo la segunda tasa más alta del país si nos comparamos con los 2006/07.

En Santa María de Pantasma para el 2011 los embarazos en adolescentes representaron el 30.47% y en el 2016 el 31.38%; en ambos periodos el porcentaje está por encima de la media nacional que es de 27.2%, con todos estos datos el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública multicausal que requiere de mayores esfuerzos de abordaje integral, iniciando por la revisión de los factores de riesgo de ocurrencia objeto de este estudio, de manera que sirvan de insumos para fortalecer las estrategias de prevención, sobre todo durante la adolescencia temprana.

### **1.3 JUSTIFICACION**

El embarazo en adolescentes es un gran problema de trascendencia en salud pública y el conocimiento de los factores predisponentes que están incidiendo en esta problemática, permitirá desarrollar planes de intervención, en el municipio de Santa María de Pantasma, sabiendo que en este municipio ha tenido un aumento sostenido del 1% los embarazos en adolescentes lo cual nos indica que las

estrategias realizadas hasta el momento no han tenido el impacto esperado, basados en estos resultados me propuse investigar los factores de riesgo presentes el embarazo en adolescentes, para proporcionar insumos que permita revisar y fortalecer la estrategia que logre reducir el embarazo en adolescentes.

El SILAIS Jinotega en sus diferentes municipios incluyendo Santa María de Pantasma en colaboración con agencias de cooperación Externa, está uniendo esfuerzos para el establecimiento de un programa de atención integral a adolescentes (0-20) cero embarazos antes de los veinte años. Por tanto es necesario hacer un estudios que apoyen con la documentación de cuáles son los factores socioculturales que intervienen en el embarazo en la adolescencia con el objetivo de promover los derechos del adolescente, establecer el programa de atención integral a adolescentes y proporcionar la oportunidad para que las niñas alcancen su potencial de desarrollo que también contribuirá a mejorar las condiciones de su familia, comunidad y contribuir al desarrollo socioeconómico de la nación para que logren cumplir sus proyectos de Vida.

#### **1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En Jinotega de acuerdo a los datos preliminares de la ENDESA del 2011/12, la población de 15 a 19 años, representa el 46.5% del total de las mujeres en edad fértil, las mujeres en edad fértil (MEF) representan el 24.5% del total de la población, la tasa de fecundidad refleja una disminución de 1.6 teniendo para el 2011/12 una

TGF de 3.1 hijos en promedio por mujer. Esta cifra sigue siendo la segunda tasa más alta del país si nos comparamos con los 2006/07.

En Santa María de Pantasma para el 2011 los embarazos en adolescentes representaron el 30.47% y en el 2016 el 31.38%; en ambos periodos el porcentaje está por encima de la media nacional que es de 27.2%, con todos estos datos el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública multicausal que requiere de mayores esfuerzos de abordaje integral.

En base a lo anterior se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los Factores sociales presentes en las embarazadas adolescentes en el municipio de Santa María de Pantasma departamento de Jinotega en el periodo de Julio a septiembre del año 2016?

## **1.5 Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar los factores sociales presentes en las embarazadas adolescentes en el municipio de Santa María de Pantasma, julio a septiembre del año 2016.

### **Objetivos Específicos:**

1. Caracterizar demográficamente las adolescentes en estudio.
2. Describir los factores internos presentes en las embarazadas en estudio.
3. Identificar los factores externos en las embarazadas en estudio.
4. Enumerar las características reproductivas de las adolescentes en estudio.

## **1.6 MARCO TEÓRICO**

### **Juventud y adolescencia.**

Del latín *iuventus* es la edad que se sitúa entre la infancia y la edad adulta. Según la Organización de las Naciones Unidas, la juventud comprende el rango de edad entre los 10 y los 28 años; abarca la pubertad o adolescencia inicial de 10 a 14 años, la adolescencia media o tardía de 15 a 19 años y la juventud plena de 20 a 28 años.

El término juventud también puede referirse a los primeros tiempos en la existencia de algo, y puede ser sinónimo de energía, vigor y frescura. (OMS, 2013)

La Organización Mundial de la Salud propuso en el año 2000 una escala de edades para la estratificación de la adolescencia y la juventud. La propuesta de la OMS se recoge en el documento La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, y es una consideración genérica en períodos de 5 años en los que términos como juventud y adolescencia resultan intercambiables entre los 15 y 19 años de edad. (OMS, 2013)

Juventud: 10 a 28 años (datos según la OMS)

10 a 14 años - Pubertad, adolescencia inicial o temprana, juventud inicial (5 años)

15 a 19 años - Adolescencia media o tardía, juventud media (5 años)

20 a 28 años - Juventud plena (8 años)

### **Embarazo adolescente.**

Es el embarazo que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen". (Ramírez Juárez & Pérez, 2008)

### **Embarazo adolescente reincidente**

Es la adolescente que repite un embarazo tras un periodo intergenésico corto, que aumenta la desnutrición en edades tempranas y reduce la supervivencia del hijo previo por el destete precoz al reducir la duración de la lactancia materna.

### **Factores predisponentes del Embarazo en adolescente**

**Menarca Temprana:** otorga madurez reproductiva cuando aún no maneja las situaciones de riesgo. La edad de la pubertad ha declinado desde 17 años, en el siglo XIX, alrededor de 12-13 años actualmente. Los adolescentes son fértiles a una edad menor. Los adolescentes con una edad de menarquia precoz están más expuestos al riesgo de embarazo. (Ramírez Juárez & Pérez, 2008)

**Inicio Precoz De Relaciones Sexuales:** cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención. (Contreras , Guzman, & Falconier , 2000)

**Familia Disfuncional:** uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. (Contreras , Guzman, & Falconier , 2000)

**Bajo Nivel Educativo:** con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo. (JR, 2001)

**Migraciones Recientes:** con pérdida del vínculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores.

**Pensamientos Mágico:** propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean. (Mengole Amaya & Iannacone, 2009)

**Fantasías de Esterilidad:** comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles. (Mengole Amaya & Iannacone, 2009)

**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, entre otros. (Mengole Amaya & Iannacone, 2009)

**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. (Mengole Amaya & Iannacone, 2009) (Palacios, 2005)

**Aumento en número de adolescentes:** alcanzando el 50% de la población femenina.

**Factores socioculturales:** la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos. (Mengole Amaya & Iannacone, 2009)

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y de acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo. (Mengole Amaya & Iannacone, 2009) (Palacios, 2005)

### **Factores que contribuyen al inicio de la sexualidad adolescente**

- Ignorancia en reproducción y sexualidad humana
- Mala o deficiente comunicación con los padres
- Ignorancia de los padres en embarazo y sexualidad
- Problemas entre los padres

- Padres que viven separados
- Ser hijo o hija de madre adolescente (Virella & González, 2009)

### **Factores que contribuyen a menor probabilidad de inicio de relaciones sexuales en adolescentes**

- Padres más instruidos y educados
- Buena o adecuada autoestima del adolescente
- Adolescente estudiando
- Existencia de planes futuros
- Ocupación del tiempo libre con actividades de desarrollo físico, intelectual, artístico o espiritual (Virella & González, 2009)

### **Factores asociados al embarazo en adolescentes**

Pertenencia a zonas rurales: Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, en todo el período 1990-2005 se observó un mayor porcentaje de madres adolescentes en las zonas rurales respecto a las zonas urbanas. En esta encuesta se demostró que persisten altas tasas de fecundidad adolescente en ambas zonas: 14.5% en las ciudades y 21.6% en el campo. (INIDE, 2011)

Nivel económico y social: Según la Encuesta Nacional de demografía y Salud del 2005, entre las adolescentes que estaban solteras y fueron clasificadas por el indicador NBI, el 10.8% eran pobres y el 7.7% estaban en miseria, lo que sugiere que las condiciones económicas de las madres adolescentes son más críticas que las de las jóvenes que no han estado embarazadas.

En 2005, el 31.5% de las adolescentes más pobres había estado embarazada (Profamilia, 2000, 2005). (INIDE, 2011)

Practicar alguna religión: Algunos estudios sugieren que la identificación y satisfacción con una religión y con valores religiosos las lleva a un estado de

satisfacción personal que actúa como una influencia protectora del inicio de relaciones sexuales a temprana edad. (Virella & González, 2009)

**Influencia del grupos de amigos:** La adolescente buscando su libertad e intentando continuar con su vínculo afectivo con otras personas que estén desligadas de su núcleo familiar, se refugia en amigos, y por ley natural de ahí progresa hacia una relación amorosa, donde generalmente, inician su vida sexual a temprana edad, de la cual pueden surgir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. (Virella & González, 2009)

**Influencia de televisión, radio, periódicos o revistas:** La influencia de los medios de comunicación donde se promueve la relación amorosa sin un sentido de respeto hacia la persona, donde no se referencia el respeto por el cuerpo, por la determinación individual ni por la salud mental. (Virella & González, 2009)

**Actitud frente a la experiencia del embarazo.** El embarazo en la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia. Comprende profundos cambios somáticos y psicosociales con incremento de la emotividad y acentuación de conflictos no resueltos anteriormente. Generalmente no es planificado, por lo que la adolescente puede adoptar diferentes actitudes que dependerán de su historia personal, del contexto familiar y social pero mayormente de la etapa de la adolescencia en que se encuentre. (Virella & González, 2009)

