



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA
MATAGALPA
FAREM-MATAGALPA**

Departamento Ciencia Tecnología y Salud

MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO Y CIRUJANO

“Factores asociados en embarazo de adolescentes atendidas en el
puesto de salud 24 junio municipio de Matiguás, periodo abril 2018 a
marzo 2019.”

Autor:

Br. Luis Noel Calero Guido

Tutor:

Dr. Miguel Estopiñan.

Abril 2020.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA

UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA
MATAGALPA
FAREM-MATAGALPA**

Departamento Ciencia Tecnología y Salud

MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE MEDICO Y CIRUJANO

“Factores asociados en embarazo de adolescentes atendidas en el
puesto de salud 24 junio municipio de Matiguás, periodo abril 2018 a
marzo 2019.”

Autor:

Br. Luis Noel Calero Guido

Tutor:

Dr. Miguel Estopiñan.

Abril 2020.

DEDICATORIA

Dedicado a Dios dador de la vida, por ser quien abre las puertas en este proyecto de vida.

A mi Mamá quien se ha esforzado por brindarme educación de calidad, por sus palabras de ánimo, inspiración y motivación, su apoyo incondicional ha sido quien me ha mantenido firme luchando para lograr el objetivo a la profesionalización.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de continuar con mi proceso de formación académico-profesional.

A ti mamá, por el apoyo incondicional y por el tiempo permitido.

A todas las adolescentes y sus madres, por su disposición a participar y la información valiosa aportada.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA,
MANAGUA**

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA MATAGALPA

DEPARTAMENTO CIENCIA TECNOLOGIA Y SALUD

VALORACION DEL TUTOR

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE	Luis Noel Calero Guido
TÍTULO DE LA TESIS	“Factores asociados en embarazo de adolescentes atendidas en el puesto de salud 24 junio municipio de Matiguás, periodo abril 2018 a marzo 2019.”
CURSO ACADÉMICO	2012-2017

INFORME TUTOR

Por medio de la presente hago constancia de que el trabajo con título antes puesto, tiene la calidad científica para ser defendido ante un jurado examinador.

Cuenta con la estructura propuesta por la normativa de UNAN-Managua y con todos los requisitos para ser presentada

Por tanto doy fe del documento, a los dos días del mes de abril del año dos mil veinte.

Firma. _____
Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan PhD,
Profesor Titular y Tutor de Monografía

Fecha: 13 de abril 2020

Resumen.

La OMS define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 a los 19 años y se divide en dos fases: adolescencia temprana y tardía. El embarazo en la adolescencia es “el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen, aquí el embarazo no planificado suele representar un problema sanitario y social.

Objetivo: Analizar los factores asociados en embarazo de adolescentes atendidas en el puesto de salud 24 junio del municipio de Matiguás entre las edades de 14 a 19 años en el periodo de abril del 2018 a marzo del 2019.

Método: estudio descriptivo observacional transversal y retrospectivo, mediante encuesta cerrada y datos de fuentes secundarias. Análisis descriptivo univariado de variables categóricas ejecutando distribución de frecuencias.

Resultados: 70 % de los embarazos no fueron planificados, 55% ocurrió en las edades de 16-17 años, 55 % inició sus relaciones sexuales precozmente. Nivel de instrucción: 5% analfabetas funcionales, 60% primaria incompleta y ninguna tenían conocimientos universitarios. Conocimientos sobre educación sexual: 45 % regular y 20 % mal conocimiento. El 50 % quedaron embarazadas entre los 14 y 16años.

Palabras claves: Adolescencia, embarazo, puesto de salud 24 de junio.

Contenido

CAPITULO I	1
Introducción	1
Planteamiento del problema	3
Justificación	4
Objetivos:	5
CAPITULO II	6
Antecedentes	6
Marco teórico.	9
PREGUNTAS DIRECTRICES	32
CAPITULO III	33
DISEÑO METODOLÓGICO	33
CAPITULO IV	36
Resultado	36
Discusión	42
CAPITULO V	47
Conclusiones	47
RECOMENDACIONES	48
Bibliografía	49
ANEXOS	54
Tablas	64
Anexo 2.	68

CAPITULO I

Introducción

Uno de los temas de mayor importancia para la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de particular interés en salud pública, especialmente en países en vías de desarrollo, es del embarazo en la adolescencia. El embarazo en la adolescencia se define como “la gestación entre los 10 a 19 años de edad”; y desde un punto biopsicosocial esta etapa es una transición de la niñez a la edad adulta. (Gonzalez F, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1,000 muchachas. Aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año. Dicha situación pone en riesgo la salud materno-fetal, ya que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en estas menores. (Gonzalez F, 2014).

Nicaragua, posee uno de los porcentajes más altos en cuanto a embarazos adolescentes se refiere; según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud el 25.9% de las adolescentes comprendidas entre el grupo de 15 a 19 años de edad, ha estado embarazada alguna vez, siendo las procedentes de las zonas rurales y con menor nivel educativo las mayores afectadas. (Tapia Saldaña, 2012).

Los embarazos en adolescentes afectan varios aspectos en el desarrollo económico, tanto a nivel familiar, comunitario y nacional. La maternidad juvenil perpetúa aún más el ciclo vicioso de la pobreza, dado que conllevan altas pérdidas de población con altos niveles de instrucción y productividad, que a larga finalmente repercutirá en el desarrollo económico del país. (Gonzalez F, 2014).

La maternidad juvenil también se encuentra fuertemente asociada con la mortalidad materna, ya en este grupo se encuentran los principales factores de riesgo para el desarrollo de hemorragias post parto; síndrome hipertensivo gestacional e infecciones puerperales; mismas que el Ministerio de Salud (MINSA) ha reconocido

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

como las principales causas de muertes maternas en Nicaragua. (Normativas, 2007).

Son muchos los factores que influyen en el aumento de embarazos adolescentes en Nicaragua, entre los principales destacan: factores sociodemográficos como bajo nivel económico y educativo, procedencia rural y disfunción familiar; entre los factores biológicos encontramos: madurez reproductiva precoz, IVSA precoz, promiscuidad y uso de sustancias psicoactivas. (Tapia Saldaña, 2012).

Los factores psicológicos también juegan un papel importante en cuanto a los embarazos adolescentes; se ha encontrado que en más del 83% de los embarazos adolescentes está presente la baja autoestima, abuso sexual, maltrato físico y psíquico. (Maddaleno, 2017).

Con este estudio se pretende identificar los factores asociados a los embarazos no planeados en las adolescentes atendidas en el puesto 24 de junio de Matiguás, y así tener elementos que permitan fortalecer las labores de educación sexual y reproductiva en dicho municipio. Con la finalidad de disminuir la incidencia de esta problemática que tanto afecta el desarrollo económico del país y al aumento de muertes maternas por año.

Planteamiento del problema

La adolescencia, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el período entre los 10 y 19 años de vida, en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez, ocurriendo una serie de cambios que se reflejan en la esfera anatómica, fisiológica, social y cultural. (Bonilla, 2010).

La UNICEF señala que entre el 20 y el 46% de las mujeres, en la mayoría de un grupo seleccionado de países en vías de desarrollo, tienen su primer hijo antes de los 18 años de edad y al llegar a los 20 años, del 30 al 67% ya han tenido su primer parto. (Blázquez, 2012).

La Organización Mundial de la Salud considera que el embarazo adolescente es un problema de salud pública por su aumento desmedido, las consecuencias del mismo y porque afecta a los sectores más populares de las poblaciones y que pone en riesgo la salud de los jóvenes. (Murillo, 2010).

El embarazo en adolescentes se considera influenciado por factores sociales, culturales y familiares, siendo de gran relevancia el soporte que le brinde la familia y, sobre todo, si existen antecedentes maternos de embarazos en la adolescencia. (Próspero, 2011).

Las madres adolescentes se enfrentan a un riesgo más alto de presentar parto obstruido. Esto puede conducir a la ruptura del útero de no intervenir oportunamente podría derivar en una muerte materna y fetal. (Normativas, 2007).

Por lo tanto, se hace la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores asociados a embarazo en las adolescentes atendidas en el puesto de salud 24 junio del municipio de Matiguás entre las edades de 14 a 19 años en el periodo de abril 2018 a marzo 2019 del 2019?

Justificación

A nivel mundial, existen aproximadamente mil trescientos millones de adolescentes; en América Latina y el Caribe los adolescentes de 10 a 19 años corresponden al 20% de su población. De estos grupos, alrededor de quinientos quince millones son niñas y aproximadamente quince millones de ellas dan a luz cada año, representando el 10% de todos los partos, cifra que aumenta al 17% en los países en vías de desarrollo. (Alvarado, 2012). El embarazo adolescente es un fenómeno enmarcado dentro de la problemática de más alto impacto en la actualidad, con innumerables consecuencias para la salud sexual, reproductiva, económica y de ambiente familiar para la madre y para el hijo. (Maddaleno, 2017).

Estas gestaciones se acompañan generalmente de grandes riesgos de complicaciones biológicas en la madre, tales como anemia grave, amenazas de aborto, parto prematuro o parto inmaduro, toxemia, hipertensión inducida por el propio embarazo, placenta previa, incompetencia cervical, e infecciones, entre otras. En la salud del niño se puede presentar desde bajo peso al nacer, hasta secuelas que en ocasiones son para toda la vida, como por ejemplo retraso mental, defectos del cierre del tubo neural, así como desarrollo biológico deficiente, entre otros. (Maddaleno, 2017).

La finalidad de este estudio es; identificar los principales factores asociados con la maternidad juvenil y tomar como punto de partida para realizar estrategias para la prevención y reducción de ellas. También servirá para motivar a las demás regiones de Nicaragua a realizar estudios con el fin de reducir la mortalidad materno-infantil para ayudar al desarrollo económico del país, haciendo hincapié en el manejo preventivo y de esta forma se tomen decisiones pertinentes y contextualizadas con la cual se mejoren la eficacia y eficiencia de cada servicio de salud; posibilitando la disminución del índice de repetición de embarazos en gestantes; ya sea a través de campañas que proporcionen información calificada y veraz sobre educación y salud sexual y reproductiva que incluya el uso adecuado de los anticonceptivos y los testimonios de pares.

Objetivos:

Objetivo General:

Analizar los factores asociados en embarazo de adolescentes atendidas en el puesto de salud 24 junio municipio de Matiguás, periodo abril 2018 a marzo 2019.”

Objetivos Específicos

1. Describir las características sociodemográficas en la población de estudio.
2. Detallar los factores biomédicos de las pacientes en estudio.
3. Conocer, que tipo de información poseen las adolescentes en estudio sobre salud sexual y reproductiva.
4. Identificar los factores psicológicos y familiares de las adolescentes atendidas en dicha unidad de salud.

CAPITULO II

Antecedentes

A nivel internacional

En 2013, Sánchez y colaboradores en su estudio “Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tulúa, Colombia”, se analizaron a 151 mujeres adolescentes de 19 años o menos, embarazadas y 302 adolescentes si embarazo y con vida sexual activa, resultando que hubo asociación significativa con embarazo las variables individuales: no encontrarse escolarizadas o estudiando, inicio de AS a los 15 o menos años y no usar métodos de planificación familiar (PF) en todas las relaciones sexuales; en variables familiares: escolaridad materna menor que secundaria, no educación sexual del adolescente por la madre y no suministro de métodos de PF por la madre, y en las variables socio-culturales: pertenecer al estrato socio-económico 1 y no haber recibido educación en PF por parte de personal docente, de salud u otro diferente a los padres. Por lo que se concluye que las causas asociadas a embarazo involucran factores individuales, familiares y socio-culturales. La promoción de la abstinencia es un objetivo válido, especialmente entre adolescentes más jóvenes, sin embargo, la evidencia científica mundial demuestra que no es suficiente para evitar embarazos no deseados. (Mendoza, 2013).

En 2013, Díaz y colaboradores en su investigación “Prevalencia de embarazo en adolescentes escolarizados y sus factores predisponentes: Cartagena 2012 – 2013.” Se abordaron 621 adolescentes escolarizados cuatro instituciones educativas públicas y dos privadas de Cartagena, concluyendo que la prevalencia de embarazo en adolescentes fue de un 7%; de la cual el 3,8% pertenece a mujeres que están o han estado en condición de embarazo y el 3.2% en hombres que han vivido una situación de embarazo con su pareja. En cuanto al tipo de institución la prevalencia de colegios oficiales fue de un 5.25% (33) y en colegios privados de 1.75% (11); el 31.6 % de los adolescentes son sexualmente activos, y la edad promedio de inicio es de 15 años. (Diaz Prasca, 2012-2013).

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

En el 2015, Angulo en su estudio “Factores asociados a embarazo adolescente recurrente en el servicio de Ginecoobstetricia del hospital Belén de Trujillo”, encontró que la edad media de los casos y controles fue 17.84 ± 0.824 años y 28.23 ± 3.726 respectivamente. El ser soltera fue más frecuente con un OR de 4.19, el IC95% no reconfirmó significación estadística. La procedencia rural fue más frecuente en casos que en controles (82.2% vs. 33.3%), con OR =9.25 ($p < 0.005$; IC95% 3.78-19.34). La edad temprana de la primera relación sexual (≤ 17 años) mostró diferencia significativa. La edad de la primera gestación ≤ 15 años también fue más frecuente en casos que en controles (84.4% vs. 12.6%) y el OR fue 37.68 ($p < 0.005$; IC 95% = 14.52-96.03). Concluyendo que la procedencia rural, el bajo grado de instrucción, la edad de la primera relación sexual y de la gestación ≤ 15 años son factores de riesgo para embarazo adolescente recurrente. (Diaz Prasca, 2012-2013).

En el 2016, Rodríguez y Espinoza, en su tesis “Factores que influyen en el embarazo en adolescentes en el centro de salud Pedro Sánchez Meza, Chupaca de enero a marzo 2016”, se estudiaron 30 gestantes, la mayoría tienen una edad de 15 a 19 años, con grado de instrucción secundaria, ocupación ama de casa, estado civil convivientes, vienen de familia monoparental, vive solo con su madre, tuvieron una sola pareja sexual, primigestas, no tuvieron antecedentes de aborto, no usaron métodos anticonceptivos. Por lo que se determinó que los factores que influyen en el embarazo en adolescentes son: la edad, la ocupación, tipo de familia, inicio de la primera relación sexual, y el uso de métodos anticonceptivos. (Rodríguez, 2016).