## **Sexualidad en la Adolescencia**

La sexualidad es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres Áreas. Se plantea los siguientes tópicos acerca de la sexualidad en la adolescencia:

- Se debe destacar que una gran proporción de adolescentes no se embarazan de otro adolescente sino de un hombre adulto que puede duplicar o triplicarles la edad. Se le permite como derecho casi exclusivo ejercer el hombre su sexualidad mientras que a la mujer se le exige la represión y el control de sus emociones además de la responsabilidad respecto al bebé. Debido a esto usualmente la mujer abandona su educación, lo que le acarrea muchas dificultades en su desarrollo personal.
- El diagnóstico de embarazo se hace más tardíamente y por lo tanto las maniobras abortivas son de mayor riesgo. La provocación del aborto en adolescentes no cuentan con los recursos para pagar un experto y terminan aceptando maniobras y situaciones de gran riesgo de infección y hemorragias. Las complicaciones del aborto en adolescentes son de consulta más tardía de lo observado en adultas, pues no le dan importancia a los primeros síntomas y además esconden complicaciones hasta el momento en que la situación empeora.
- La ocurrencia más frecuente de embarazos adolescentes, en hijas de madres que fueron gestantes durante su adolescencia, si bien es un fenómeno frecuente en familias disfuncionales o monoparentales.
- La mayoría de adolescentes se ven abocadas a dejar sus estudios y a dedicarse a las labores del hogar mientras termina su embarazo y a buscar sub-empleos que de todas formas le representa una muy baja remuneración. Algunas adolescentes embarazadas constituyen uno de los grupos de alto riesgo, que puede ser dada por su madurez física como por dificultades sociales y económicas y al mismo tiempo aceleran el crecimiento demográfico. (Virella & González, 2009) (Burak, 2001)

### **Cambios en la Adolescencia**

- **Intelectuales.** El pensamiento desarrollado se vuelve más flexible, puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender y aceptar situaciones sociales y teorizar sobre aquellas que no son comprendidas en

forma directa; comienza el empleo de la lógica formal para solucionar problemas, realiza planificación y elabora proyectos a largo plazo. A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. (Contreras , Guzman, & Falconier , 2000) (Burak, 2001)

- **Emocionales.** Los adolescentes se deben enfrentar a conflictos de la primera infancia, los cuales no han sido resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y lo que piensan de sí mismos, la aparición de la fecundidad como posibilidad de procreación, la identidad es el tema central de la adolescencia. Hay desubicación temporal, el yo se ha constituido en el eje del conflicto adolescente.
- **Sociales.** Hay crítica de las normas o valores familiares, especialmente lo que proviene de los padres y además se cuestiona la autoridad y disciplina.

### **Madurez Psico-Social de la Adolescente**

El desarrollo psicológico y social, se presenta que los procesos emocionales y mentales se adapten uno al otro, sin producir desequilibrio se dice que la maduración precoz de 9 a 10 años, el adolescente tiende a adaptarse rápidamente a este tipo de desarrollo, y en la maduración tardía, al final de la adolescencia; donde son tratados como niños por el grupo que los rodea, trae conductas inadecuadas, al igual que en sus relaciones con las jóvenes, por lo general tienen autoestima baja. De ahí que, el personal de salud incluyendo enfermería deberá conocer las diferentes conductas del adolescente en estos periodos para poder dirigir de manera efectiva los programas de educación psico-sexual.

En concordancia con el desarrollo psicosocial del adolescente, la teoría de Freud y Erikson citada por Toledo, E. señala que a medida que el individuo madura, el impulso sexual o la búsqueda del placer sexual, que Freud, lo llamó libido, se concentra en diversas partes sensitivas del cuerpo según el desarrollo sexual: en la pubertad se despierta o renacen los impulsos sexuales, esta vez dirigido a personas

del sexo opuesto, buscando la satisfacción a través del amor; a medida que trascurren los años, éste se va convirtiendo en un amor maduro, en el cual intervienen la satisfacción pospuesta, la responsabilidad y el amor por los demás, en todas sus expresiones. (Burak, 2001) (Contreras , Guzman, & Falconier , 2000)

### **Factores de Riesgo**

La Organización Mundial de la Salud, divide la infancia desde el nacimiento hasta los 10 años, pre adolescencia de 10 a 14 años y adolescencia de los 14 a los 19 años. Estudios realizados en Estados Unidos han evidenciado una tendencia al alza de la actividad sexual en los adolescentes durante los últimos 30 años.16 Según la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud, en Chile, al año 2003, el 35,2% de los adolescentes y el 84,5% de los jóvenes hasta los 24 años de edad se encontraban sexualmente activos. (Vaquez Niebla , Vazquez Cabrera, & Rodríguez , 2003)

Al año 2003 se estimaba que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales era alrededor de los 17 años, sin embargo en trabajos más recientes al respecto, se ha visto una tendencia a una mayor precocidad. Como ejemplo de lo anterior es posible citar el estudio realizado por González T et al el año 2005 en donde se vio que la edad promedio de inicio de la actividad sexual era de 15,6 años. Es importante destacar la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la edad de inicio de la actividad sexual, ya que las edades menores se presentan en los niveles socioeconómicos más bajos y en los niveles más altos mayores edades. (Tórrez, 2007)

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.

2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.

3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes. (Burak, 2001) (JR, 2001)

### **Aspectos sociales que viven los adolescentes a nivel educativo**

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional. Las causas de la deserción escolar son: vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro.

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia. La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. (Díaz, Sanhueza, & Yaksic , 2002)

## **CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO**

**2.1 Tipo de estudio:** Estudio descriptivo de corte trasversal.

**2.2 Área de estudio:** Municipio de Santa María de Pantasma, Jinotega.

**2.3 Universo:** Total de embarazadas del municipio de Santa María de Pantasma de Jinotega, que corresponden a 1416.

**2.4 Población de estudio:** Las adolescentes embarazadas del municipio de Santa María de Pantasma de Jinotega, que corresponden a 468

**2.5 Muestra No probabilística:**

Se entrevistaron a 42 adolescentes que ingresaron a la casa materna de Santa María de Pantasma..

**2.6 Criterios de Inclusión/exclusión**

1. Adolescentes entre la edades de 10 a 19 años
2. Adolescentes que deseen participar en el estudio
3. Adolescentes que estando con sus tutores le permitan participar en el estudio
4. Adolescentes que no llenaron los criterios para ser entrevistadas

**2.7 Técnicas y procedimientos**

- Se diseñaron dos tipos de instrumentos, el primero para entrevistar a los informantes claves, o sea a personas que tienen conocimiento y vínculo con el problema del embarazo en adolescentes.
- De los resultados de las entrevistas de los informantes que participaron, se diseñó y aplico instrumento para la población de en estudio; este fue previamente validado para realizar la entrevista a las adolescentes en la casa materna
- **Informantes claves entrevistados:**

- Personal de salud, Padres de familia
- Maestros
- Religiosos
- Adolescentes líderes.

Se le explicó a las adolescentes los objetivos e importancia del estudio, solicitándoles su consentimiento, se dió información a familiares o persona responsable del adolescente para garantizar su participación.

## **2.8 Plan de tabulación y análisis**

La información cualitativa se resumió en cuadros en función de las preguntas e informantes participantes.

Los datos cuantitativos se resumen en cuadros por frecuencia y porcentajes en función de los objetivos específicos.

## 2.9 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA/ VALOR
<b>ASPECTOS DEMOGRAFICOS</b>			
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el momento de la encuesta	Años	10 – 14 años 15 a 19 años
<b>Procedencia</b>	Hace referencia al origen de la persona	Lugar de origen	Urbano Rural
<b>Escolaridad</b>	Año de estudios aprobados al momento de llenar la encuesta	Último año aprobado	1. Analfabeta 2. Primaria Incompleta 3. Primaria Completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Técnica
<b>Religión</b>	Seguimiento de una doctrina religiosa	Doctrina	Católica Evangélica Otro
<b>Etnia</b>	Comunidad de personas con afinidades de raza que comparten la misma lengua, creencias y costumbres	Grupo étnico	Mestiza Mayagna Miskita Otro
<b>Estado Civil</b>	Estado Civil en el que se encuentra la paciente	Estado de Unión conyugal	1. Soltera 2. Acompañada 3. Casada 4. Divorciada 5. Viuda
<b>Ocupación</b>	Actividad laboral que desempeña	Trabajo que desempeña actualmente	1. Estudiante 2. Ama de casa 3. Obrera 4. Domestica 5. Otro

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
<b>Necesidades Básicas insatisfechas</b>	Condiciones y servicios básicos con los que se cuenta	Servicios básicos	Casa propia Agua potable Energía eléctrica Número de personas en vivienda Número de cuartos Letrina/inodoro Techo Piso
<b>FACTORES SOCIALES</b>			
<b>Personas de Crianza</b>	Familiares con los se crio antes de salir embarazada	Parentesco	1. Madre 2. Padre 3. Ambos 4. Abuelos / familiares 5. Otros
<b>Relación con sus padres o familiares de crianza</b>	Relación de confianza y afecto entre personas	Nivel cualitativo de relación	1. Buena 2. Regular 3. Mala
<b>Violencia física en la familia</b>	Relación de poder en la que se recurre a la violencia (golpes, heridas, empujones, jalones, etc) para ejercer control	Antecedentes	SI NO
<b>Antecedentes violencia</b>	Estado en el cual la persona encuestada refiere haber sufrido violencia física		
<b>Embarazos adolescentes en la familia</b>	Familiares que se hayan embarazado adolescentes		
<b>Amigas con embarazos adolescentes</b>	Existencia de amigas que se hayan embarazo siendo adolescentes		
<b>Hábitos tóxicos</b>	Antecedente de hábitos tóxicos de los adolescentes en estudio	Consumo	Cigarrillos o tabaco Bebidas alcohólicas

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
<b>Opinión sobre el noviazgo</b>	Conjunto de consideraciones u opiniones sobre el noviazgo	Tipo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bonito</li> <li>2. Enredado</li> <li>3. Etapa de conocimiento</li> <li>4. Mucha presión</li> </ol>
<b>Opinión sobre el casamiento</b>	Conjunto de consideraciones u opiniones sobre el casamiento		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mucha responsabilidad</li> <li>2. Para toda la vida</li> <li>3. Unión de amor</li> <li>4. Jamás me caso</li> <li>5. No creo en el casamiento</li> </ol>
<b>Abordaje de temas sobre embarazo con tus familiares</b>	Comunicación fluida con familiares sobre temas de salud sexual y reproductiva	Temas de sexualidad y embarazo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>
<b>Confianza con padres o familiares para hablar de tu embarazo</b>	Relación afectiva que permite sin temor abordar un tema nuevo, inesperado o complejo.	Existencia de confianza	
<b>Reacción de tus padres/ familiares ante el embarazo</b>	Respuesta de los padres y familiares ante la noticia del embarazo en la adolescente	Tipo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se alegraron</li> <li>2. Se enojaron</li> <li>3. Te obligaron a casarte</li> <li>4. Aceptaron tu embarazo</li> <li>5. Te insinuaron el aborto</li> <li>6. Te echaron de la casa</li> <li>7. No les importa lo que te suceda</li> </ol>
<b>Significado el embarazo</b>	Opinión sobre la valoración de lo que ha significado en su vida el embarazo		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dejar de estudiar</li> <li>2. Un hijo</li> <li>3. Responsabilidad</li> <li>4. Tristeza</li> </ol>
<b>Educación en métodos de planificación familiar</b>	Medio de información sobre los métodos de planificación familiar	Tipo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tus padres</li> <li>2. Familiares</li> <li>3. Escuela</li> <li>4. Radio</li> <li>5. Unidad de salud</li> <li>6. Otros</li> </ol>

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
<b>Anticoncepción</b>	Métodos de planificación conocidos y usados por las adolescentes.	Tipo Métodos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Píldoras/ pastillas</li> <li>3. Condones</li> <li>4. Inyectables</li> <li>5. DIU o T de cobre</li> <li>6. PPMS</li> <li>7. Otros</li> </ol>
<b>CARACTERITICAS REPRODUCTIVAS</b>			
<b>Menarquia</b>	Edad en que la paciente presentó su primera menstruación	Años	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 10 – 13</li> <li>2. 14 – 16</li> <li>3. 17 – 19</li> </ol>
<b>IVSA</b>	Edad en que la paciente inicia su vida sexual activa		
<b>Compañeros sexuales</b>	Cantidad de compañeros sexuales que ha	Número	<ol style="list-style-type: none"> <li>1</li> <li>2</li> <li>3 o más</li> </ol>
<b>Primer Embarazo</b>	Edad en años en que se dio el Primer embarazo	Años	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 10 – 12</li> <li>2. 13 – 15</li> <li>3. 16 – 17</li> <li>4. 18 – 19</li> </ol>
<b>GESTA</b>	Número de embarazos al momento de la encuesta	Número	<ol style="list-style-type: none"> <li>1</li> <li>2</li> <li>3 o más</li> </ol>
<b>Meses de embarazo</b>	Tiempo transcurrido en trimestres desde su fecha de última regla hasta el momento de la entrevista	Trimestres	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I Trimestre</li> <li>2. II Trimestre</li> <li>3. III Trimestre</li> </ol>
<b>Controles prenatales</b>	Número de controles realizados en el embarazo	Número	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uno</li> <li>2. Dos</li> <li>3. Tres</li> <li>4. Cuatro o más</li> </ol>

## 2.10 Aspectos éticos

No hay intereses de conflictos, la información recopilada es de carácter confidencial y en ningún momento se expone la identidad de las adolescentes en estudio.

## **CAPITULO III. DESARROLLO**

### **3.1 RESULTADOS**

#### **Características demográficas**

El 97.6% de las adolescentes entrevistadas son mestizas y el 86% proceden del área rural; 81.0% tienen entre 15 a 19 años. En cuanto a la escolaridad el 9.5% son analfabetas, 19.0% Primaria incompleta, 19.0% Primaria completa, 47.6% secundaria incompleta y un 4.7% secundaria completa. El 42.8% de los adolescentes son evangélicas, el 30.9% católicos y el 26.2% practican otra religión. 52.4% están solteras, 42.8% acompañadas con su pareja y un 4.8% están casadas. En cuando a la ocupación el 50.0% eran estudiantes, el 33.3% amas de casa, 9.5% empleadas domésticas y el 7.1% obreras. (Ver Cuadro N° 1)

#### **Disponibilidad de servicios básicos**

Casa propia en el 73.8%, Con servicio de agua potable en el 59.5%, energía eléctrica en 69.0%, disposición de excretas en letrina el 85.7% y en inodoro el 14.3%. Con respeto a techo de la casa de zinc en el 74.0%, de madera en el 19.0%, de paja en 5.0% y de plástico 2.0%. Con la composición del piso de tierra en 43.0%, ladrillo 19.0% (8) y embaldosado 38.0%. Con hacinamiento 83.3%. (Ver Cuadro N° 2)

#### **Factores Sociales**

Han crecido: con su madre 33.3%, con padre y madre 26.0%, abuelos o familiares 21.4%, con el padre 12.0% y otros 7.2%. Relación con los padre o familiares antes del embarazo: Buena 50.0%, regular 21.0% y mala 29.0%. Antecedente de Violencia física en 73.8%, antecedentes familiares de embarazos en adolescentes en la familia en 69.0% y antecedentes de amigas adolescentes embarazadas en 64.2%. En la opinión sobre el noviazgo expresaron: Una Bonita relación con 42.8%

es enredado describirlo con 21.4%, Etapa de conocimiento del novio con 16.7%, mucha presión con 12.0% y una salida de casa en 7.1%. (Ver Cuadro N° 3)

En la opinión sobre el casamiento expresaron: Es algo de mucha responsabilidad con 26.0%, debe ser para toda la vida con 26.0%, es una unión de amor con 24.0%, jamás me caso con 14.0% y No creo en el casamiento en 10.0%. Confianza con los padres o familiares para hablar de su embarazo, un 9.5% expreso si hay confianza. Abordaje de temas de sexualidad y embarazo en la familia en un 23.8% se abordan estos temas. Reacción de los padres o familiares ante este embarazo: Se enojaron en un 54.7%, aceptaron el embarazo en 16.7%, se alegraron en 9.5%, te echaron de casa en 7.1%, insinuaron el aborto en 4.8%, no les importó en 4.8% y te obligaron a casarte en 2.4%. En cuanto a la opinión personal de su embarazo expresaron: Dejaré de estudiar en 50.0%, criar a mi hijo porque lo quiero en 31.0%, es una gran responsabilidad 12.0% y es triste estar embarazada 7%. Uso de cigarrillos o tabaco en un 11.9% y uso de alcohol en 16.7%. (Ver Cuadro N° 3)

### Características reproductivas

Edad de menarquía de 10 a 13 años 85.7% de 14 a 16 años 9.5% y de 17 a 19 años 4.8%. Inicio de vida sexual activa de 10 a 13 años 4.8%, de 14 a 16 años 54.8% y de 17 a 19 años 40.4%. Compañeros sexuales uno 76.2%, dos 21.4% y de tres a más 2.4%. Edad del Primer embarazo: de 10 a 12 años 4.7%, de 13 a 15 años 42.8%, de 16 a 17 años 35.8% y de 18 a 19 años 16.7%. Número de embarazos uno en 83.3 % y en los meses de embarazo: I trimestre 21.4%, II trimestre 16.7% y III trimestre 61.9%. Saben sobre cómo prevenir un embarazo Si en 78.5%. Escuchar hablar sobre planificación familiar: en la escuela un 78.5%, Unidad de salud 47.6%, televisión 35.7%, amigos 28.5%, los padres/familiares 16.6% y en la radio 9.5%. Métodos de planificación conocidos: Pastillas 42.9%, condones 35.7% y de Inyectables 21.4%. Que métodos de planificación ha usado, ninguno en 59.5% y pastillas 40.5%. (Ver Cuadro N° 4)

## **3.2 DISCUSIÓN**

Con respecto a las características demográficas la mayoría de las pacientes son mestizas propias del lugar de origen, con alta ruralidad al ser de un municipio cuya ruralidad es de más del 70 por ciento.

Con respecto a los grupos etareos en su mayoría las adolescentes embarazadas pertenecen al grupo de 15 a 19 años en relación con diferentes estudios donde los resultados expresan que la mayoría de los adolescentes inician su vida sexual a partir de los 15 años (Vaillant Correoso, Dandicourt Thomas, & Makensie, 2012) (Mengole Amaya & Iannacone, 2009), además los informantes claves expresaron que en su mayoría cuando se cumplen los quince años surge una etapa de experimentación y cambios en el cuerpo.