En 2017, Carvajal y colaboradores en su estudio “Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia”, se estudiaron 316 adolescentes. El promedio de edad de la cohorte fue de 15.9 años. El 10% de las adolescentes se embarazaron durante el seguimiento. El promedio de edad de inicio de relaciones sexuales fue 14.5 años y 67.7% indicaron que no usaron algún método de planificación familiar en su primera relación sexual. Durante el seguimiento las adolescentes que tuvieron mayor riesgo de tener un embarazo fueron aquellas que reportaron en la encuesta: No ser capaces de evitar las

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

relaciones sexuales cuando no usaban métodos de planificación; sentir culpa por el consumo de alcohol; tener amigas que abortaron y sentir presión para iniciar vida sexual. (valencia, 2017).

A nivel nacional

Un estudio realizado en Chontales en el 2012, concluyo que los embarazos en las adolescentes constituyen un 25.3% cifra que no reporta mucha diferencia con un estudio realizado por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, quienes reportan tasas de prevalencia del 25.9%. Nicaragua se ubica entre los primeros lugares a nivel latinoamericano en cuanto a altas tasas de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 – 19 años. (Mendoza, 2013).

En el 2013, la Asociación Quincho Barrilete en su investigación “Factores asociados al embarazo en adolescentes en poblaciones de alto riesgo social”, encontró que la mayoría tenía 14 años, la edad promedio del padre de sus hijos es de 17.4 años, lo que sugiere embarazos adolescentes producto de relaciones sexuales tempranas, la mayoría dijo que el embarazo fue producto de relaciones sexuales consensuales, no hay convivencia con el padre del niño. Por lo que plantea que los embarazos adolescentes están asociados a relaciones afectivas, típicamente entre adolescentes, nupcialidad temprana, probablemente asociado a la búsqueda de relaciones afectivas de las que se ha carecido en el hogar de origen, poseían buenos conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, sin embargo no aplicaron ningún método de planificación familiar ni de protección. (Quincho, 2013).

Marco teórico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la adolescencia como el “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se consolida la independencia socio-económica”, fijando sus límites entre los 10 y los 19 años, es una etapa fundamental en el crecimiento y desarrollo humano, durante la cual el niño se transforma en adulto. La misma está marcada por cambios interrelacionados del cuerpo, la mente, el espíritu y la vida social, el adolescente tiene características propias de su etapa que son expresiones normales de su edad. (Brito, 2016).

Durante esta fase, se experimentan grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales; en lo biológico se produce la maduración sexual de los órganos y estructuras encargadas de la reproducción, marcándose en muchos casos el inicio de la vida sexualmente activa; en lo psicológico, los cambios se observan al comenzar la capacidad del pensamiento abstracto, la planeación y logro de proyectos de vida, la búsqueda de la afirmación de la personalidad y la necesidad de independencia, conformando su identidad; en el aspecto social, los y las adolescentes se comienzan a incorporar al contexto socioeconómico y político del lugar en donde viven, ya que van construyendo distintas relaciones sociales en el actuar cotidiano. (Villaseñor, 2005).

Se puede decir que la adolescencia, como período de transición, a la edad adulta, es un fenómeno trascendental en la vida del ser humano que le permitirá como individuo, encontrarse a sí mismo, desarrollar conceptos y actitudes que le faciliten la preparación para la selección de una ocupación, el desempeño autónomo, la formación de su propio sistema de valores, para crear conductas sociales aceptables y acordes a la comunidad en la que vive y a su vez transmitir las a futuro, a su descendencia. (Echeolanea, 2005).

El hecho de ser un período de cambios y crecimiento también implica desequilibrios en todos los niveles, físico, psicológico, social y sexual lo que involucra también nuevas formas de exploración y de participación en la actividad sexual, ello motiva

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

que las primeras relaciones sexuales en esta etapa sean de suma importancia por la escasa experiencia que se posee lo cual puede llevarlos a enfrentar situaciones tales, como el embarazo no planificado. (Barrera, 2007).

Cabe reconocer entonces, que se trata de una etapa que alcanzará diferentes particularidades de acuerdo a los contextos, géneros, clases y generaciones que la atraviesan. No existe un concepto universal de adolescencia sino muchas definiciones, que catalogan a las y los adolescentes por la edad, o por sus características biológicas, sociales o psicológicas. Sin embargo, cuando la sociedad destaca algunas de estas particularidades, está construyendo significaciones a partir de realidades sociales, lo que muchas veces facilita los rótulos y las discriminaciones. Así, se los tilda de ser rebeldes, de que consumen alcohol en exceso, que no toleran los límites, etc. La visión actual en relación a esta etapa de la vida del sujeto, es que no existe un modelo de lo que es un o una adolescente. “Ellos o ellas son seres humanos concretos, reales, que buscan caminos de crecimiento y equilibrio; son hombres y mujeres con derechos, deberes y compromisos sociales; son ciudadanos y ciudadanas que tienen sueños, expectativas, ideales, problemas y dificultades y que están construyendo su autonomía y su proyecto de vida”. (Salud., 2005).

Un embarazo no deseado es aquel que se presenta cuando la mujer o la pareja no lo están buscando y por lo tanto no forma parte de los planes de vida de estas personas; el doctor Álvaro Monterrosa Castro profesor de la universidad de Cartagena en un estudio sobre causas e implicancias médico-sociales del embarazo en la adolescencia define al embarazo en la adolescencia como un embarazo indeseado, al llegar en momentos en que no existe la preparación psíquica, fisiológica ni socio-económica para enfrentar las exigencias de la maternidad. (Monterrosa, 2008).

Si bien, es posible asociar al concepto de maternidad con la reproducción biológica, es indudable, que en nuestros días pueda ser abordada teniendo en cuenta, la caracterización, significación, e ideología que la sustenta en un determinado contexto y tiempo. La maternidad como tantos otros fenómenos sociales, está

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

influenciada por las condiciones de producción propias de una sociedad y una cultura que desde múltiples variables la atraviesan cotidianamente. Así la función materna constituye un movimiento que posibilita un proceso que va mucho más allá del individuo concreto y biológico que realiza el cuidado materno, ello hace que pueda ser ejercido indistintamente por todo aquel que posea condiciones y disposición para hacerlo. Ser madre implica un complejo entramado donde convergen una amplia gama de aspectos de índole individual, educacional, familiar, religiosa, comunicacional, social, político, etc., ser madre implica una construcción biopsicosocial, donde las variables que la atraviesan, la definen en su función. Para la OMS la maternidad y la paternidad son roles de la edad adulta que cuando se dan en la adolescencia, requieren de las/los jóvenes una sobre-adaptación para lo cual no se encuentran preparados ni emocional, ni socialmente. (Meacham, 2009).

La OMS, a la vez expresa, que la edad óptima para que ocurra un embarazo, es entre los 18 y 35 años de edad, pero depende de la madurez, el estilo de vida, deseos y proyectos de la mujer para hacerlo. El embarazo durante la adolescencia es un fenómeno que ha llamado la atención mundial desde el siglo pasado, particularmente en los últimos 30 años se acentuó la investigación para describir con mayor precisión el fenómeno, sobre todo, porque embarazo y maternidad adolescente poseen características pluridimensionales, de causas tanto psicológicas como sociales. Las cifras estadísticas en la mayoría de las investigaciones, muestran que el problema ha estado y está lejos de ser resuelto pues la frecuencia, en términos absolutos del embarazo adolescente se ha incrementado no obstante, en algunos países se ha observado un descenso en la tasa de fecundidad en mujeres adolescentes, algunos de los argumentos señalados para dar explicación de tal disminución, son los siguientes: una tendencia a casarse a mayor edad, un aumento en las oportunidades económicas y educativas, cambios en las costumbres sociales, mayor accesibilidad e información sobre métodos anticonceptivos y, en algunos casos, el acceso legal al aborto. (Salud, 2008).

• **Definiciones**

Adolescencia temprana: se refiere a cambios biológicos en donde el individuo experimenta cambios corporales y funcionales como la primera menstruación. En esta etapa el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo para posteriormente experimentar atracción por el sexo opuesto. Para muchos, esta edad es el inicio para las experiencias y actividad sexual. (Gonzalez F, 2014).

Adolescencia tardía: en esta etapa no se presentan muchos cambios en relación a la adolescencia temprana y aceptan su imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta.

Se considera embarazo adolescente aquel embarazo que ocurre entre las edades de 10 a 19 años (UNICEF, 2011), y para comprender sus factores determinantes y consecuencias hay que tener en cuenta la relación que existe entre la salud y el bienestar de las personas, además de los procesos sociales, económicos y políticos a distintos niveles. (Unicef, 2012).

Factores de riesgo asociados al embarazo en la adolescencia

Si bien, el fenómeno del embarazo en la adolescencia es complejo y sus implicancias varían según desde la óptica que se mire, ya que para algunos sectores es un problema serio, tal es el caso del punto de vista médico o psicológico, y para otros es algo normal y natural como parte de su historia cultural, así el caso de las familias que pertenecen a sectores populares de la sociedad; es posible enunciar factores de riesgo que se asocian y constituyen sus principales causas, su implicancia depende de muchos aspectos, tales como, edad de la madre, acceso a información de calidad, inclusión educativa, orientación y educación sexual adecuada, carencia de control de los impulsos sexuales y presión grupal para tener relaciones sexuales a veces en forma esporádica, como forma de demostrar que se es más hombre o más mujer, sentirse invulnerables porque “eso les ocurre a otros y a mí no”, no usar métodos anticonceptivos en forma adecuada, querer validarse frente a características de soledad, inseguridad, baja autoestima o problemas

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

familiares, ignorancia en temas de fertilidad, sentirse fuertemente enamorado y tener sexo sin protección, querer vivir nuevas experiencias, sobre erotización provocada por los medios de comunicación, en especial la televisión, estar bajo el influjo de alcohol o drogas, lo cual produce una liberación del freno social, falta de afecto y comunicación con los padres, sentir temor a ser reprobados, por lo cual los jóvenes ocultan que son sexualmente activos, no tener acceso a orientación y controles médicos, etc. (Nación-OMS-OPS.).

La adolescencia, es un período de grandes oportunidades y grandes riesgos. En el contexto social y de salud, se considera como una etapa donde los individuos son altamente vulnerables. (Sánchez, 2013).

Es indiscutiblemente una etapa vulnerable en sí misma con múltiples factores de riesgo propios de la condición por la que están transitando los adolescentes, no siempre asociados al componente biológico, como por ejemplo: menores redes de contención y soporte social, y mayor labilidad psicológica junto a una condición socioeconómica empobrecida de la población. Cada año, al menos 60,000 adolescentes mueren como consecuencia de problemas relacionados con el embarazo y el parto. (Sánchez, 2013)

El riesgo de morir durante el parto es doble entre mujeres de menos de 20 años de edad. Según muestran los datos de UNICEF, todos los años 13 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a la luz alrededor del mundo. Las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio en República Dominicana por ejemplo, ocupan el segundo y cuarto lugar entre las principales causas de muerte de las mujeres latinoamericanas de 15 a 24 años de edad. Los embarazos entre adolescentes, según publicaciones de la OMS, durante 1994, están asociados a condiciones desventajosas que los caracterizan como un problema con implicaciones sanitarias, sociales y económicas para la población en general. Los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ordenan en las dimensiones individual, familiar y social. (Máiquez, 2004.).

Probablemente como en ningún otro periodo estas dimensiones se encuentren intrincadas entre sí en la construcción de un mundo adolescente indivisible

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

caracterizado por múltiples componentes que interactúan otorgando la particular condición de vulnerabilidad de esta etapa. Respecto a la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquía en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos. (Moore K, 2010).

Otras condiciones asociadas que pueden favorecer un embarazo en la adolescencia pueden ser según Cueva V., “la menor aceptación de los valores tradicionales familiares, poca comunicación con la madre, abandono de la escuela, baja autoestima, carencia de proyectos de vida, poco conocimientos sobre métodos anticonceptivos, familia disfuncional, violencia intrafamiliar, carencia afectiva, nivel socioeconómico bajo, ingreso temprano al trabajo formal, y amigas que han iniciado su vida sexual precozmente” (Silber T, 2006).

El tipo de familia en el que habita el adolescente ejerce mucha influencia sobre su conducta sexual y reproductiva; la existencia de barreras en la comunicación y falta de información no proporciona una orientación sexual oportuna y adaptada. La precocidad de la actividad sexual, el ambiente familiar inadecuado y la influencia del grupo social donde se desarrolla el adolescente, están relacionados con el actual aumento del riesgo de presentar embarazos no deseados, abortos, partos, que en esta edad traen consecuencias adversas. (Peláez, 2014).

Según estadísticas en América Latina 100 de cada 1000 mujeres son adolescentes embarazadas. En la Argentina la tasa de madres adolescentes se mantiene en el 20%, datos semejantes a la mayoría de los países latinoamericanos. Si se focaliza en la dimensión familiar, se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas. El modelo familiar se transmite de padres a hijos y se ha demostrado que las hijas de madres adolescentes tienen el doble de posibilidades de ser, ellas mismas, madres

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

adolescentes. Al respecto, según expresan Buil Rada C, Lete Lasa I. y otros, “además del modelo familiar la comunicación que se establezca entre padres e hijos es otro de los factores determinantes del inicio precoz de las relaciones sexuales y de un eventual embarazo”. (Buil Rada C, 2011).

Siguiendo en esta línea es posible inferir que un mal funcionamiento familiar puede ser un factor predisponente a una actividad sexual prematura, ya que las jóvenes pueden ver en el embarazo una forma de escape de un hogar donde se sienten amenazadas por aspectos disfuncionales del entorno familiar como la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de otra joven en la familia; la enfermedad crónica de uno de los padres y la existencia de carencias afectivas y necesidades no satisfechas. Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, lo que las hace ser más vulnerables. (Canava GE, 2006).

En la dimensión social, uno de los elementos relacionado a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo es la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad⁵⁸ y la dificultad y acceso a los servicios sanitarios, de manera conjunta, con la falta de habilidad social para conseguir asesoría y anticonceptivos u otro tipo de MAC. (Cuadra, 2011).

Si bien, las causas del embarazo adolescente están determinadas básicamente por factores socioculturales, pero como ya se expresó se juegan también importantes elementos psicológicos, la valoración del embarazo difiere según autores, según el perfil sociodemográfico de las adolescentes y el lugar geográfico donde éstas habitan; en amplios sectores de la sociedad donde la población es rural, el embarazo temprano es más frecuente, la maternidad forma parte indisoluble de las vidas de las mujeres y en muchas ocasiones es la única forma de valorización social que ellas tienen, lo que las lleva a ser madres, sin haber dejado de ser niña . (Tristán, 2012).

En otros sectores sociales, sobre todo los de mayor poder adquisitivo, a diferencia de estos grupos, la mayor parte de las adolescentes tienen expectativas de educación o empleo que se contradicen con un embarazo a esa edad, más bien es producto entre otros aspectos, de la falta de información, la falla en el uso de los métodos anticonceptivos y el difícil acceso a servicios de orientación sexual para adolescentes. (Cuadra, 2011).

Menarca temprana e inicio precoz de las relaciones sexuales, y falta de planificación familiar

Los cambios en ámbitos físico, biológico, psicológico y social, que se producen en la adolescencia pueden ocasionar situaciones generadoras de crisis, conflictos y muchas veces, contradicciones. El ejercicio de la sexualidad y la reproducción, deberían ser siempre actos deseados y planeados; la iniciación sexual a edades muy tempranas puede generar múltiples consecuencias en la vida del adolescente y de todo su entorno debido a la falta de experiencia y al poco cuidado que tienen en la realización de las prácticas sexuales. Una de las consecuencias que puede traer aparejada una vida sexual activa sin la responsabilidad que esta merece es, como se expresó, un embarazo no planeado, definido como aquel que ocurre en un momento poco favorable, inoportuno, o se da en una persona que no desea reproducirse, que en el caso de los adolescentes influye al suceder drásticamente en sus vidas. (Langer A, 2009).

El inicio de la menarquía en la mujer adolescente ha disminuido en las últimas décadas, a un promedio de 9 a 12 años, por otra parte, también ha disminuido la edad de inicio de relaciones sexuales. (Sáez, 2005).

Diversos estudios indican que más del 50% de los jóvenes menores de 17 años son sexualmente activos, esto, sumado a las creencias que el/la adolescente posee, como por ejemplo; pensar que el embarazo es una manifestación de feminidad, que el acto sexual debe realizarse por razones no sexuales tales como: lástima, desconocimiento, desinformación y exploración de la sexualidad implica riesgo de embarazo. (Macías, 2004).

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

En las adolescentes muy jóvenes la decisión de iniciar relaciones sexuales no siempre es una decisión consciente o libre de ambigüedad, ni una decisión en la que se evalúen los riesgos y consecuencias involucrados. Aunque sean relaciones consentidas o aceptadas, muchas veces las adolescentes tienen poco control sobre el evento de la iniciación sexual. Muchos especialistas en la temática coinciden en que la menarquia precoz y las relaciones sexuales en edades tempranas, unido al desconocimiento de los mecanismos de reproducción humana y de los métodos de control de la natalidad son factores que inciden en la aparición de embarazos no planificados en la adolescencia. (González A, 2006).

A nivel mundial se reconoce un aumento de la actividad sexual de los adolescentes y concomitantemente una disminución en la edad de inicio de las relaciones sexuales, incrementándose con esto la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. (Issler, 2007;)

Un estudio realizado en Santa Marta, Colombia durante el año 2006 por Ceballos y Campo expresa que “la edad promedio para la primera relación sexual fue de 14.8 años en adolescentes”. Encuestas realizadas por la revista colombiana Pro familia atribuyen el inicio cada vez más temprano de la vida sexual de los jóvenes a “una maduración sexual temprana, la constante exposición a estímulos eróticos y la concepción errónea que se tiene de la sexualidad, a ello le suma el bajo nivel de comunicación entre padres e hijos acerca de temas sexuales”. Tal como se argumenta en párrafos anteriores, la conducta sexual de los adolescentes ha cambiado en forma significativa a lo largo de este último siglo. (Silber, 2005.).

Actualmente, los adolescentes alcanzan su maduración antes, pero se casan más tardíamente. Esto determina un largo período de tiempo en que los adolescentes ya han adquirido capacidad reproductiva pero aún no logran el cumplimiento de tareas psicosociales tales como: el logro de una independencia afectiva y económica de su familia de origen, durante este período los adolescentes se encuentran biológicamente preparados y culturalmente motivados para iniciar una vida sexual activa, pero son incapaces de analizar las consecuencias de su conducta sexual y tomar decisiones en forma responsable, ya que no han logrado el nivel de desarrollo

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

cognitivo y emocional necesario para establecer una conducta sexual responsable. (Zubarew, 2009).

La primera unión sexual y el nacimiento del primer hijo tienen especial significación dentro del conjunto de eventos que marcan la vida de los individuos. Diferentes estudios concuerdan que, el embarazo en adolescentes se relaciona con la probabilidad de iniciar precozmente las relaciones sexuales, y que esta probabilidad aumenta en adolescentes cuyas familias presentan una autoridad moral débil o mal definida, con ausencia de la figura paterna o padres que viven en unión libre, y cuando personas distintas a los padres cuidan o crían a los adolescentes. (Fuentes ME, 2008).

Desde la década de 1990, el aumento continuado de las tasas de nacimiento para mujeres de menos de 20 años de edad se ha asociado al incremento de la proporción de adolescentes que son sexualmente activas, la cual se ha incrementado de un 36% al 51%. Menkes y Suárez documentan que, en México, la población que se inicia sexualmente en la juventud, ha aumentado de manera importante en los últimos años, de 1995 al 2000. Además que el porcentaje de mujeres jóvenes que declara haber tenido relaciones sexuales se ha incrementado de manera significativa, y pasó de 20 a 25% en las de 15 a 19 años de edad, y de 58 a 75% en las de 20 a 24 años de edad. (Menkes C, 2011).

Los estudios tienden a mostrar que el inicio sexual ocurre de forma no planificada, gran parte de las mexicanas adolescentes no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual. Y que si bien el número de usuarias de métodos anticonceptivos en el debut sexual ha reportado un incremento de 11.3% en el año 1995 a 19.4% en el 2000, la gran mayoría de la población femenina se inicia sexualmente sin protección. (Menkes C, 2011).

• **Complicaciones para la madre y el niño**

La maternidad juvenil tiene una mayor asociación con la morbi-mortalidad materno-infantil.

Las mujeres adolescentes no solo están menos preparadas psicológicamente que las mujeres de mayor edad, sino también económicamente para dar a luz a un bebe saludable. Existe además mayor riesgo para presentar complicaciones maternas tales como: síndromes hipertensivos gestacionales, anemia, parto pre término, hemorragias en el embarazo o puerperio, entre otras. Las tasas de mortalidad superan el 60% en comparación con mujeres de mayor edad. (Normativas, 2007).

Los hijos de madres adolescentes tienen una probabilidad de 2 a 6 veces más de presentar bajo peso al nacer, la principal causa de esto es la prematuridad, pero el retraso del crecimiento intrauterino (CIUR) también juega su papel. Las madres adolescentes son más susceptibles a comportamientos tóxicos tales como: tabaquismo, alcoholismo, abuso de drogas, etc., lo que conlleva a un pobre incremento de peso materno y a la promiscuidad; todo esto condiciona a incrementar los riesgos de que él bebe tenga un crecimiento inadecuado, infecciones o dependencia de sustancias químicas tales como el Alcoholismo fetal agudo. El riesgo que tiene él bebe de morir en el primer año de vida incrementa inversamente proporcional a la edad materna, a menor edad mayor riesgo. (Normativas, 2007).

• **Nivel de escolaridad**

En el nivel de educación en la adolescente influye en la fertilidad mediante varios factores interrelacionados, incluyendo la condición socioeconómica de la mujer, situación dentro del hogar, edad al momento de casarse, tamaño deseado de la familia, acceso a información y servicios de planificación familiar y uso de la anticoncepción. Incluso después de tomar en cuenta otros factores, los investigadores encuentran constantemente que las mujeres con mayor educación tienen mayor probabilidad de utilizar la anticoncepción. (Mendoza, 2013).

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

Indudablemente, la educación mejora la condición de la mujer, dado que habitualmente tienen aspiraciones personales más altas, y la educación puede abrirle puertas hacia mayores y mejores logros y desarrollo personal, poniendo menos énfasis en la maternidad como principal recompensa de la vida. (Mendoza, 2013).

Para el impacto de la educación en centros educativos de Argentina para el año 2004, se realizó una encuesta a mujeres adolescentes que estaban en cuidados intensivos o con hijos en cuidados intensivos neonatales, con complicaciones graves del embarazo incluyendo la muerte fetal, y encontraron que casi el 50% de las adolescentes encuestadas (46.3%) ya no estudiaban al momento de embarazarse. (ferreti, 2005).

En relación al uso de métodos anticonceptivos, se dice que no siempre es necesario que haya aumentos en la educación formal para que incremente el uso de estos. A menudo, echar a correr la voz o a los medios de comunicación masiva son suficientes para concientizar a la gente sobre la anticoncepción y pueden difundir la norma de la familia pequeña a través de la sociedad. Sin embargo otros autores consideran que la educación de las mujeres tiene estrecha conexión con el uso de anticonceptivos. (Maddaleno, 2017).

Una encuesta realizada en 1993 por la Universidad de Salud Pública de John Hopkins, se encontró que el uso de anticonceptivos es más alto entre las mujeres con mayor educación y por ende, logren la meta de no tener más hijos de los que desean, dato que está relacionado con otros estudios internacionales. Las mujeres que han cursado más de 7 años de educación se casan en promedio 4 años más tarde, y tienen en promedio 2.2 hijos menos que aquellas que no han recibido ninguna educación. Una mujer que ha cursado algunos años de educación secundaria tiene menos probabilidad de tener hijos en la adolescencia. (hopkins, 1994).

Una serie de grupos de enfoque y de entrevistas a fondo, que se realizaron en adolescentes y adultos de ambos sexos de distintos estratos y condiciones sociales de la ciudad de León en el año 1993, concluyeron que el no uso de anticonceptivos

está relacionado a la pobreza y a la falta de educación. La asociación entre la educación y la reducción de la fertilidad añadiendo el efecto protector de la educación en la prevención de embarazos a temprana edad, aun entre familias pobres, indica que la educación es una herramienta muy poderosa para romper el círculo vicioso de la pobreza y el embarazo precoz. (hopkins, 1994).

• **Ocupación y edad de inicio de actividad laboral**

La edad de inicio de la vida laboral tiene estrecha relación con la condición económica, una mujer que vive en una familia altamente pobre es forzada a buscar una fuente de sustento para su familia a corto plazo, iniciando su vida laboral en la adolescencia, abandonando sus estudios y en muchos de los casos buscando compañeros de vida que las apoyen económicamente. Forman familias precozmente que modifican el núcleo familiar, con la consecuente pérdida de la estabilidad. En algunos casos, los trabajos realizados por estas adolescentes no son bien remunerados por la falta de preparación y llegan a percibir pocas o ningunas oportunidades de éxito, que según algunos autores es un factor que puede llevar a un embarazo o incluso a creer que los hijos son futura fuente de ingreso. (Diaz Prasca, 2012-2013).

Otro aspecto importante, es que en algunos estudios como el realizado en el Policlínico Docente de la Habana Cuba en el año 2000, demostró que más de la tercera parte (35.8%) de las mujeres adolescentes embarazadas, ni estudiaba ni trabajaba; dato que nos hace pensar que algunas adolescentes no tenían la preparación para afrontar un embarazo y su expectativa social y económica era muy baja. (Perez., 2012).

• **Procedencia y accesibilidad a los servicios de salud**

Según el Ministerio de Salud para el año 2002, 3 de cada 10 nacimientos eran de mujeres adolescentes en el área urbana y hasta 4 de cada 10 en el área rural. Junto con la educación de la mujer, las diferencias más sistemáticas de la fertilidad entre los grupos, reflejan en qué lugares viven las mujeres: si en zonas rurales o urbanas.

En encuestas realizadas desde 1990, en todos los países encuestados, la tasa de fertilidad total es más baja en las zonas urbanas. (Murillo, 2010).

Algunos autores afirman que para las clases rurales, una mayor información y acceso a metodologías anticonceptivas entre los y las adolescentes, probablemente tendrán poca efectividad para prevenir un embarazo, ya que no existe ni la motivación para postergar la maternidad ni las condiciones adecuadas para hacerlo. Además es evidente que el nivel de educación de las mujeres en el área rural, es inferior al de aquellas que viven en el área urbana, lo que constituye por sí mismo un factor de riesgo como se explicó anteriormente. Quizás la diferencia más constante en los niveles de uso de anticonceptivos entre grupos sea la existente entre las mujeres de las zonas rurales y urbanas. (Murillo, 2010).

• **Origen y edad en que se recibe la educación sexual**

La educación sexual en la etapa de la adolescencia no es solo prevenir problemas, sino también un elemento útil para promover el desarrollo de una visión positiva de la sexualidad. En el desarrollo humano, de los 6 a 12 años de edad, etapa de latencia del desarrollo sexual, cuando los niños están ansiosos de conocimientos, es el momento de suministrar todos los conocimientos científicos para que las conclusiones a las que lleguen sean verdaderas. (Maddaleno, 2017).

Hablar de sexo con naturalidad y verdad, es importante informar (tomando en cuenta la edad y la capacidad intelectual) acerca de todo lo concerniente a la reproducción (de donde vienen los niños, como se hacen y como no se hacen, etc.), informarle de los cambios físicos y psíquicos de la pubertad y de principios morales de la conducta humana, en forma sencilla y sincera, sin esperar a que ellos pregunten, con respeto, pero de una manera realista, recordemos que cuando se comienzan a dar los cambios primarios y secundarios de la pubertad ya es tarde. Gran parte de las decisiones personales son hechas durante la adolescencia aunque ya muchas de estas ideas o pensamientos surgieron en la infancia. (Gonzalez F, 2014).

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

La falta de educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años de la escuela o desde otros ámbitos en la comunidad, es una de las causas que influyen en el inicio muy temprano, y de manera desinformada, de la vida sexual, con el frecuente resultado de un embarazo no deseado en ese momento. (Murillo, 2010).

La buena educación sexual ayuda a los jóvenes a aclarar valores y evitar comportamientos de riesgo, indiscutiblemente la educación sexual debe de iniciarse en el hogar y la misma no debe ser solo información sino formación para llegar al cambio de actitudes y prácticas. (Murillo, 2010).

Al proporcionar educación sexual adecuada a estos jóvenes inician una vida de seguridad y afecto, mejorando su calidad de vida, sin temores, desechando toda clase de mitos y tabúes, asumiendo así mismo una responsabilidad tanto en la vida adulta como en la vejez. Una educación sexual adecuada implica hablar de valores, estilos de vida saludable y habilidades para la vida; esta información generalmente no se la proporcionan los adultos por lo que los adolescentes tienen dificultad para adquirirla, ya sea por vergüenza, por no saber a dónde ir ni a quien preguntarle. Por lo tanto, gran parte de la educación sexual que los adolescentes reciben vienen de filtros desinformados o de compañeros sin formar, además de esto, es un hecho que los medios masivos de información bombardean cotidianamente al joven con estímulos sexuales que presionan para que inicien las relaciones en edades tempranas. (Tapia Saldaña, 2012).