Con respecto a nivel de escolaridad la mayoría de las adolescentes no han completado sus estudios de primaria, con un 48% de primaria incompleta. (Mengole Amaya & Iannacone, 2009)

En cuanto a la religión la mayoría se describen evangélicas seguidas de la creencia católica, en cuanto a esto la expresión religiosa ligado a restricciones que limitan a la familia a hablar de temas de sexualidad y embarazo sobre todo en las niñas. (Informantes claves)

En cuanto al estado civil la mitad esta soltera y la mitad acompañada en relación a los estudios consultados refieren que la mayoría de las adolescentes se encuentran solteras, lo que las deja aún más desprotegidas sin apoyo de su pareja para el desarrollo del embarazo y espera de un hijo. (Gómez Mercado & Montoya Vélez, 2012) (Zelaya & Coto, 2011), además que la edad de las adolescentes aun no les permite tener una formación completa siempre estarán en desventaja para enfrentar una relación de pareja y un embarazo.

Con relación a la ocupación la mayoría es estudiante, sin embargo tenemos ya un alto porcentaje de ama de casa 33%, es decir que han dejado de estudiar y un grupo de 17% que están trabajando también abandonando estudios, estos resultados se

corresponden con los estudios consultados sobre las ocupaciones de las adolescentes. (Gómez Mercado & Montoya Vélez, 2012) (Palacios, 2005)

### **Disponibilidad de servicios básicos**

Con respecto a los servicios básicos, la mayoría de adolescentes viven en casa propias de sus tutores, con agua potable y energías eléctrica con disposición de excretas por letrinas, bajo hacinamiento que no hay privacidad para el desarrollo personal de las adolescentes.

### **Factores Sociales**

De acuerdo a este estudio en cuanto a Con quien ha crecido la adolescente solo un 26% ha crecido junto a ambos padre y madre, la mayoría ha crecido solo con uno de ellos o familiares, además que las relaciones de comunicación y cariño solo en el 50% expresaron ser buena, lo que se corresponde con los estudios sobre factores que influyen en el embarazo en adolescentes relacionados al vínculo familiar y la Violencia física se expresó en la mayoría de las adolescentes dentro de la familia. La separación de los padres y la debilidades de comunicación están descritos como factores de riesgo para la adolescentes para el inicio precoz de las relaciones y el embarazo. (Burak, 2001) (González, Molina , & Caba , 2002) (Avila Montes, García, & Argüello Munguía, 2011) , con respecto a esto los informantes claves expresaron que la disrupción familiar incide sobre las actitudes de las adolescentes, la pobre comunicación y la experimentación fuera de casa sin información clara. (Informantes claves)

En este estudio resulto que los Antecedentes de embarazos en adolescentes en la familia están presentes en la mayoría de las adolescentes en correspondencia con la bibliografía consultada que han demostrado que en la mayoría de los casos las adolescentes ya tienen en su familia ejemplos de madres adolescentes, así como amigas que previamente han estado embarazadas generando patrones de repetición. (Avila Montes, García, & Argüello Munguía, 2011) (Informantes Claves)

En este estudio se encontró que en su mayoría las adolescentes opinan que el noviazgo es una Bonita relación seguido de que es un enredado describirlo, esto concuerda con los estudios sobre la pobre comunicación de los padres y familiares con las adolescentes sobre las diferentes etapas de la vida y las relaciones sentimentales y sexuales. (Palacios, 2005) (Gómez Mercado & Montoya Vélez, 2012).

En relación a la opinión sobre el casamiento hay diversidad de respuesta lo que concuerda con los diferentes estudios que opinión que está en relación con la madurez mental de la persona y en este caso las adolescentes no tienen la madurez concreta para asumir el casamiento como un compromiso de establecer una familia. (Palacios, 2005) (Gómez Mercado & Montoya Vélez, 2012) Los informantes claves en sus opiniones consideran que el casamiento no es una solución al embarazo que el embarazo es un producto de la pobre educación y comunicación en la familia.

En cuanto a la confianza que tienen con sus padres para hablar de este embarazo en su mayoría expresó no tener confianza para hablar de este embarazo, esta respuesta se relaciona con las respuestas anteriores de relación afectiva con sus padres y familiares, así como el antecedente de violencia lo que conlleva a una pobre confianza de expresar lo que está ocurriéndole a la adolescentes. (Contreras , Guzman, & Falconier , 2000) (Gómez Mercado & Montoya Vélez, 2012)

Abordaje de temas de sexualidad en la familia, en su mayoría no se abordan estos temas, no se habla dentro de la familia sobre el desarrollo de la adolescencia y los estímulos sexuales que ocurren fisiológicamente así como los peligros del inicio de una vida sexual precoz. (Gómez Mercado & Montoya Vélez, 2012)

Con respecto a la reacción de los padres y familiares sobre el embarazo los resultados sobre enojo y rechazo concuerdan con los resultados descritos en la literatura, en cuanto a una reacción en familias disfuncionales de padres separados además que la pobre comunicación sobre la sexualidad genera estas reacciones

que van enojo hasta insinuar el aborto. Los informantes claves concuerdan en que la reacción de los familiares es de tristeza o enojo sin embargo pocos padres preparan a sus hijos e hijas en temas de sexualidad y no dan confianza que permitan preguntar. (Informantes claves).

Los resultados obtenidos que el embarazo representa deja de estudiar concuerda con los estudios consultados que reportan que las adolescente expresan que el embarazo significa una dificultad en sus vidas y dejar de pensar en sus aspiraciones. (Mengole Amaya & Iannacone, 2009)

En cuanto al antecedente de uso de cigarrillos y alcohol menos del 20% de las adolescentes refirió usarlos, esto puede estar en relación con el acceso a los mimos en el área rural. Esto no significa que no incida sobre el embarazo pero en este estudio la mayoría de las adolescentes no consumen alcohol ni cigarrillos.

### **Características reproductivas**

En este estudio podemos observar que la mayoría de las adolescentes presentó su primera menstruación en la adolescencia precoz, y el inicio de su vida sexual está en su mayoría en el rango de 14 a 16 años, esto en correspondencia con los estudios consultados menarquia temprana inicio de relaciones sexuales embarazo en adolescentes. (Mengole Amaya & Iannacone, 2009)

La mayoría de las adolescentes solo han tenido una pareja sexual sin embargo un 23% ha tenido más de una pareja que en correspondencia con los estudios las predispones a nuevos embarazos y a enfermedades de transmisión sexual. (Contreras , Guzman, & Falconier , 2000) (Avila Montes, García, & Argüello Munguía, 2011)

Edad del Primer embarazo está concentrada en la adolescencia tardía igual como se reporta en los estudios consultados, de igual manera esto se corresponde con el

número de embarazos siendo en su mayoría para este estudio el primer embarazo. (Gómez Mercado & Montoya Vélez, 2012) (Palacios, 2005)

Los resultados si han escuchado hablar sobre planificación familiar concuerdan con todos los estudios en que la mayoría de los adolescentes han escuchado hablar sobre planificación familiar. Sin embargo el punto importante es de donde proviene la información; para este estudio la mayoría a escuchado del tema en las escuela con 79% seguido de las unidades de salud, sin embargo muy poco es el porcentaje de los padres y familiares que al igual que los estudios describen que los padres no abordan con sus hijas y adolescentes los temas de sexualidad y planificación familiar. (Gómez Mercado & Montoya Vélez, 2012) (Mengole Amaya & Iannacone, 2009) (Palacios, 2005)

En cuanto a los métodos de planificación que se conocen la mayoría conoce las pastillas seguido de los condones y los que han usado en su mayoría no han usado ningún método de planificación, lo que permite inferir que el conocimiento que tienen sobre planificación familiar es muy escaso y que probablemente no tiene acceso a los métodos o no tienen suficiente confianza para abordar estos temas con la familia cuando se ha iniciado una vida sexual o como cuidarse en una relación sexual, sobre todo como evitar un iniciar la vida sexual de forma precoz. (Gómez Mercado & Montoya Vélez, 2012)

### **3.3. CONCLUSIONES**

1. Las adolescentes en su mayoría eran mestizas, de procedencia rural y del grupo etareo de 15 a 19 años. Las adolescentes por su edad aún son estudiantes con primaria y secundaria incompleta y solteras.
2. Viven en su mayoría en hacinamiento, con letrinas para la disposición de excretas, y en más del 50% tiene agua potable y energía eléctrica.
3. Las adolescentes en su mayoría han crecido sin la relación de ambos padres y solo el 50% clasifica la relación con sus padres o familiar de crianza como buena, en su mayoría han recibido violencia física. En más del 50% tienen antecedentes de embarazos en familiares y amigas adolescentes embarazadas. La reacción de los padres ante el embarazo en su mayoría de enojo. La reacción de las adolescentes ante su embarazo en su mayoría está enfocada en dejar de estudiar y crianza de su hijo o hija.
4. La edad de menarquia de 10 a 13 años, con inicio de vida sexual activa en el grupo de 14 a 16 años. En su mayoría solo han tenido un compañero sexual. Un 79% de las adolescentes ha escuchado hablar sobre planificación familiar, el principal medio de información fue la escuela seguida de las unidades de salud, sin embargo la gran mayoría no ha usado ningún método de planificación familiar.