La educación sexual ha demostrado ser efectiva para disminuir los estilos de vida sexual de riesgo, Furstenberg y colaboradores demostraron que los adolescentes de 15 a 16 años que habían tenido educación sexual tenían menos probabilidad de tener experiencia sexual. (Diaz, 2010).

Además es conocido que los adolescentes que no tienen una adecuada educación sexual y escogen ser sexualmente activos, se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas a la información de sus compañeros, influencias paternas, financieras, culturales y políticas así como también a su propio

desarrollo que está limitado, hecho que influye de manera importante en el aumento de embarazos a corta edad. (Blázquez, 2012).

Muchas veces el sistema educativo ignora estas necesidades de los jóvenes, muy pocas escuelas consideran importantes brindar servicios de educación sexual a sus estudiantes. Se plantea que resulta más prometedor intentar planes de educación sexual con mayor énfasis en la paternidad responsable y en los valores de la familia que en información puramente biológica. Esta educación debe proporcionar conocimientos sobre control de la fertilidad que permitan escoger la opción más acorde con los principios éticos, religiosos y culturales. (Blázquez, 2012).

• **Uso de métodos anticonceptivos**

Dentro de las causas de los embarazos en la adolescencia se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas. Como no hay ningún método anticonceptivo efectivo al 100%, la abstinencia es la manera más segura de prevenir un embarazo. (Tapia Saldaña, 2012).

Morrison informa que el comportamiento anticonceptivo de los jóvenes se relaciona con aspectos de personalidad, desarrollo, cognición y toma de decisiones, aspectos que se desarrollan en su mayoría dentro de la familia. (Murillo, 2010).

Cuando se habla de anticoncepción en la adolescencia se debe tomar en cuenta los siguientes aspectos que son inseparables entre sí: la pobreza, la educación y las características sexuales propias del adolescente. (ferreti, 2005).

La pobreza limita el acceso a los centros de ayuda, generalmente se acompaña por falta de recursos para la preparación profesional, dato que se acentúa en las poblaciones rurales, que si bien ha venido aumentando su porcentaje de uso y de conocimiento de métodos anticonceptivos, sigue siendo el grupo con mayor nivel de pobreza y de menor nivel educativo, así como el de mayores tasas de embarazos en la adolescencia. (ferreti, 2005).

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

Las encuestas confirman que entre las mujeres con mayor educación es más probable que usen planificación familiar y, por ende, logren la meta de no tener más hijos de los que desean. Por otro lado, hay una mayor probabilidad de uso de métodos anticonceptivos entre hombres si se imparte un programa de educación sexual antes del inicio de la actividad sexual. Hallazgos que resaltan la necesidad de iniciar la educación sexual en edades tempranas. (Perez., 2012).

La búsqueda fisiológica del adolescente por conocer su sexualidad si no está guiada adecuadamente lleva a este a un inicio temprano de la actividad sexual física y un riesgo mayor de embarazo en este periodo. Las adolescentes a menudo no tienen poder como para resistir a la relación sexual o insistir en el uso de preservativos. El lapso entre la primera relación sexual y el inicio del embarazo es muy breve como para permitir a una adolescente conocer, reflexionar y tomar una decisión en lo que concierne al uso de algún método anticonceptivo. Para 1999, se encontró que el tiempo promedio entre la primera relación sexual y el fin de su primer embarazo fue de solo 22 meses. Se estima que una adolescente sexualmente activa que no usa ningún método anticonceptivo, tiene el 90% de probabilidad de quedar embarazada en un periodo de un año. (Alvarado, 2012).

A pesar de que en América Latina el uso de métodos anticonceptivos ha aumentado en un 10% en esta década, existen datos que revelan que la mayoría de las adolescentes no usa protección en la primera relación sexual (entre el 58.5 y el 85%) y que el 50% de los embarazos ocurren aproximadamente 6 meses después de este primer contacto. (Alvarado, 2012).

Muchos adolescentes sexualmente activos no utilizaban ningún método de planificación familiar. En países en desarrollo, solo el 17% de las mujeres casadas entre 15 y 19 años de edad utiliza métodos anticonceptivos. (Bonilla, 2010).

Para el 2004 se estimó que entre el 60-70% de los embarazos en adolescentes no son deseados y que el 50% de las madres solteras son de este grupo de edad, lo que nos hace inferir que las deficiencias en la planificación familiar de este grupo tienen gran peso sobre la prevalencia del embarazo a temprana edad. (Mendoza, 2013).

Repercusiones psicosociales del embarazo no planeado durante la adolescencia.

El embarazo en la adolescencia, tal como se expresó, es un fenómeno altamente complejo que se haya condicionado por una multiplicidad de factores que impiden su explicación y comprensión en base a causas simples y unitarias. Por ello diversos autores y especialistas en la temática proponen una relación entre embarazo adolescente y una serie de variables biopsicosociales. Mientras que en algunos sectores constituye un verdadero riesgo y se asocia a innumerables complicaciones, para otros, es algo normal y natural y como ya expresamos, no se asocia a un problema ni es percibido como tal. Respecto de las consecuencias adversas que produce el embarazo adolescente, es altamente frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr un empleo estable con beneficios sociales y sus posibilidades de realización personal. (Sánchez, 2013).

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por presión familiar o cultural. Las mujeres que tienen su primer hijo durante la adolescencia presentarían más probabilidades de tener más hijos totales. Y estos hijos también tendrían menos probabilidades para recibir el apoyo de sus padres biológicos, completar su educación, el trabajo en algún tipo de vocación, y establecer la independencia y seguridad financiera adecuada para proveerse por sí mismas. Las madres adolescentes casadas son más susceptibles a experimentar divorcios 80 % que las mujeres casadas que aplazan su embarazo hasta los 20 años por lo menos. Es muy común observar que en estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suela ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Y en los estratos sociales de menor poder adquisitivo el nuevo integrante complejiza aún más la trama de las familia ensamblada de origen, produciéndose grandes confusiones y superposiciones de roles, lo que perjudica al niño y a la madre. (Moore K, 2010).

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

Existiría una gran predisposición a que las madres adolescentes tiendan a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, repitiendo el círculo de la pobreza. Como lo muestran los aspectos desarrollados en párrafos anteriores, las consecuencias del embarazo en la adolescencia son múltiples. Además de poner en riesgo la salud de la madre, puede significar un gran obstáculo en las posibilidades de construir un proyecto de vida por parte de los y especialmente las adolescentes. Ser madre antes de desarrollar los recursos y habilidades personales para una maternidad efectiva deben estar educadas, acumular conocimientos adecuados sobre salud, comenzar a trabajar y participar en la comunidad restringe las opciones de vida de las adolescentes, pudiendo condenarlas a la pobreza, y pone en peligro a sus niños. (Moore K, 2010).

El nacimiento de un hijo, cuando es planeado y deseado, es un acontecimiento que llena de orgullo y alegría a los futuros padres. Cumple la función de perpetuar la especie y representa la posibilidad de expresar amor, cuidados y trascender a través de los hijos. Sin embargo, cuando no es planeado genera temores de cómo enfrentarlo, por los cambios que este hecho puede generar sobre el proyecto de vida. En el caso de los/las adolescentes, deben enfrentar las posibles respuestas de la pareja, la familia, los amigos y las instituciones; la posibilidad de abandono de la escuela, la ruptura con el/la compañero/a, el matrimonio forzado, la salida del círculo de amigos y finalmente la responsabilidad que implica tener un hijo. Como se ha señalado previamente, una fracción muy importante de la fecundidad registrada entre las adolescentes es no deseada, lo cual en muchos casos deriva que una gran cantidad de muchachas se sometan a abortos. El riesgo de aborto constituye otra consecuencia del embarazo en edades tempranas, el aborto puede ser provocado o bien producto de la falta de controles específicos. (Moore K, 2010).

Diversos estudios corroboran que un número importante de los embarazos no planificados en adolescentes solteras terminan en aborto, lo cual plantea un grave problema de salud pública puesto que la mayoría de esos abortos se realizan en malas condiciones y son practicados por personas que carecen de formación médica, o se llevan a cabo en establecimientos donde no se satisfacen las normas

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

mínimas de higiene y atención. En muchos casos, la actitud de rechazo social hacia el embarazo, sobre todo del entorno próximo a la adolescente, lleva a su ocultamiento con gran angustia y en consecuencia, no se acude o se retrasa el control del mismo. Aquí hay reacciones que llevan a negar el hecho, negar su existencia. En adolescentes muy angustiadas se utiliza todo tipo de mecanismos para ocultar el embarazo. Es por ello que la condena pública ya sea culturalmente o por razones religiosas tiene consecuencias muy negativas que pueden afectar la salud y vida de las adolescentes y del bebé. Según estimaciones del UNFPA, anualmente unas 70,000 adolescentes de la Subregión Andina se someten a abortos; a fines de los noventa el 82.5 % del total de embarazos no deseados en adolescentes terminó en aborto en Colombia y 68.8 % en el caso de Perú. (UNFPA, 2007.).

Aunque no existen registros contundentes sobre el tema, la evidencia disponible sugiere que en gran parte de los casos estos abortos son practicados por personal insuficientemente calificado y bajo condiciones de alta inseguridad que comprometen inclusive la vida de las jóvenes. (UNFPA, 2007.).

Respecto de los controles prenatales por lo general, las adolescentes muchas veces son reacias a acudir a ellos o bien lo hacen en edades de gestación tardías (más de 12 semanas). Las causas por las que se producen estos retrasos son muy variadas. Generalmente existe un desconocimiento de los signos de embarazo que aumenta a menor edad de la madre, una dificultad de comunicárselo a la familia, una falta de posibilidades económicas, deseos expresados de tener el hijo y una ambivalencia en relación con este hecho, a pesar de las dificultades, falta de consultas apropiadas donde consejo y la solución les puedan ser facilitados. En referencia a las repercusiones psicológicas frente a la noticia de un embarazo que no fue planificado, la reacción depresiva de la adolescente en curso de su embarazo puede ser tan fuerte que podría llevarla al suicidio o intento de suicidio, esta es la segunda causa de muerte en esta edad después de los accidentes. (Gogna, 2010.).

El embarazo y los problemas que este puede traer, el drama sentimental de una separación, el aislamiento, el pánico, podrían ser fácilmente considerados como

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

“factores suicidógenos circunstanciales”. Como se expresó, la situación psicológica de la adolescente embarazada es compleja y difícil, en ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia; los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo; los conflictos personales o familiares que trae consigo el embarazo, muchas veces originan ciertas reacciones, reales o simplemente temidas, del entorno, tales como inquietud ante un futuro incierto; la perturbación por las decisiones que se necesario tomar; vacío afectivo; etc. (Silber T, 2006).

Desde 1994 en el Cairo, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo recomienda a las instituciones educativas, de salud, y población en general, tomar conciencia y realizar “acciones y esfuerzos especiales por promover actitudes favorables en la participación activa de los varones en la sexualidad, para desarrollar la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, la planificación de la familia; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de las infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH; la prevención de los embarazos no deseados y de alto riesgo; la participación y la contribución al ingreso familiar, la educación de los hijos, la salud y la nutrición; y el reconocimiento y la promoción de que los hijos de ambos sexos tienen derecho a una vida saludable con calidad”. (UNFPA, 2007.).

En relación a las acciones que se planifiquen en materia de prevención y promoción de la salud para este grupo etario, sería necesario no perder de vista un concepto de suma importancia: la maternidad no convierte a una adolescente en adulta mágicamente. Su evolución a la adultez es un proceso que se cumple con mayor o menor dificultad según diferentes circunstancias tales como edad, apoyo familiar, situación social, entre otras. El embarazo ideal, ocurra en la adolescencia o en otra etapa de la vida, es sin lugar a dudas el que se origina a partir de una decisión libre y responsable de ambos progenitores en el marco del respeto y el amor. (UNFPA, 2007.).

Marco de atención de salud para adolescentes.

Un espacio de salud para adolescentes debe sustentarse en un enfoque integral, para la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, esto se refiere a la amplitud con

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

que debe abordarse su atención en los factores biológicos y psicosociales: el estilo de vida, el ambiente físico y cultural, la familia, la interacción con sus pares, entre otros. El propósito que persigue este enfoque integral, es la preservación de la salud, estimulando la detección de riesgos y la visualización de factores protectores, poniendo en marcha, actividades anticipatorias. (Pelaez, 2010).

América Latina ha sido pionera en el desarrollo de políticas, planes, programas y servicios para adolescentes en la región según la OPS. Sin embargo, muchos de los programas que existen actualmente se adhieren al concepto de prevención de enfermedades y se centran en un comportamiento muy específico, como VIH, ITS, prevención de embarazo, etc. Los programas y políticas sanitarias tradicionales han sido de naturaleza curativa y con frecuencia han definido el éxito como la ausencia de problemas, en lugar de como un desarrollo saludable. Dichos programas y servicios son verticales en su enfoque y no integran los conceptos de familia, cultura, valores y el contexto global en el que ocurre el comportamiento. (Stern, 2007).

Las intervenciones tratan de cambiar la conducta una vez que ésta se encuentra bien arraigada. Los adolescentes no participan o lo hacen de modo limitado, en el diseño y ejecución de planes y programas, por lo tanto, las intervenciones y las propuestas no reflejan sus deseos ni preocupaciones. Los programas focalizan su atención en prevenir problemas específicos de la población adolescente, generalmente una conducta problemática aislada, sin prestar atención al contexto social, por lo general no han demostrado ser efectivos a largo plazo. Será necesario entonces, para promover cambios sustanciales en la atención del grupo poblacional adolescente, y en los modos de ver y entender la salud; asegurar el trabajo interdisciplinario e intersectorial, conformando equipos con diversas profesiones. (Vargas E, 2012).

Además de promover una activa participación social en todo el proceso de gestión. Los jóvenes, las familias, y las instituciones deben intervenir en la identificación de los problemas, en el diseño y puesta en práctica de las propuestas de solución. La salud es un proceso dinámico que se relaciona con distintos actores. En el caso de

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

los/ las adolescentes, los vínculos con la familia, las instituciones, la comunidad y la escuela, constituyen oportunidades de accionar en forma directa sobre determinantes de la salud. Cuando son reconocidos como sujetos de derechos, con capacidad para tomar decisiones, se sienten motivados y se convierten en valiosos aliados para los servicios de salud. Una atención integral, equitativa y de calidad requiere de la implementación de Servicios amigables para adolescentes según la OPS/UNFPA son aquellos servicios donde los/las adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables a los adolescentes y a sus familias por el vínculo que se establece entre ellos y el equipo de salud, y por la calidad de sus intervenciones. (Buil Rada C, 2011).

Según lo desarrollado en la guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad, del Programa Nacional de Atención Integral de Adolescentes (PNSIA), que depende en Argentina del Ministerio de Salud de la Nación; la consulta por anticoncepción en la adolescencia es una urgencia, por lo que siempre se debe dar una respuesta anticonceptiva. Ante un/a adolescente que no desea embarazarse la anticoncepción es una respuesta adecuada y teóricamente simple. A pesar de ello, se percibe un marcado desconocimiento del marco legal en los equipos de salud, por lo que en muchos lugares aún se solicita la presencia de un adulto responsable junto al adolescente o se obstaculiza el acceso a los métodos anticonceptivos a través de un sin número de trabas burocráticas que no contribuyen a la prevención de embarazos no deseados, ni del contagio de ITS en la población adolescente. Estas barreras alejan a la población de los centros de salud sumando otro elemento más que incrementa los riesgos a los que se expone. (Gómez PI, 2011).

PREGUNTAS DIRECTRICES

1. ¿Cuáles de factores biomédicos se encuentran en la población en estudio?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre sexualidad reproductiva que presentan las adolescentes en estudio?
3. ¿Cuáles son los factores psicológicos y familiares de las pacientes?

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio: Se trata de un estudio observacional de corte transversal y retrospectivo, se refiere a un momento específico, se trabaja con datos recolectados durante el año 2018 y 2019 sin ningún tipo de intervención ya que las conclusiones se analizan como proyección a futuro.

Área de estudio: Puesto de Salud 24 de junio. Ubicado en el municipio de Matiguás, departamento de Matagalpa.

Población y muestra: Lo representa 40 pacientes registradas en el censo de embarazadas entre las edades de 14 a 19 años del Puesto de Salud 24 de junio, en el periodo de abril 2018 a marzo 2019.

Tipo de Muestreo: La muestra es no probabilística por conveniencia, ya que se tomaron únicamente los pacientes que tenían expediente clínico completo y se tenía disponibilidad de los mismos.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes entre las edades de 14 a 19 años registradas en el censo de embarazadas del puesto de salud 24 de junio, en el periodo de abril 2018 a marzo 2019.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no habiten en las comunidades aledañas al puesto de salud 24 de junio.
- Pacientes cuyo tutor o padre de familia no esté de acuerdo con que la adolescente participe en el estudio.

Método de recolección de la información:

La fuente de información fue primaria y secundaria. Primaria ya que se obtuvo información directamente de la adolescente mediante una encuesta y secundaria debido a que se tuvo que completar información mediante los reportes del expediente clínico.

La técnica de recolección fue a través de entrevista y revisión documental (expediente clínico), en el que se explicaba a la adolescente y/o al tutor de la menor de edad, los objetivos y el alcance de la investigación, así como la confidencialidad de los datos.

El instrumento utilizado para este estudio fue un cuestionario, dividido en 4 ítems principales, basado en los objetivos del presente estudio:

1. Datos Generales
2. Factores biomédicos
3. Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva
4. Factores psicológicos

El I ítem aborda los aspectos generales de la paciente en estudio, con el propósito de conocer las características sociodemográficas, es por ello que consta de 7 aspectos: edad, escolaridad, estado civil, procedencia, ocupación, religión e ingreso mensual.

El II ítem valora los factores biomédicos divididos en antecedentes ginecoobstétricos (6 preguntas) entre ellas: IVSA, inicio de menstruación, número de compañeros sexuales, número de embarazos, gesta, para, aborto, óbitos, edad de su primer embarazo. Y antecedentes personales no patológicos: si toma, fuma, se droga y si el embarazo fue planeado.

El III ítem es un cuestionario de selección múltiple que evalúa generalidades sobre la salud sexual y reproductiva y consta de 11 preguntas con valor de 1 punto cada respuesta y su respectiva clasificación.

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

El IV ítem evalúa los aspectos psicológicos divididos en 2 cuestionario, el primero conocido como Apgar familiar que evalúa la funcionalidad de la familia y el segundo evalúa la autoestima.

Plan de Procesamiento y Análisis de la Información

Después de recolectados los datos, estos se digitaron y procesaron en el programa estadístico SPSS versión 23 en el que se elaboraron tablas y gráficos para el análisis de estos. También se hizo un informe escrito en Microsoft office Word 2013, y para la presentación de este trabajo se hizo en Microsoft office Power Point 2013.

Dentro de los aspectos contemplados en el instrumento, los ítems I y II fueron llenados mediante selección múltiple. En el caso de los ítems III, es una evaluación sobre los conocimientos en salud sexual y reproductiva consta de 11 preguntas, cuyos valores para su análisis está brindado por un puntaje de 1 punto y categorizado en 3 opciones según el valor alcanzado: bueno (8-11 respuestas Correctas), regular (4-7 respuestas correctas) y malo (0 a 3 respuestas correctas). En el caso de los IV ítems (Factores psicológicos) están 2 cuestionarios: el primero que valora la funcionalidad de la familia (Apgar familiar) y es evaluado por la escala de Likert y su respuesta es categorizada en: Normal (17 – 20 puntos), Disfunción leve (16 – 13 puntos), Disfunción moderada (12 – 10 puntos) y Disfunción severa (menor o igual a 9 puntos).

El segundo cuestionario es para valorar la autoestima, y al igual que el anterior, es a través de la escala de Likert en el que según el puntaje de sus respuestas fue categorizado de la siguiente manera: Alta autoestima (1 – 13 puntos) y Baja autoestima (14 – 28 puntos)

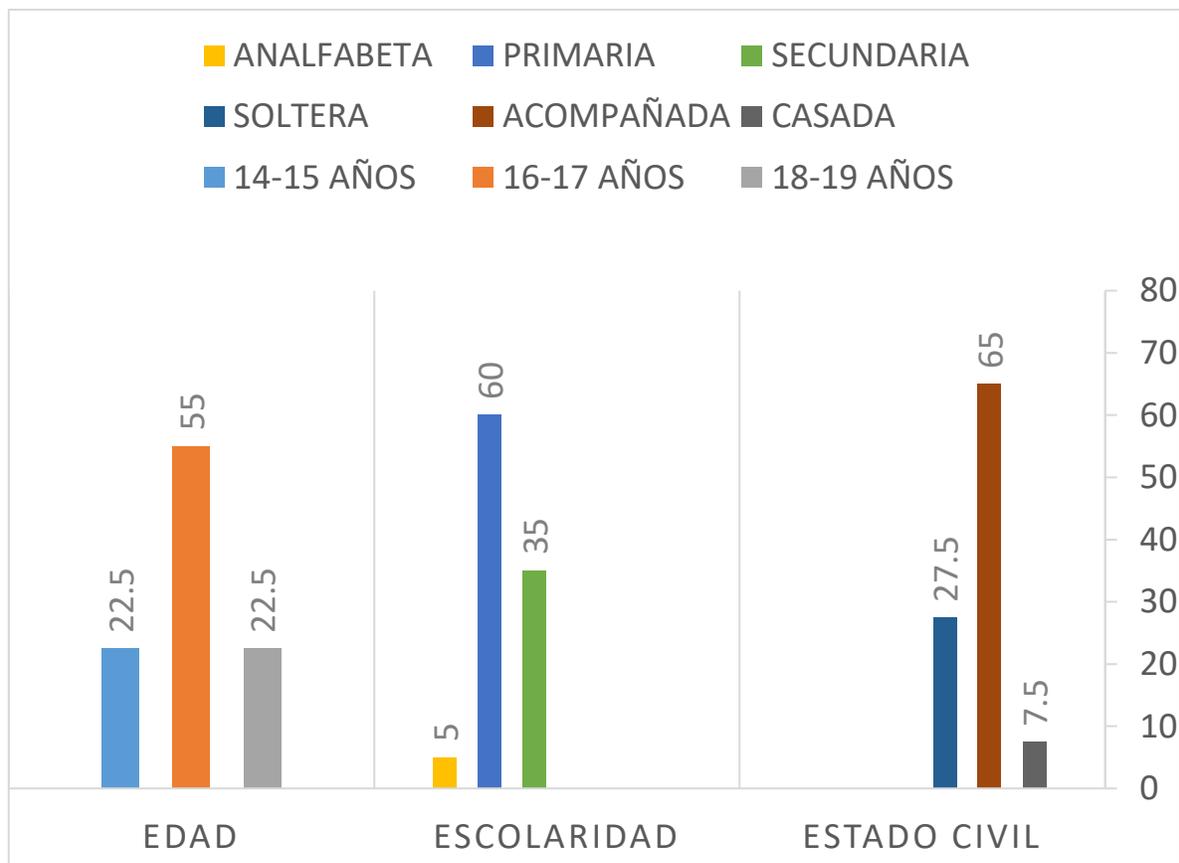
Aspectos Éticos En esta investigación se consideraron las normas éticas en relación a investigación en seres humanos; por lo que la información obtenida es de total confidencialidad, en ningún momento se obtuvo información que no se dirigiese a la finalidad del estudio.

CAPITULO IV

Resultado

Grafica 1. Características sociodemográficas de las pacientes registradas en el censo de embarazadas del puesto de salud 24 de junio de Matiguás abril 2018 a marzo 2019.

Fuente cuestionario.



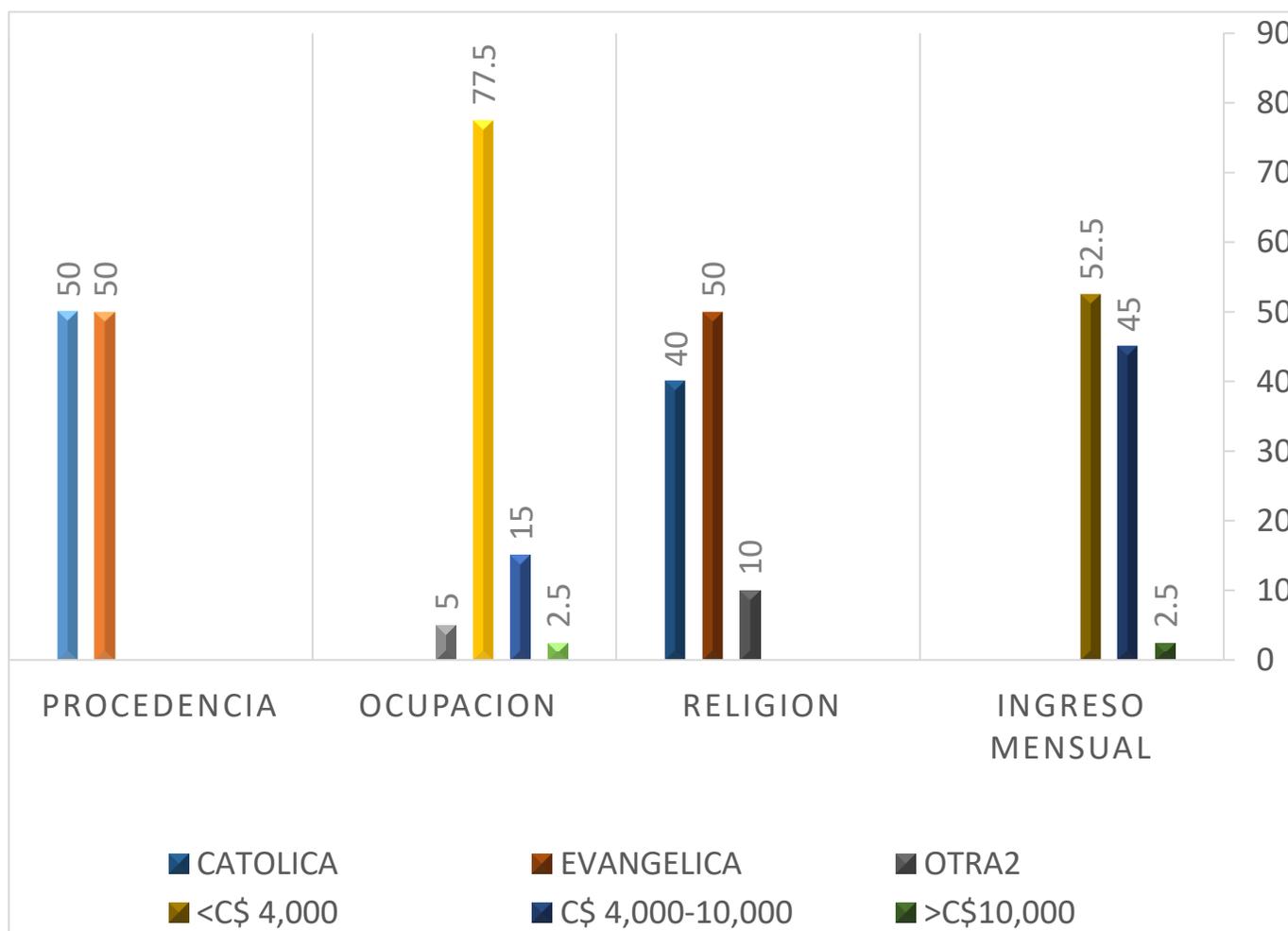
La muestra estuvo conformada por un total de 40 adolescentes entre los 14-19 años que concurrieron al puesto de salud 24 de junio de Matiguás, se realizaron 40 encuesta.

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

Del total de 40 adolescentes entrevistadas un 55 % se encontraba entre los rangos de edad 16 a 17 años, 22.5 % para las edades de 14-15 años y el mismo porcentaje para el rango de 18-19 años.

Con respecto al nivel de instrucción de las adolescentes el 5% no tenían estudios, el 60 % tenían el primario incompleto, el 35% secundaria incompleta. Ninguna de las entrevistadas presento nivel académico superior.

En relación al estado civil de la población en estudio, el 65 % expresó ser acompañada, con un 27.5 % se encuentran solteras y solo el 7.5 % están casadas.