### **3.4. RECOMENDACIONES**

## **AI SILAIS**

Fortalecer las acciones de la iniciativa 0 -20, para preparar a los adolescentes y a las familias para enfrentarse a la presión social y a los medios de comunicación en relación a temas de sexualidad y embarazos.

### **Autoridades de salud y educación municipal**

Crear círculos de adolescentes para que se aborden los temas de embarazo en adolescentes y riesgos a los que están expuestas.

A los maestros abordar con los padres de familia sobre el tema de los riesgos y el embarazo en adolescentes y como ellos deben de conversas con sus hijas e hijos de estos temas para apoyarlos y prevenir los embarazos.

### **En las casas maternas**

Abordar continuamente temas de prevención de embarazos y temas de emprendedurismo para apoyar emocionalmente a las adolescentes en esta nueva etapa de su vida.

## **CAPITUL IV. BIBLIOGRAFIA**

- Avila Montes, G. A., García, M. B., & Argüello Munguía, P. (2011). Factores de Riesgos asociados al embarazo en adolescentes de la comunidad de Comayagüela. *Revista Médica Hondureña*, 79(2), 68 -72 .
- Balestina, J., Pino , M., Suárez, C., & Soto, M. (2002). Características materna y resultados perinatales en el embarazo prolongado, hospital Abel Santamaría. *Revista Cubana Obste y Ginecol*, 28(1), 185 -190.
- Burak, s. D. (2001). *Adolescencia y Juventud en América Latina*. (LUR, Ed.) Cartago: Libro Universitario Regional.
- Contreras , J., Guzman, J., & Falconier , M. (2000). Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes en América Latina y el Caribe. México: Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Díaz, A., Sanhueza, P., & Yaksic , N. (2002). Riesgos Obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. *Revista Chil Obstet ginecol*, 67, 481 - 487.
- F, B. (2011). Prevalencia de embarazo en adolescentes de la Escuela alejandro Próspero Reverand de Santa Martha. Bogotá, Colombia.
- Gómez Mercado, C., & Montoya Vélez, L. (2012). Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes. *Revista Salud pública*, 16(3), 394 - 406.
- González, E., Molina , T., & Caba , F. (2002). Variables personales y familiares que se asocian al comportamiento sexual y reproductivo de jóvenes varones sexualmente activos. En Reusmenes (Ed.), *IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infante - Juvenil* , 13. Chile.
- INIDE. (2011). *Endesa Encuesta de Demografía y Salud*. Instituto Nacional de Información y Desarrollo.
- JR, I. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Postgrado de la Catedra Via Medicina*, 107, 11 - 23.
- Largaespada, N. L. (2013). Factores socioculturales que influyen en el embarazo en adolescentes de la comunidad Bella Vista. Nicaragua.
- Menendez, G. E., Navas Cabrera, I., & Hidalgo Rodríguez, Y. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333 - 342.

- Mengole Amaya, T., & Iannacone, J. (2009). Factores socioculturales, conocimientos y actitudes de las primigestas adolescentes y no adolescentes frente al embarazo. *The Biologist*, 164 - 178.
- OMS. (2013). *Salud para Jóvenes*. Ginebra, Suiza.
- OPS. (2010). *Plan y Estrategia Regional de Salud adolescente*. Washington D.C.: OPS.
- Palacios, R. M. (2005). factores biopsicosociales relacionado al embarazo en adolescencia, centro materno infantil "Juan Pablo II". *Fac Med E. A. P. Obstetricia*, 14 - 26.
- Pantelides, E. A. (2003). *Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescentes en América Latina*. Santiago de Chile : CEPAL.
- Ramírez Juárez, G., & Pérez, J. (2008). *Embarazo en adolescentes, complicaciones obstetricas, prenatales y perinatales*. Guatemala: Universidad de San Carlos .
- Tórrez, G. (2007). *Embarazo adolescente, riesgo de salud y problemas sociales*. México: CIMAC.
- UNESCO . (2009). *Estrategia de la UNESCO para el VIH/SIDA* .
- Vaillant Correoso, M., Dandicourt Thomas, C., & Makensie, Y. (2012). Prevención del embarazo en adolescente. *Revista Cubana de enfermería* , 28(2), 125 - 135.
- Vaquez Niebla , J., Vazquez Cabrera, J., & Rodríguez , P. (2003). Epidemiología de la Rotura Prematura de membranas en un hospital Ginecoobstetrico. 29(2).
- Virella, E., & González, A. (2009). Intervención educativa sobre el conocimiento de factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. *AMC*, 13(5).
- Zelaya, E. Y., & Coto, J. R. (2011). Factores socioculturales que condicionan el embarazo adolescente en los municipios de Intibucá y Jesús de Otoro. *Revista Población y Desarrollo: Argonautas y caminantes* , 7(7), 47 - 55.

# **CAPITULO V ANEXOS**

**Cuadro N° 1. Características demográficas de las adolescentes embarazadas. Santa María de Pantasma, Jinotega. Julio-septiembre 2016.**

**n = 42**

<b>Características demográficas</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Etnia</b>		
Mestiza	41	97.6
Miskita	1	2.3
<b>Procedencia</b>		
Urbano	6	14.0
Rural	36	86.0
<b>Edad de la Adolescente</b>		
10 - 14 años	8	19.0
15 - 19 años	34	81.0
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	4	9.5
Primaria Incompleta	8	19.0
Primaria Completa	8	19.0
Secundaria Incompleta	20	47.6
Secundaria completa	2	4.7
<b>Religión</b>		
Católica	13	31.0
Evangélica	18	42.8
Otro	11	26.2
<b>Estado Civil</b>		
Soltera	22	52.4
Unión estable	18	42.8
Casada	2	4.8
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	21	50.0
Ama de casa	14	33.3
Empleada doméstica	4	9.5
Obrera	3	7.1

Fuente: Entrevista a adolescentes seleccionados. Santa María de Pantasma, Jinotega 2016

**Cuadro N° 2. Disponibilidad de servicios básicos en las embarazadas adolescentes del municipio de Santa María de Pantasma, Julio - septiembre 2016.**

n =42

<b>Servicios Básicos</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Casa propia</b>		
Si	31	73.8
No	11	26.2
<b>Agua Potable</b>		
Si	25	59.5
No	17	40.5
<b>Energía eléctrica</b>		
Si	29	69.0
No	13	31.0
<b>Disposición de excretas</b>		
Letrina	36	85.7
Inodoro	6	14.3
<b>Techo</b>		
Zin	31	74.0
Paja	2	5.0
Plástico	1	2.0
Madera	8	19.0
<b>Piso</b>		
Tierra	18	43.0
Ladrillo	8	19.0
Embaldosado	16	38.0
<b>Hacinamiento</b>		
No	7	16.7
Si	35	83.3

Fuente: Entrevista a adolescentes seleccionados. Santa María de Pantasma, Jinotega 2016

**Cuadro N° 3 Factores familiares y de amistad presentes en las embarazadas adolescentes del municipio de Santa María de Pantasma, Julio – septiembre 2016**

**n = 42**

<b>FACTORES FAMILIARES</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Miembro de la familia con quien se crió</b>		
Con su madre	14	33.3
Con el madre y padre	11	26.1
Abuelos o familiares	9	21.4
Con el padre	5	12.0
Otros	3	7.2
<b>Relación de los padres o familiares antes del embarazo</b>		
Bueno	21	50.0
Mala	12	29.0
Regular	9	21.0
<b>Violencia Física</b>		
Si	31	73.8
No	11	26.2
<b>Antecedentes familiares de embarazos en adolescentes</b>		
Si	29	69.0
No	13	31.0
<b>Antecedentes de Amigas adolescentes que salieron embarazadas antes que tú</b>		
Si	27	64.2
No	15	35.8
<b>Opinión sobre el noviazgo</b>		
Bonito	18	42.8
Enredado	9	21.4
Etapas de conocimiento	7	16.7
Mucha presión	5	12.0
Una salida de casa	3	7.1
<b>Opinión del Casamiento</b>		
Es algo de mucha responsabilidad	11	26.0
Debe ser para toda la vida	11	26.0
Unión de amor	10	24.0
Jamás me casaré	6	14.0
No creo en eso	4	10.0
<b>Confianza con los padres para hablar de tu embarazo</b>		
Si	4	9.5
No	38	90.5
<b>Abordaje de temas de sexualidad y embarazo en la familia</b>		
Si	10	23.8
No	32	76.2

Fuente: Entrevista a adolescentes seleccionados. Santa María de Pantasma, Jinotega 2016

**Cuadro Nº 3. Significado del embarazo para los familiares y la adolescentes. Municipio de Santa María de Pantasma, Julio – Septiembre 2016.**

**n = 42**

<b>Factores sociales</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Reacción de tus padres/familiares ante tu embarazo</b>		
Se enojaron	23	54.7
Aceptaron mi embarazo	7	16.7
Se alegraron	4	9.5
Me echaron de la casa	3	7.1
Insinuaron el aborto	2	4.8
No les importó	2	4.8
Me obligaron a casarme	1	2.4
<b>Que significa para ti el embarazo</b>		
Dejaré de estudiar	21	50.0
Un hijo y lo quiero	13	31.0
Responsabilidad	5	12.0
Tristeza	3	7.0
<b>Uso de cigarrillos o tabaco</b>		
Si	5	11.9
No	37	88.1
<b>Uso de Alcohol</b>		
Si	7	16.7
No	35	83.3