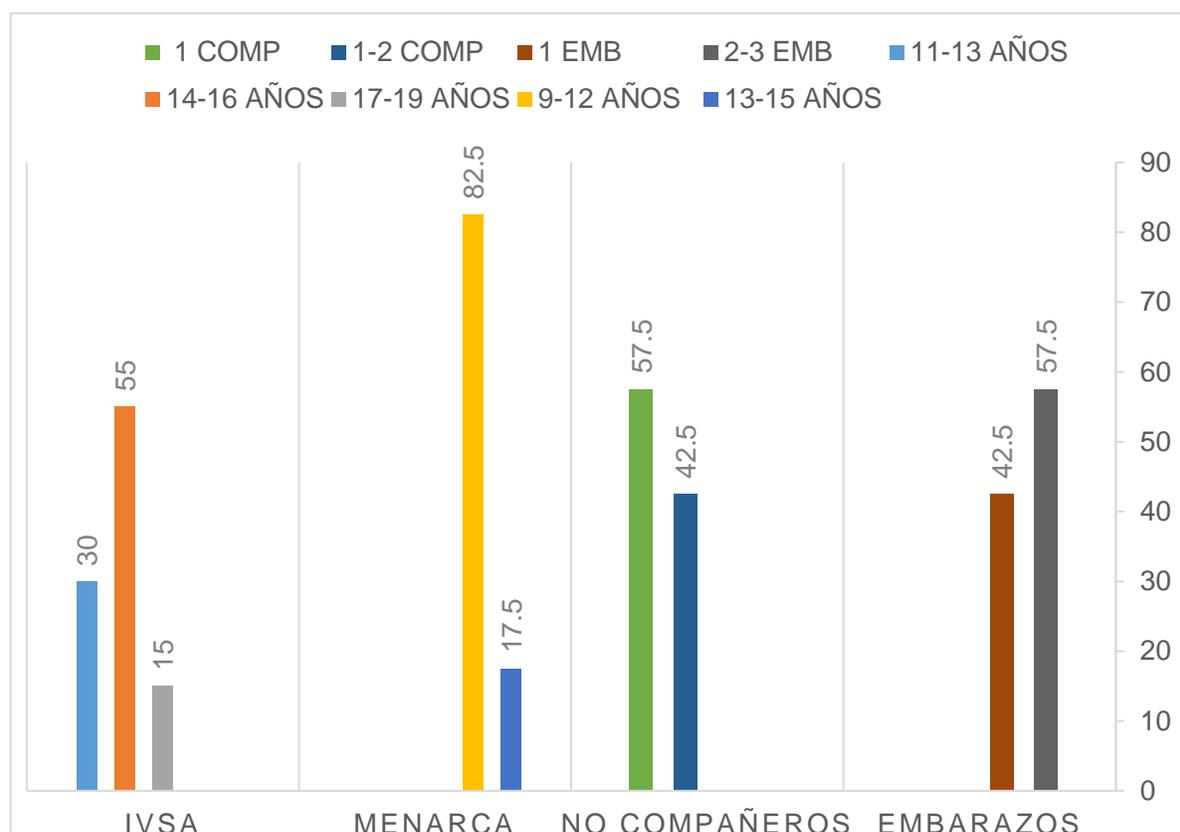
El 77.5% de las encuestada son amada de casa, el 15 % trabajan por cuenta propia, un 5% de las adolescentes aún están estudiando y un 2.5 % realizan otras labores.

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

En relación a la fe que profesan, se realizó en la entrevista la pregunta de religión; en el cual el 50 % expresó ser evangélica, el 40 % católica y un 10 % tienen otra religión.

De igual importancia se indagó sobre el ingreso mensual del cual, el 52.5 % de las adolescentes era menor de C\$ 4,000 Córdobas, el 45 % es de C\$ 4,000 a C\$10,000 y un 2.5 % mayor de C\$ 10,000.

Grafica 2 Antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud 24 de junio de Matiguás abril 2018 a marzo 2019.



Fuente: cuestionario.

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

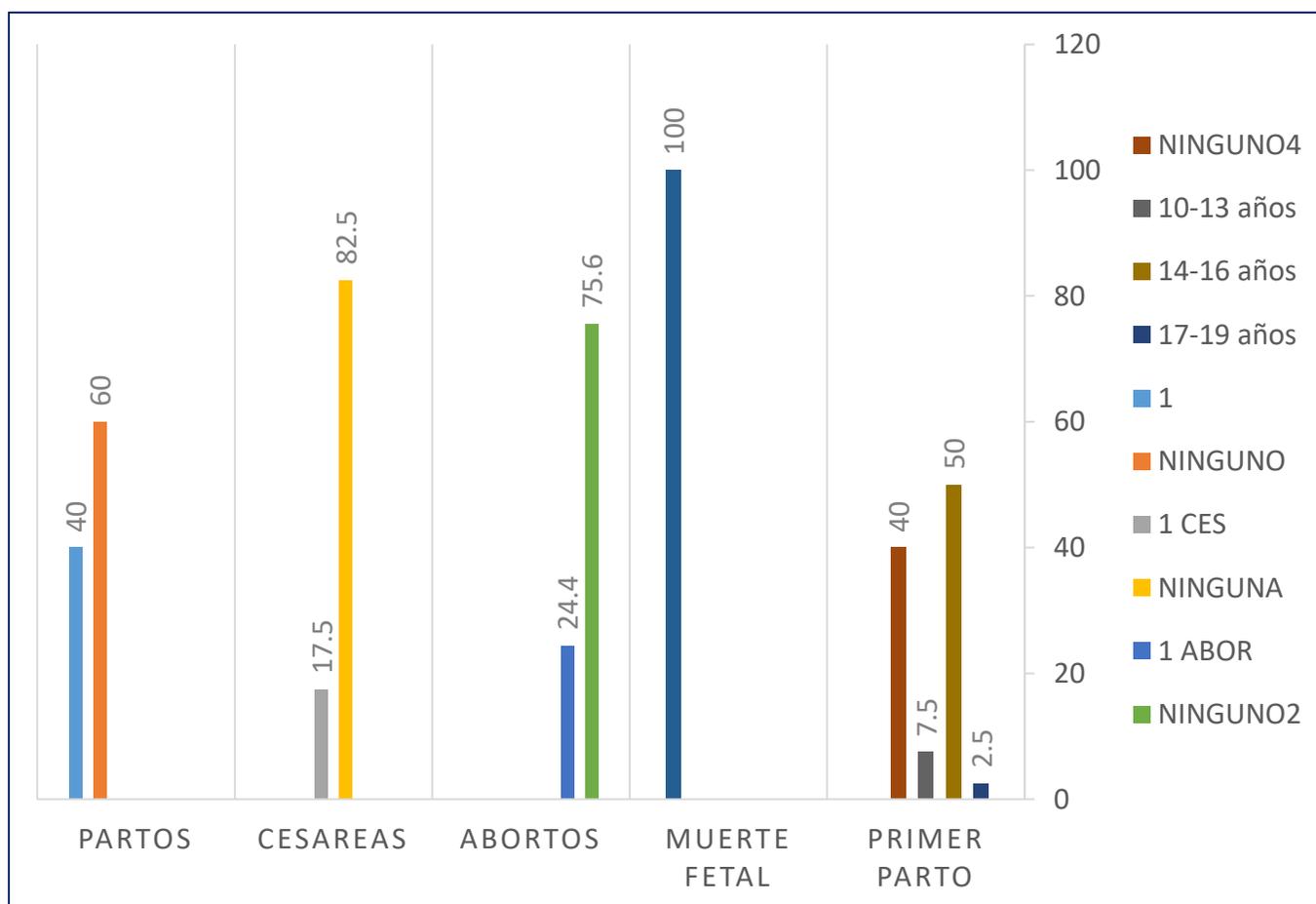
En referencia al inicio de vida sexual activa, el 55 % de las adolescentes expresó que iniciaron entre las edades de 14 a 16 años, el 30 % de 11 a 13 años y un 15 % de 17 a 19 años.

Con respecto a su primera menstruación se indagó las edades de inicio, el 82.5 % tenían la edad de 9 a 12 años, el 17.5 % 13 a 15 años.

Con respecto a los compañeros sexuales las adolescentes en estudio refirieron que el 57.5% han tenido 1 compañero, el 42.5% de 1 a 2 compañeros sexuales.

El 57.5 % de las adolescentes manifestaron haber tenido de 1-2 embarazos y el 42.5 % son primigestas.

Fuente: cuestionario.



Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

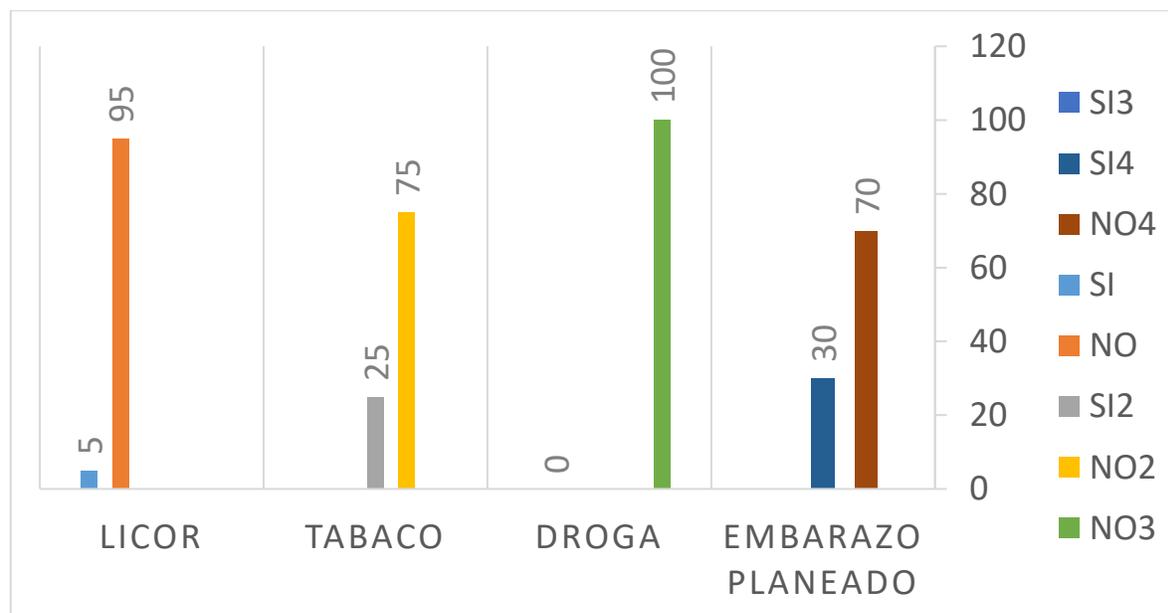
La mayoría no ha tenido parto, ya que en el momento de la investigación se encontraba en su primer embarazo con un 60%, seguido de 1 partos vaginales con el 40%.

Las adolescentes refieren en su mayoría que no se han realizado cesárea con el 82.5%, y el 17.5% se había realizado 1 cesárea. El 75.6% no han tenido abortos, el 24.4 % han presentado un aborto.

Ninguno de las adolescentes reporta muerte fetal 100%.

Con respecto a la edad de su primer embarazo el 50% expresó haber tenido la edad en rango de 14 a 16 años, el 7.5%, de 10 a 13 años, el 2.5% de 17-19 años y el 40% no han parido, están en su primer embarazo.

Grafica 3 Antecedentes personales no patológicos de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud 24 de junio de Matiguás abril 2018 a marzo 2019.



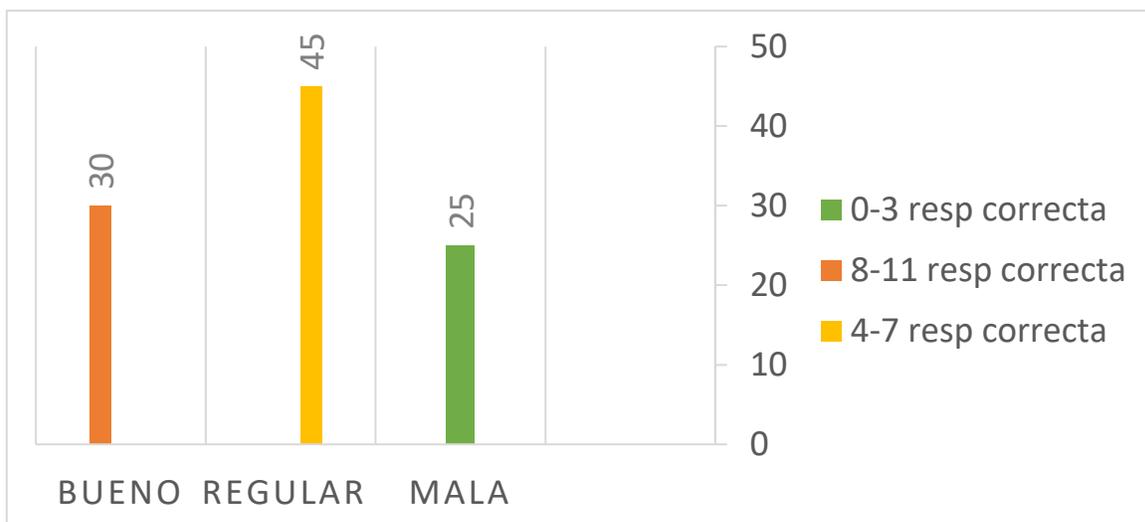
Fuente: cuestionario.

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

En relación a los antecedentes personales no patológicos, la mayoría refirió no tener ninguno, sin embargo, el licor tuvo un 5% de ingesta, con un 95% de no habito, y el tabaco un 25% de ingesta con un 75% de no habito.

Del total de las adolescentes que constituye la muestra, el 70 % de las entrevistadas expresó no haber planificado su embarazo y el 30 % si lo planificó

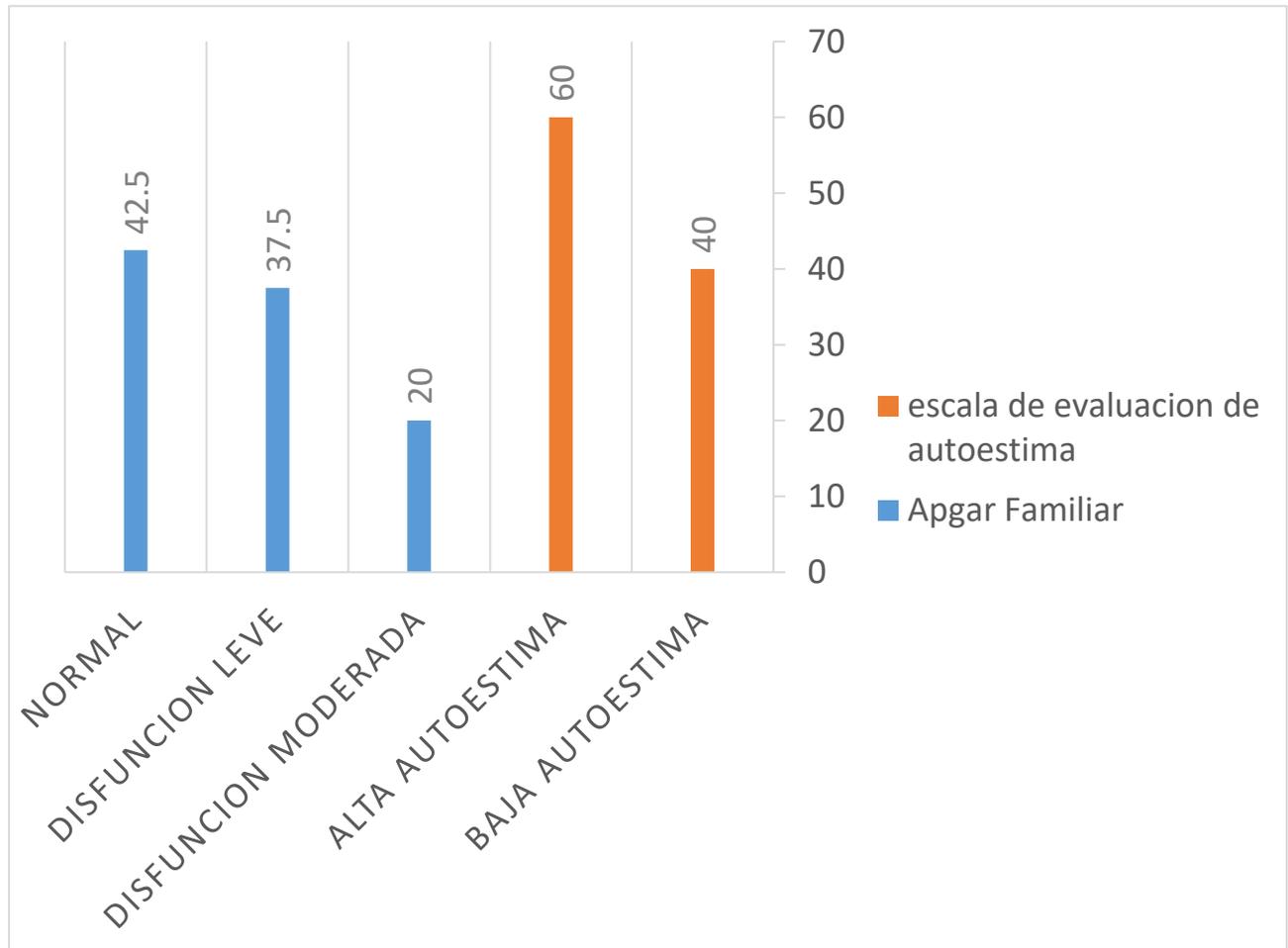
Grafica 4. Nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud 24 de junio de Matiguás abril 2018 a marzo 2019.



Fuente: cuestionario.

La mayoría posee un regular nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva con un 45%, el 30% tenía buenos conocimientos y un 20% poseía malos conocimientos.

Tabla 5. Factores psicológicos de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud 24 de junio de Matiguás abril 2018 a marzo 2019.



FUENTE: Cuestionario.

la mayoría no presentó disfunción, es decir es normal con 42.5%, disfunción leve con un 37.5%, y disfunción moderada con un 20%.

Según la escala de evaluación de la autoestima, la mayoría de las adolescentes presenta alta autoestima con un 60 y un 40% tenía baja autoestima.

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

centroamericano con las estadísticas más altas de embarazo en adolescentes. Dentro de las edades que predominaron en esta investigación se encontraron mujeres de 16 a 17 años, coincidiendo con los estudios internacionales de Angulo (2015) y Rodríguez & Espinoza (2016); y estudios nacionales tales como el de la Asociación Quincho Barrilete que plantea que la edad promedio de dichas mujeres era alrededor de los 17 años, y plantea que cada año adicional de vida aumenta en 16.1% la probabilidad de quedar embarazada antes de cumplir 20 años.

La baja escolaridad es uno de los factores que influyen tanto en las causas como en las consecuencias en el embarazo en adolescentes. En el presente estudio la mayoría de las adolescentes refirieron haber llegado a primaria. Esta situación se acompleja debido a que ninguna de las adolescentes reportó estudiar alguna carrera universitaria, lo que conlleva a falta de oportunidades laborales y falta de independencia económica.

Tanto Rodríguez & Espinoza (2016) como el reporte de la Asociación Quincho Barrilete (2013) plantean que los embarazos en adolescentes se dan principalmente en estado civil de acompañante, esto puede definirse que fue durante la etapa de “noviazgo”, también por la situación legal reflejado en el código de la familia de Nicaragua se considera menor de edad a las personas menores de 18 años y por ende no puede contraer matrimonio.

La procedencia no fue significativa debido que se presentó el mismo porcentaje tanto en zona urbana como rural, sin embargo, es importante resaltar que la mayoría de los estudios refleja que las adolescentes procedentes de zona rural poseen más riesgo de salir embarazadas.

La combinación de la baja escolaridad, así como la procedencia de zona rural proporciona el medio para que la mayoría de las adolescentes se dediquen a cuidar sus casas o casas ajenas (ama de casa) para ganar un poco de dinero, esto se agrava ya que dicha situación no le permite seguir u obtener mejores oportunidades. Según otros estudios hasta es posible el riesgo de otro embarazo antes de los 20 años.

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

Con respecto a la religión la fe católica y evangélica no fue muy diferenciada, esto puede deberse hoy en día existen diferentes religiones. Nicaragua a pesar de ser un país laico en su constitución, posee un alto valor histórico de la doctrina católica por la conquista de los españoles. Dicho aspecto es más notable en las zonas rurales del país. Dentro de los aspectos que influyen el embarazo en adolescentes es la situación económica precaria, dentro de este aspecto la mayoría refirió un ingreso mensual menor de C\$4,000 córdobas, clasificado actualmente como menos del salario mínimo. Cabe destacar que por ser adolescentes dicho componente fue asociado al componente económico de su familia.

Factores biomédicos

El inicio de vida sexual activa temprana es uno de los factores asociados al embarazo en adolescentes, según los estudios que abordan dicha problemática. En el presente estudio la mayoría mencionó que iniciaron entre las edades de 14 a 16 años. Si se asocia dicho resultado con la poca información adquirida hasta ese momento sobre salud sexual y reproductiva, así como la baja escolaridad, tiene una lógica de presentar un alto riesgo para las adolescentes.

Otro de los factores que están asociados a embarazo en adolescentes es la primera menstruación temprana, en esta investigación las edades que predominaron fueron de 9 a 12 años, entre más temprano las adolescentes presenten su primera menstruación sumado con el inicio de su vida sexual activa, pone en riesgo a un embarazo temprano.

Con respecto a los compañeros sexuales, la mayoría refirió haber tenido de 1, coincidiendo con los resultados de Rodríguez y Espinoza que plantean que la mayoría de las adolescentes embarazadas han tenido 1 pareja sexual y hasta en algunos casos su primera pareja es el padre su hijo o hija.

En relación a la cantidad de embarazos la mayoría eran primigestas y por ende no ha tenido parto ya que en el momento de la investigación se encontraba con su primer embarazo. Y en los casos de adolescentes que tenían antecedentes de

embarazos fueron por partos vaginales. De igual manera no habían tenido abortos, ni muerte fetal.

Con respecto a la edad de su primer embarazo la mayoría lo tuvo entre las edades de 14 a 16 años, coincidiendo con los estudios de Carvajal y colaboradores y Rodríguez & Espinoza. Sumado a la baja escolaridad y bajo nivel económico, así como la falta de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.

A pesar que la mayoría no refirió poseer antecedentes personales no patológicos, se pudo identificar que la mayoría no planifico su embarazo.

Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva

La Asociación Quincho Barrilete plantea la falta de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva como factor para embarazo en adolescente, pero tanto en su estudio como en la presente investigación ambos poseían un regular conocimiento, sin embargo, se puede analizar que a pesar de tener un buen conocimiento poseen prácticas de riesgos ante las relaciones sexuales, un ejemplo de ellos es la no planificación del embarazo.

En Nicaragua el tema de la salud sexual y reproductiva se introdujo en el currículo del Ministerio de Educación en 2009. De acuerdo con Loaiza y Liang (2013), en esos años solo el 18% de las escuelas primarias y secundarias utilizaban la guía oficial sobre educación sexual y reproductiva. Por otro lado, el Ministerio de Educación (MINED), con el apoyo técnico de UNFPA, finalizó en 2011 el documento “Educación de la Sexualidad: Guía Básica de Consulta para Docentes”, que tiene por objeto facilitar el desarrollo de capacidades en los docentes para impartir diversos temas de sexualidad en sus clases.

Estimaciones realizadas en base a la ENDESA 2011/12 indican que, en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, el 76.1% afirmó haber recibido alguna lección sobre educación sexual. Dicho porcentaje fue superior para las adolescentes que nunca estuvieron embarazadas en relación con aquellas que quedaron embarazadas.

Factores psicológicos

El Apgar familiar es un instrumento que permite evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. Según dicho instrumento la mayoría presentó disfunción leve, lo que concuerda con la literatura internacional que plantea que una familia con problemas funcionales tiene mayor riesgo de que sus hijos adolescentes queden embarazadas a temprana edad.

Otro de los aspectos que afectan en las decisiones de los adolescentes es el nivel de autoestima. Según la escala de evaluación de la autoestima, la mayoría de las adolescentes presenta alta autoestima sin embargo no concuerda con la literatura que entre más baja autoestima tenga una adolescente mayor es el riesgo de cometer errores durante su etapa, dentro de esta el embarazo temprano.

CAPITULO V

Conclusiones

Atraves de la presente investigación en el puesto de salud 24 de junio municipio de matiguás departamento de Matagalpa sobre factores asociados a embarazado en adolescentes, se tomó como muestra 40 adolescentes en edades de 14-19 años de las cuales se obtuvo información atraves de una entrevista y expediente clínico previa autorización

El 55% de las adolescentes tenían 16 a 17 años de edad, escolaridad primaria 60%, estado civil acompañado 65%, evangélicas 50% y el 52.5% tenían un ingreso mensual menor de C\$4,000 córdobas.

El 55% inicio la vida sexual activa, el entre las edades de 14 a 16 años, el 82.5 % tuvo su primera menstruación en edades de 9 a 12 años, al momento de la investigación 60% se encontraba en su primer embarazo, refirieron que el 57.5% han tenido 1 compañero, el 42.5% de 1 a 2 compañeros sexuales. El 70 % de las adolescentes no planifico su embarazo. Sin antecedentes de muertes fetales.

La mayoría posee conocimientos sobre salud sexual y reproductiva; 45% regular, bueno el 30% y 20% malo.

En relación a los factores psicológicos se encontró que el 37.5% tenía una disfunción leve, el 20% disfunción moderada y 42.5% normal.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud: al hospital primario de Matiguás.

- Empoderar a los y las adolescentes mediante la articulación interinstitucional de la empresa pública y privada en programas de salud sexual y reproductiva
- Promocionar los anticonceptivos, especialmente en las zonas rurales. Esto debe ir acompañado de asesoría sobre uso adecuado y planificación familiar.

Al Ministerio de Educación: delegación municipal e instituto de secundaria.

- Promover campañas educativas contra el machismo, el abuso y la violencia, construcciones de género y embarazo adolescente reforzando masculinidades positivas y métodos anticonceptivos de planificación familiar.

Al personal del Puesto de Salud: al médico y enfermería.

- Activar la educación sexual a los clubes de adolescentes involucrando a los padres de familia.

Bibliografía

- Alvarado, H. &. (2012). . Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería. . *Revista colombiana de enfermería*, 151-160.
- Barrera, V. (2007). adolescencia relaciones romanticas . *psicology colombia* , 200.
- Blázquez, M. (2012). Embarazo adolescente. *Revista electrónica medicina, salud y sociedad.*, 1- 8. .
- Bonilla, O. (2010). Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín. . *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 207-213, 207-213.
- Brito. (2016). un problema de alto riesgo: embarazo en adolescente. *obstetricia Ginecologia Venezuela*, 18.
- Buil Rada C, L. L. (2011). *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia Aspectos Básicos y Clínicos*. España.: Sociedad Española de Contracepción.
- Canava GE, C. G. (2006). *Salud de los adolescentes y regulación de la fecundidad*. Inves Educ Enferm .
- contreras. (2010). psicología en adolescente y embarazo . *buenos dias salud* .
- Cuadra. (2011). *Tomarse en el amor en serio: el contexto del embarazo en la adolescencia en Colombia*. . colombia: J Transcultural Nursing .
- Diaz Prasca, M. P. (2012-2013). Prevalencia de embarazo en adolescentes escolarizados y sus factores predisponentes:. *Cartagena . Cartagena.*, 121;123.
- Diaz, F. (2010). embarazo corta edad. *Psicology girls*, 112;115.
- Echecolanea, M. (2005). Como se atiende las embarazadas en los servicios de salud . *Revista colombiana de psicología* , 76-118.
- ferreti, a. (2005). nivel academico y adolescencia, embarazo precoz. *vida y salud argentina*.
- Fuentes ME, L. L. (2008). *Adolescente Embarazada*. . UNAM.
- Gogna, M. S. (2010.). Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo. Informe del Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad. *Buenos Aires: CEDES*, 950-9572-19-5.
- Gómez PI, M. R. (2011). *Factores relacionados con el embarazo y maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe*.Informe del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG. Perú: . 978-612-45897-6-8:

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (Flasog);.

- González A, C. B. (2006). *Sexualidad y Géneros: Una re conceptualización educativa en los umbrales del tercer milenio, tomo I. Santafé de Bogotá.* Bogota : Magisterio;.
- Gonzalez F, M. P. (2014). el embarazo de la adolescencia: un problema de un alto riesgo. *Obstetricia ginecologia* , 57.
- hopkins, j. (1994). embarazo precoz y educacion. *universidad.*
- Issler, J. (2007;). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina,*, 107: 11-23.
- Langer A, E. H. (2009). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Pan Am J Public Health.* , 11, 19.
- Macías, R. (2004). *La familia. En: Antología de la sexualidad humana.* . México, D.F.: Consejo Nacional de Población; .
- Maddaleno. (2017). *salud y desarrollo de adolescente y jovenes en latinoamerica.* salud publica.
- Máiquez. (2004.). *Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia.* Psicothema: Jhourma.
- Meacham. (2009). Sexualidad y salud reproductiva del adolescente. *Rev Muj Sal.*, 1(4):31-54.
- Mendoza, L. G. (2013). Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tulúa, Colombia. . *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 269-2.
- Menkes C, S. L. (2011). *Embarazo y fecundidad adolescente en México, VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México: Balances y Perspectivas de la Demografía Nacional ante el Nuevo México.* Mexico0: Mexicana de Demografía, Publicación Electrónica.
- Monterrosa. (2008). Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 49:225-30.
- Moore K, M. B. (2010). adolescent sexual behavior, pregnancy and parenthood. *A review of research and interventions. Publicaciones electrónicas de PAHO.*
- Murillo, J. &. (2010). Factores asociados a embarazo en adolescentes. *Arch Salud Sin*, 118-123.
- Nación-OMS-OPS., M. d. (s.f.). *Indicadores básicos.* Argentina:.
- Normativas, m. d. (2007). *protocolo gineco obstetrico.* Managua.