Fuente: Entrevista a adolescentes seleccionados. Santa María de Pantasma, Jinotega 2016

**Cuadro N° 4 Características reproductivas de las embarazadas adolescentes del Municipio de Santa María de Pantasma, Julio – septiembre 2016.**

**n =42**

<b>Características reproductivas</b>	<b>Nº</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad de menarquía</b>		
10 - 13 años	36	85.7
14 - 16 años	4	9.5
17 - 19 años	2	4.8
<b>IVSA</b>		
10 - 13 años	2	4.8
14 - 16 años	23	54.8
17 - 19 años	17	40.4
<b>Número de compañeros sexuales</b>		
Uno	32	76.2
Dos	9	21.4
Tres o más	1	2.4
<b>Edad del Primer embarazo</b>		
10 a 12 años	2	4.7
13 a 15 años	18	42.8
16 a 17 años	15	35.8
18 a 19 años	7	16.7
<b>Número de embarazos</b>		
Uno	35	83.3
Dos	7	16.7
<b>Trimestre del embarazo</b>		
I trimestre	9	21.4
II trimestre	7	16.7
III trimestre	26	61.9

Fuente: Entrevista a adolescentes seleccionados. Santa María de Pantasma, Jinotega 2016

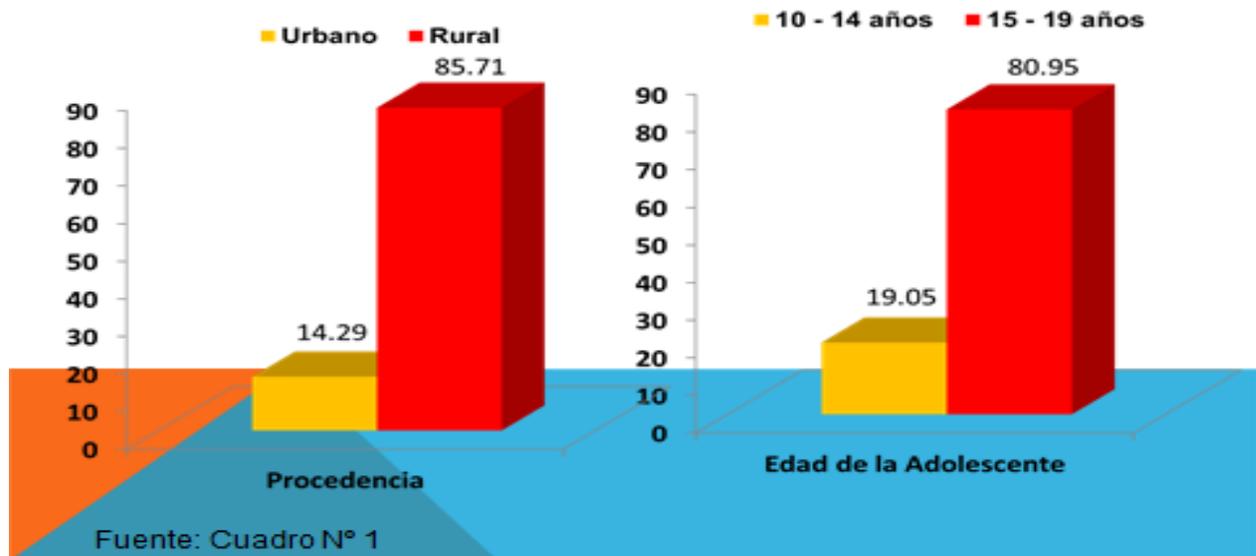
**Cuadro N° 4 Características reproductivas de las embarazadas adolescentes del Municipio de Santa María de Pantasma, julio – septiembre 2016.**

n =42

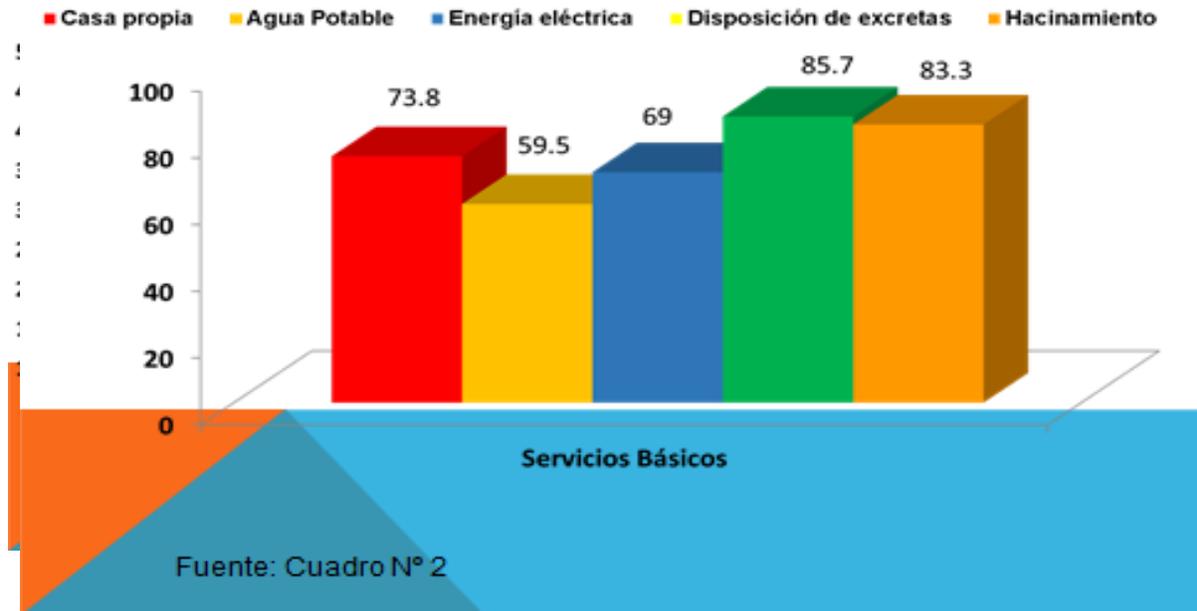
Características reproductivas	Nº	Porcentaje
<b>Conocimiento sobre prevención de embarazos</b>		
Si	33	78.5
No	9	21.5
<b>Donde has escuchado sobre cómo prevenir los embarazos</b>		
Escuela	33	78.5
Unidad de salud	20	47.6
Televisión	15	35.7
Amigos	12	28.5
Padres	7	16.6
Radio	4	9.5
<b>Que método de planificación conoces</b>		
Pastillas	18	42.9
Condomes	15	35.7
Inyectables	9	21.4
<b>Métodos de planificación que has usado</b>		
Ninguno	25	59.5
Pastillas	17	40.5

Fuente: Entrevista a adolescentes seleccionados. Santa María de Pantasma, Jinotega 2016

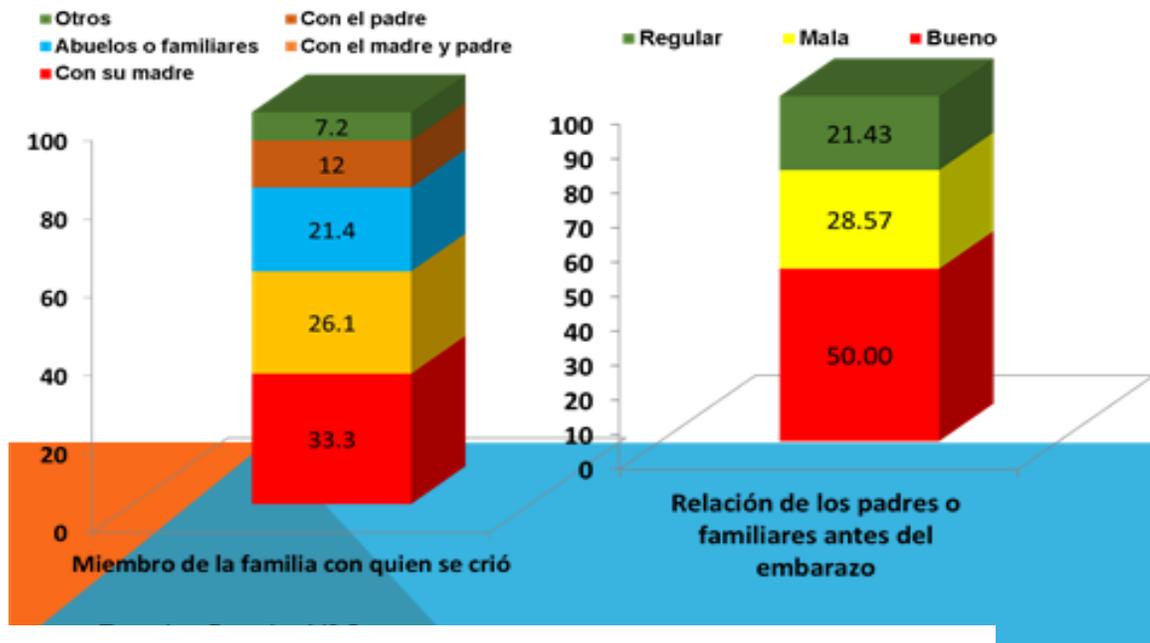
GRAFICA NO. 1 Y 2 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS. SANTA MARÍA DE PANTASMA, JINOTEGA. JULIO-SEPTIEMBRE 2016.



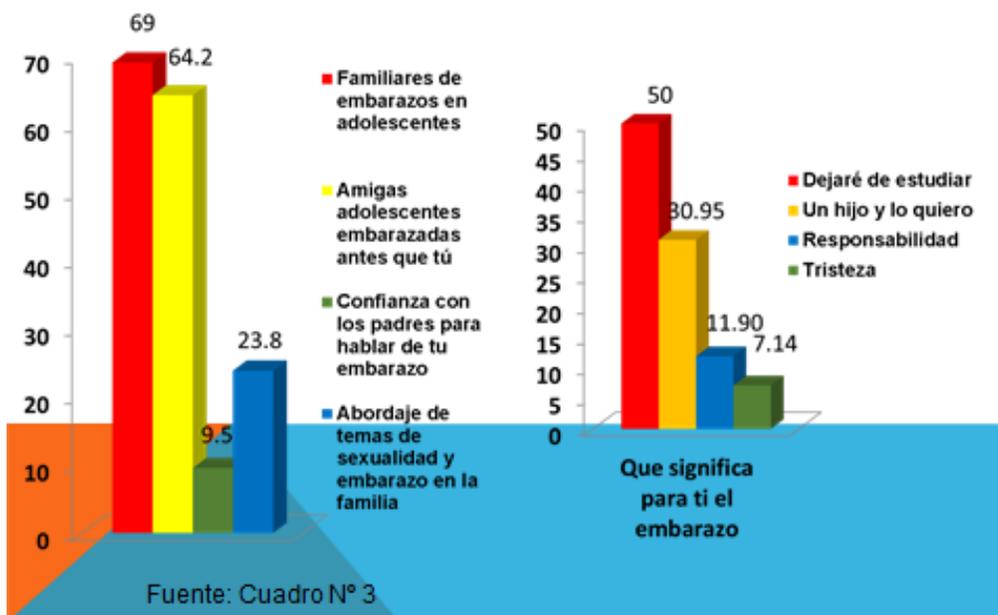
**GRAFICA NO. 5 – DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BASICOS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS. SANTA MARÍA DE PANTASMA, JINOTEGA. JULIO-SEPTIEMBRE 2016.**



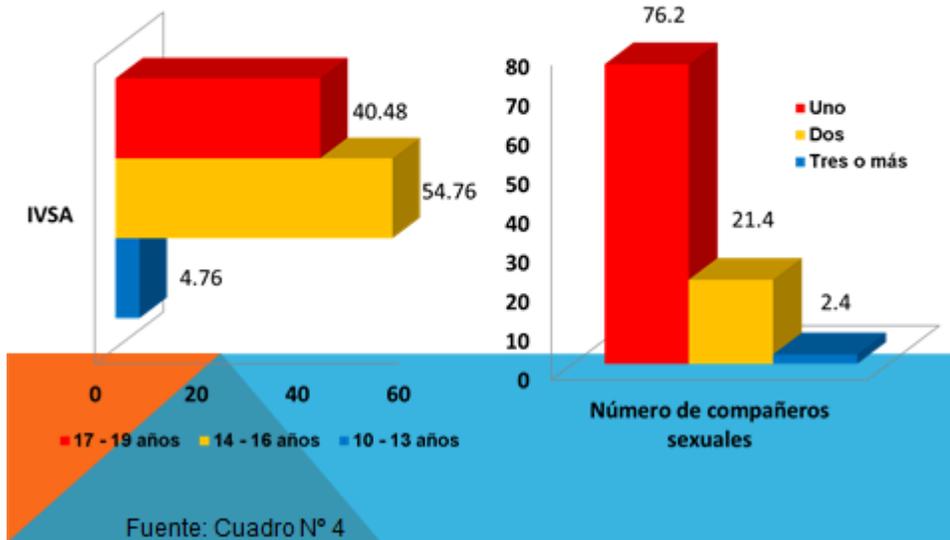
GRAFICA NO. 6 Y 7 – CRIANZA Y RELACIÓN CON LOS PADRES DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS. SANTA MARÍA DE PANTASMA, JINOTEGA. JULIO-SEPTIEMBRE 2016.



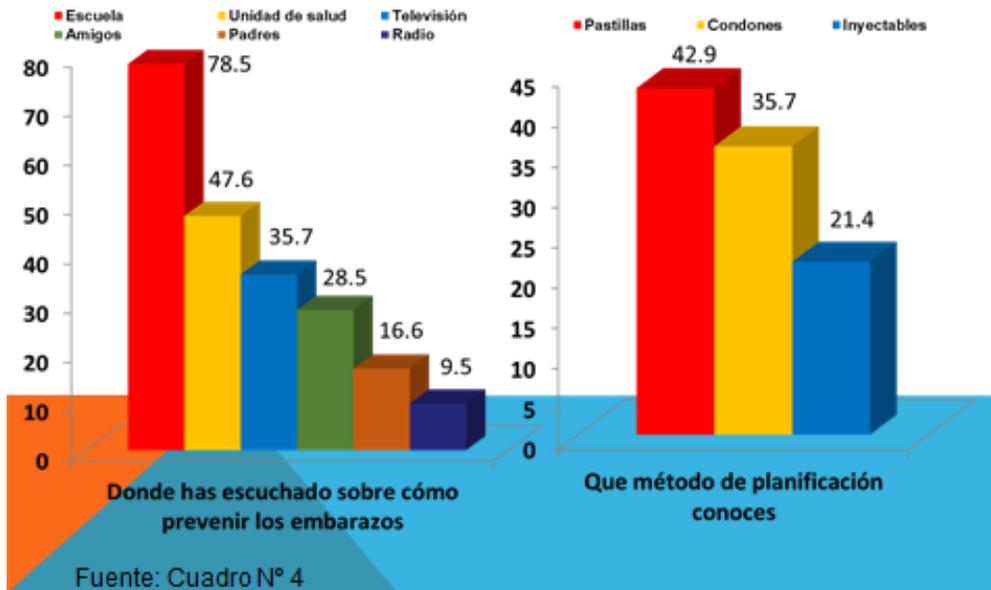
GRAFICA NO. 8 Y 9 – FACTORES SOCIALES EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS. SANTA MARÍA DE PANTASMA, JINOTEGA. JULIO-SEPTIEMBRE 2016.



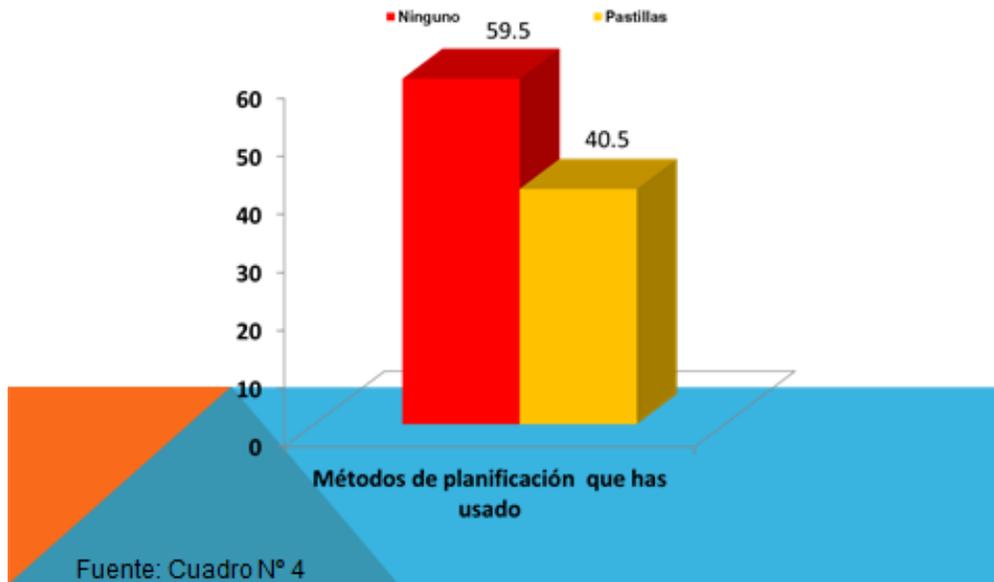
GRAFICA NO. 10 Y 11 - CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS. SANTA MARÍA DE PANTASMA, JINOTEGA. JULIO-SEPTIEMBRE 2016.



GRAFICA NO. 12 Y 13 - CARACTERÍSTICAS REPRODUCTIVAS DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS. SANTA MARÍA DE PANTASMA, JINOTEGA. JULIO-SEPTIEMBRE 2016.



GRAFICA NO. 14 – UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS. SANTA MARÍA DE PANTASMA, JINOTEGA. JULIO-SEPTIEMBRE 2016.



## ENTREVISTA

Estimadas ciudadanas la presente encuesta tiene como fin, obtener información para el estudio investigativo acerca de los factores Sociales presentes en el embarazo en adolescentes. La encuesta está elaborada de forma sencilla, la que servirá de utilidad para contribuir al mejoramiento de los conocimientos y prácticas en salud reproductiva de las mujeres de este Municipio la información será de uso confidencial para efecto del estudio.

Nº de Ficha: \_\_\_\_\_

### I. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

A. Edad:

B. Procedencia: 1.-Urbana\_\_\_ 2.-Rural\_\_\_

C. Escolaridad:

1.-Analfabeta\_\_\_ 2.Primaria incompleta \_\_\_ 3. Primaria completa

4. Secundaria incompleta\_\_\_ 5. Secundaria completa 6. Técnica\_\_\_

7. Universidad\_\_\_

D. Religión: 1. Católica\_\_\_ 2. Evangélica \_\_\_ 3. Otro \_\_\_\_\_

E. Etnia: 1. Mestiza\_\_\_ 2. Mayanna \_\_\_3. Miskita \_\_\_ 4. Otros\_\_\_

F. Estado Civil: 1. Soltera\_\_\_ 2. Acompañada\_\_\_ 3. Casada\_\_\_ 4. Divorciada\_\_\_ 5.Viuda\_\_\_

G. Ocupación: 1. Estudiante\_\_\_ 2. Ama de casa\_\_\_ 3.Obrera\_\_\_ 4.Asistente del hogar\_\_\_ 5. Otras\_\_\_

## II. DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BÁSICOS

A. Tipo de vivienda: casa propia si\_\_\_ no\_\_\_

B. Servicio de agua potable: Si\_\_\_ No\_\_\_

C. Energía eléctrica Si\_\_\_ No\_\_\_

D. Disposición de excretas: 1. Inodoro\_\_\_ 2. Letrinas\_\_\_ 3. Fecalismo\_\_\_

E. Techo: 1. Zinc\_\_\_ 2. Paja\_\_\_ 3. Plástico\_\_\_ 4. Madera\_\_\_

F. Piso: 1. Tierra\_\_\_ 2. Ladrillo\_\_\_ 3. Embaldosado\_\_\_

G. Hacinamiento: 1. Si\_\_\_ 2. No\_\_\_

## III. FACTORES SOCIALES

A. Miembro de la familia con el que se crió: 1. Madre\_\_\_ 2. Padre\_\_\_ 3. Padre y madre\_\_\_ 4. Abuelos \_\_\_ 5. Otros\_\_\_

B. Relación afectiva de los padres y familiares antes del embarazo: 1. Buena\_\_\_ 2. Regular\_\_\_ 3. Mala\_\_\_

C. Antecedentes de violencia física: 1. Si \_\_\_ 2. No\_\_\_

D. Antecedentes familiares de embarazo en adolescentes 1. Si\_\_\_ 2. No\_\_\_

E. Antecedentes de amigas adolescentes embarazadas 1. Si \_\_\_ 2. No\_\_\_

F. Opinión Sobre el noviazgo\_\_\_\_\_

G. Opinión sobre el casamiento \_\_\_\_\_

- H. Existe confianza con tus padres o familiar de crianza para hablar de tu embarazo 1. Si \_\_\_ 2. No\_\_\_
- I. Se abordan temas de sexualidad y embarazo en tu familia 1. Si\_\_\_ 2. No\_\_\_
- J. Reacción de tus padres ante el embarazo \_\_\_\_\_
- K. Que significa para ti este embarazo\_\_\_\_\_
- L. Uso de cigarrillos y tabaco 1. Si\_\_\_ 2. No\_\_\_
- M. Consumo de alcohol 1. Si\_\_\_ 2. No\_\_\_

#### IV. DATOS REPRODUCTIVOS

A. Edad de la primera menstruación o regla:

1.10-13 años \_\_\_ 2.14-16 años \_\_\_ 3.17-19 años \_\_\_

B. Edad de inicio de tu primera relación sexual

1.10-13 años \_\_\_ 2.14-16 años \_\_\_ 3.17-19 años \_\_\_

C. Número de compañeros sexuales

1. uno\_\_\_ 2. dos\_\_\_ 3. Tres o más\_\_\_

D. Edad del primer embarazo

1. 10 a 12 años\_\_\_ 2. 13 a 15 años\_\_\_ 3. 16 a 17 años\_\_\_ 4. 18 a 19 años\_\_\_

E. Número de embarazos 1. Uno\_\_\_ 2. Dos \_\_\_ 3. Tres o más \_\_\_

F. Trimestre del embarazo actual: 1. I trimestre (1 a 3 meses)\_\_\_ 2. II trimestre (4 a 6 meses)\_\_\_\_ 3.III trimestre (7 a 9 meses)\_\_\_\_

G. Sabes sobre métodos de planificación familiar 1. Si\_\_\_\_\_ 2. No\_\_\_\_\_

H. Dónde has escuchado hablar sobre planificación familiar?

1. tus padres\_\_\_\_\_ 2.familia/amigos\_\_\_\_\_ 3. Escuela\_\_\_\_\_ 4. Radio\_\_\_\_\_

5. Unidad de salud\_\_\_\_\_ 6.tros\_\_\_\_\_

I. ¿Qué métodos de planificación conoces?: 1. Ninguno\_\_\_\_ 2. Pastillas\_\_\_\_  
3. Condones\_\_\_\_ 4. Inyectables\_\_\_\_ 5. DIU o T de Cobre\_\_\_\_ 6. PPMS\_\_\_\_  
7. otros\_\_\_\_

J. Que métodos de planificar has utilizado? 1. Ninguno\_\_\_\_  
2.Pastillas\_\_\_\_ 3. Condones\_\_\_\_ 4. Inyectables\_\_\_\_ 5. DIU o T de  
Cobre\_\_\_\_ 6. PPMS\_\_\_\_ 7. Otros\_\_\_\_

**Gracias por su colaboración.**

## RESULTADOS DE ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES SELECCIONADOS

Variables	Personal de salud	Adolescentes	Padres de familia	Maestros	Religiosos
<b>Opinión sobre la religión y el embarazo en adolescentes</b>	Muchas creencias impiden que los padres aborden con sus hijos e hijas sobre temas de sexualidad, embarazo y métodos de planificación	* Nuestros padres y madres no dicen nada sobre el sexo. **El embarazo no es un tema de la familia y mucho menos hablar de condones porque es malo	*Los niños y niñas aun no pueden comprender bien los temas de sexualidad.**Hablar sobre el embarazo es como enseñarles hacerlo	*La religión si incide sobre la forma permisiva de abordar los temas de sexualidad y cómo prevenir embarazos sobre todo en la adolescencia	*Dios nos manda a cumplir reglas, mandamientos. *los niños y niñas lo que necesitan es protección
<b>consideración en relación al vínculo familiar y los embarazos en adolescentes</b>	Si no hay buenas relaciones afectivas las niñas crecen sin abordar temas de sexualidad, de autoprotección y de los cambios de la adolescencia. *** Los hijos van copiando roles	No siempre los padres o madres son cariñosos y casi nunca hablan de las relaciones sexuales y menos de los embarazos	Claro que si, sobre protegemos a los hijos y sobre todo a las niñas	Si es importante la comunicación fluida	Los padres no están bien informados y no tienen la suficiente fortaleza espiritual para dirigir a sus hijos e hijas
<b>Es relevante con quien crecen los adolescentes</b>	Si las adolescentes crecen sin sus padres tienen menos confianza con otros familiares para abordar estos temas.	Si es importante con quien crecemos los adolescentes, un padrastro o madrastra no nos cuidarían igual, además que ya es difícil hablar de estos temas y con cualquier miembro de la familia menos	Lo ideal que las familias estén unidas, que los hijos tengan la figura materna y paterna	Si es relevante que los adolescentes crezcan con sus padres y estos les ofrezcan amor, protección y educación para enfrentar la adolescencia	Lo más importante es la familia y los padres deberían criar a sus hijos responsablemente

<b>Concepto</b>	<b>Personal de salud</b>	<b>Adolescentes</b>	<b>Padres de familia</b>	<b>Maestros</b>	<b>Religiosos</b>
<b>Qué factores consideran que están directamente relacionados con el embarazo en adolescentes</b>	Falta de educación de los padres, poca confianza en la familia para abordar temas de sexualidad y planificación familiar, importancia de las etapas y el estudio y abuso sexual de algún miembro de la familia o extraño	El enamoramiento sin frenos, no saber sobre las consecuencias de los actos, la falta de educación y el maltrato en la familia.	Las malas amistades, los niveles de pobreza de cada familia, y que muchas veces ahogamos a los hijos y no les enseñamos como van a reaccionar a los cambios de su adolescencia y a las propuestas sexuales en su entorno, lo que significa embarazarte	El uso temprano de cigarrillos y alcohol. ***La falta de comunicación entre adolescentes y sus padres para hablar de temas prevención de embarazos. El abuso sexual, los roles existentes en la familia	El principal es la falta de Dios en la familia, de espiritualidad, la poca educación y comunicación.
<b>De donde obtienen información los adolescentes sobre sexualidad y métodos de planificación</b>	De sus amistades, de la escuela, acá en las unidades de salud.	En la escuela, lo que nos dicen nuestros amigos y la televisión	En la escuela y las amistades	Los maestros tenemos pocos temas para abordar de sexualidad y métodos de planificación	En la escuela y en las unidades de salud y con los medios de comunicación.

**Lista de preguntas recopiladas de los informantes claves para la creación del instrumento aplicado a las adolescentes en estudio.**

Características demográficas:

Edad

Procedencia

Escolaridad

Religión

Con que miembro de la familia de crió

Relación afectiva con los padres o familiares

Datos de violencia recibida

Significado del embarazo para las adolescentes

Edad de inicio de vida sexual

Que saben sobre métodos de planificación familiar