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

- Peláez. (2014). . Adolescente embarazada: características y riesgos. *Rev Cubana Obstet*, 23. 34.
- Pelaez, M. (2010). Adolescente embarazada: características y riesgos. *Rev Cubana Obstet*, 112;115.
- Perez, R. (2001). EMBARAZO Y SOLTERIA .
- Perez., R. (2012). *economía y embarazo*. colombia: la cronista.
- Próspero, A. (2011). Prevalencia de embarazo en adolescentes en la E.S.E. . *Reverend de Santa Marta en los años 2008 - 2009. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia*. .
- Quincho, B. (2013). Factores asociados al embarazo adolescente en poblaciones de alto riesgo social. Managua.
- Rodríguez, R. (2016). Factores asociados al embarazo en adolescentes de 13 a 19 años en el municipio de Buenaventura, Colombia. *Revista de la universidad industrial de Santander*, 290-300.
- Sáez, G. (2005). *Sexualidad en la Adolescencia*. 2ª ed. Caracas:: OPS/UNICEF;.
- Salud, O. P. (2008). *Fecundidad en la adolescencia, causas, riesgos y opciones*. Washington, : DC: OPS;1-15. N°12. 103.
- Salud., O. P. (2005). *IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes*.. Washington .
- Sánchez, D. (2013). *El embarazo de las adolescentes e*. México: Gaceta Médica.
- Silber T, M. M. (2006). *Embarazo en la adolescencia*. Washington: EUA: Publicaciones OPS, 1992:473-81.
- Silber, J. (2005.). Organización Panamericana de la Salud. Manual de medicina de la adolescencia. *Washington, DC: PALTEX*;;, 12;15.
- Stern, C. (2007). Pubertad y embarazo: Aspectos sociodemográficos y culturales. . *En Calzada, R. y Dorantes, L.M. Editores. Fisiopatología de la pubertad y embarazo- anticoncepción en adolescentes. México: simposio Laboratorio Serono*;;, 465- 475 .
- Tapia Saldaña, E. (2012). *Embarazo en la adolescencia*. MANAGUA.
- Tristán. (2012). “Madres sin haber dejado de ser niñas”. *Chacarera-Red*, 23-26.
- UNFPA. (2007.). *UNFPA. Análisis de situación del embarazo adolescente en la región andina*. México: UNFPA; : Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe. México D.F.
- Unicef. (2012). *pubertad y embarazo*.

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

valencia, c. (2017). embarazo precoz. *salud vital reproductiva*.

Vargas E, & B. (2012). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología* , 11, 115-134. .

Villaseñor. (2005). Guia para elaboracion de programas de salud integral en embarazos en adolecencia. *Universidad de Guadalajara, Mexico*, 65.

Zubarew, T. (2009). *Salud y desarrollo del adolescente: sexualidad del adolescente*. Santiago de Chile:: Universidad Católica de Chile;.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FICHA DE RECOLECCION DE INFORMACION**



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Buenos (as) Días/Tardes, el presente cuestionario es para llevar a cabo un estudio descriptivo acerca de Factores asociados a embarazos en adolescentes del municipio de Matiguás; su información es de carácter confidencial y de vital importancia para este estudio, por lo que solicitamos que conteste con sinceridad a cada una de las preguntas.

CUESTIONARIO

I. DATOS GENERALES

No. Encuesta: _____. Fecha de entrevista: ____/____/_____.

Edad: _____ años.

Escolaridad: Analfabeta Primaria Secundaria

Técnico Universitario

Estado civil: soltera acompañada casada

Divorciada viuda

Procedencia: Urbana Rural

Ocupación: Estudiante Ama de casa Cuenta propia

Administrativa Otra

Religión: católica Evangélica Otra

Ingreso mensual: < C\$4,000 C\$ 4,000 a C\$ 10,000 > C\$ 10,000

II. FACTORES BIOMÉDICOS ANTECEDENTES GINECO – OBSTETRICOS

1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? Edad: _____ años
2. ¿A qué edad tuvo su primera menstruación? Edad: _____ años
3. Número de compañeros sexuales: _____.
4. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____.
5. De esos, cuantos han sido:
 - Partos vaginales: _____
 - Cesáreas: _____
 - Abortos: _____
 - Muerte fetal entre el quinto y noveno mes de embarazo: _____
6. ¿A qué edad tuvo su primer embarazo? Edad: _____ año

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

- ¿Usted toma licor? NO SI
- ¿Usted fuma? NO SI
- ¿Ha probado algún tipo de droga? NO SI
- ¿Este embarazo fue planeado? NO SI

III. CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A continuación, se enuncia una serie de suposiciones en relación a los métodos anticonceptivos (MAC), (Marque con una x según su opinión).

1. ¿Cuáles de los siguientes son métodos anticonceptivos para planificación familiar? (EXCEPTO)
 - a. Inyecciones y Pastillas (Géstagenos orales).
 - b. Antibióticos.
 - c. Condones.
2. ¿Cuáles de los siguientes es un método anticonceptivo de emergencia?

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

- a. Condones.
- b. PPMS.
- c. DIU.

3. ¿En qué casos se usa métodos anticonceptivos de emergencia?

- a. Cuando a la mujer no le bajo la menstruación en el tiempo esperado
- b. Cuando hubo una relación sexual sin protección y la mujer no desea el embarazo
- c. Todo el tiempo se puede ocupar.

4. ¿Todas las mujeres pueden usar cualquier método anticonceptivo sin importar la edad?

Sí ____ No ____

5. ¿Es necesario hacerse un chequeo médico para saber que método anticonceptivo es ideal para usar?

Sí ____ No ____

6. ¿Cuál de los siguientes son métodos anticonceptivos naturales?

- a. Aceites de aloe vera – Duchas Vaginales – Agua de coco
- b. Método del Ritmo – Coito interrumpido – MELA
- c. Manzanilla – Moringa – Hierba buena

7. ¿Cuáles de los siguientes son Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)?

- a. Neumonía, Diarrea, Conjuntivitis
- b. Infección de vías urinarias, acné, gripe
- c. VIH/SIDA, Gonorrea, Sífilis

8. ¿Qué métodos anticonceptivos previenen ITS y VIH/SIDA?

- a. Condones y abstinencia
- b. PPMS
- c. DIU

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

9. ¿Todas las ITS tienen cura?

Sí ___ No ___

10. ¿A través de qué manera se puede contraer VIH/SIDA?

a. Un beso o abrazo

b. Transfusiones sanguíneas o relaciones sexuales sin protección

c. A través de la picadura de un zancudo

11. ¿La realización de duchas (lavados) vaginales después de tener relaciones sexuales evita el embarazo?

Sí ___ No ___

BUENO (8-11 Respuestas Correctas) :/___ /; 2. REGULAR:(4-7 Respuestas correctas) /___/; 3. MALO (0 a 3 respuestas correctas) Respuestas Correctas) :/___/

IV. FACTORES PSICOLÓGICOS

APGAR FAMILIAR (CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA)

PREGUNTAS	Nunca (0)	Casi Nunca (1)	Algunas Veces (2)	Casi Siempre (3)	Siempre (4)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza y amor					
Me satisface en mi familia: El tiempo como compartimos para estar juntos, Los espacios en la casa y El dinero					

PUNTAJE: _____ CLASIFICACIÓN: _____

Interpretación del puntaje

Normal: 17 – 20 puntos

Disfunción leve: 16 – 13 puntos

Disfunción moderada: 12 – 10 puntos.

Disfunción severa: menor o igual a 9 puntos.

ESCALA DE VALORACIÓN DE AUTOESTIMA

PREGUNTAS	MUY EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	DE ACUERDO	MUY DE ACUERDO
No soy tan popular como otras personas de mi edad	2			
Otras personas piensan que no soy tan divertido para estar con ellas	2			
Me gustaría ser diferente para tener más amigos	2			
Mis padres se sienten orgullosos de mí			3	
Nadie me presta atención en la casa	2			
Con frecuencia me siento innecesaria en la casa	2			
Mis padres piensan que voy a tener éxito en el futuro			3	

Puntaje ____ CLASIFICACIÓN: _____

Alta autoestima: 1 – 13 puntos

Baja autoestima: 14 – 28 puntos

Operacionalización de Variables:

Características sociodemográficas

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
	Conjunto de caracteres	Edad	Años cumplidos	a) 14-15 años b) 16-17 años c) 18-19 años
		Escolaridad	Nivel académico	a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Técnico

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

Características socio demográficas	relacionados a la demografía y aspectos sociales a la demografía de los individuos en estudio			e) universitaria
		Procedencia	Zona Geográfica	a) Urbano b) Rural
		Ocupación	Actividad laboral que desempeña	a) Estudiante b) Ama de casa c) Cuenta propia d) Administrativa e) Otros
		Estado civil	Es la situación si la persona tiene pareja o no y el lugar que ocupa dentro del ámbito social	a) Soltera b) Casada c) Unión estable d) Viuda e) Divorciada
		Religión	Fe que profesa	a) Católica b) Evangélica c) Otras
		Ingreso mensual	Córdoba	a) < C\$ 4,000 b) C\$ 4,000- C\$ 10,000 c) > C\$ 10,000

Factores biomédicos.

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Valor
			Años	a) 10 – 11 años b) 12 – 13 años c) 14 - 15 años

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

Antecedentes ginecoobstétricos	Inicio de vida sexual activa (IVSA)		d) 16 – 17 años e) 18 – 19 años
	Primera Menstruación	años	a) 10 – 11 años b) 12 – 13 años c) 14 - 15 años d) 16 – 17 años e) 18 – 19 años
	Compañeros sexuales	Número	a) 1 a 2 b) 3 a 5 c) > 5
	Embarazos	Número	a) 1 b) 2 a 3 c) > 3
	Partos	Número	a) 1 b) 2 a 3 c) > 3
	Cesáreas	Número	a) 1 b) 2 a 3 c) > 3
	Abortos	Número	a) 1 b) 2 a 3 c) > 3
	Muerte fetal	Número	a) 1 b) 2 a 3 c) > 3

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

		Primer embarazo	Número	a) 10 – 11 años b) 12 – 13 años c) 14 - 15 años d) 16 – 17 años e) 18 – 19 años
--	--	-----------------	--------	---

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valor
Antecedentes personales no patológicos	Estilo de vida no saludables	Ingesta de licor	Referido por la paciente	a) Si b) No
		Cultura de fumador		a) Si b) No
		Antecedente de ingesta de drogas		a) Si b) No
		Este embarazo fue planeado		a) Si b) No

Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Valor
Nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva	Información adecuada de sexualidad.	Buena Regular Mala	Puntaje obtenido en el cuestionario sobre generalidades de salud sexual y reproductivo	a) 8 – 11 respuestas correctas. b) 4 – 7 respuestas correctas. c) 0 a 3 respuestas correctas.

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

Factores psicológicos.

Variable	Definición operacional	Dimensiones	indicador	Valor
Apgar familiar	Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia	a) Normal b) Disfunción leve. c) Disfunción Moderada. d) Disfunción severa.	Puntaje obtenido en el cuestionario Apgar familiar	a) 17 – 20 puntos. b) 16 – 13 puntos. c) 12 – 10 puntos. d) menor o igual a 9 puntos.
Autoestima	Cuestionario para la evaluación de la autoestima	a) Autoestima Alta b) Autoestima Baja	Puntaje obtenido en el cuestionario escala de evaluación de la autoestima	a) 1 – 13 puntos. b) 14 – 28 puntos.

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

Tablas

Tabla 1 Características sociodemográficas de las pacientes registradas en el censo de embarazadas del puesto de salud 24 de junio de Matiguás abril 2018 a marzo 2019.

Características sociodemográficas			Frecuencia	Porcentaje
	EDAD	14-15	9	22.5
		16-17	22	55.0
		18-19	9	22.5
		Total	40	100
			Frecuencia	Porcentaje
	ESCOLARIDAD	Analfabeta	2	5.0
		Primaria	24	60.0
		Secundaria	14	35.0
		Total	40	100
			Frecuencia	Porcentaje
	ESTADO CIVIL	Soltera	11	27.5
		Acompañada	26	65.0
		Casada	3	7.5
		Total	40	100
			Frecuencia	Porcentaje
	PROCEDENCIA	Urbano	20	50.0
		Rural	20	50.0
		Total	40	100
			Frecuencia	Porcentaje
OCUPACION	Estudiante	2	5.0	
	Ama de casa	31	77.5	
	Cuenta propia	6	15.0	
	Otra	1	2.5	
	Total	40	100	
		Frecuencia	Porcentaje	
	Católica	16	40.0	
	Evangelica	20	50.0	
	Otra	4	10.0	
	Total	40	100	
FUENTE: Cuestionario.			Frecuencia	Porcentaje
	INGRESO MENSUAL	< C\$4,000	21	52,5
		C\$ 4,000 a C\$ 10,000	18	45.0
		> C\$ 10,000	1	2.5

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

		Total	40	100
--	--	-------	----	-----

Fuente: cuestionario

tabla 2: Antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud 24 de junio de Matiguás abril 2018 a marzo 2019.

		Frecuencia	Porcentaje
IVSA	11-13	12	30.0
	14-16	22	55.0
	17-19	6	15.0
	Total	40	100
		Frecuencia	Porcentaje
MENARCA	9-12	33	82.5
	13-15	7	17.5
	Total	40	100
		Frecuencia	Porcentaje
COMPAÑERO SEXUALES	1	23	57.5
	1-2	17	42.5
	Total	40	100
		Frecuencia	Porcentaje
EMBARAZOS	0	17	42.5
	1-2	23	57.5
	Total	40	100
		Frecuencia	Porcentaje
PARTOS	1	16	40.0
	Ninguno	24	60.0
	Total	40	100
		Frecuencia	Porcentaje
CESAREAS	1	7	17.5
	Ninguna	33	82.5
	Total	40	100
		Frecuencia	Porcentaje
ABORTOS PERDIDOS 3	1	9	24.4
	Ninguno	31	75.6
	Total	40	100
		Frecuencia	Porcentaje
Muerte fetal	Ninguno	40	100
		Frecuencia	Porcentaje
Primer Parto	ninguno	16	40.0
	10-13	3	7.5

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

	14-16	20	50.0
	17-19	1	2,5
	Total	40	100

Tabla 3 Antecedentes personales no patológicos de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud 24 de junio de Matiguás abril 2018 a marzo 2019

Fuente: cuestionario.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICO			Frecuencia	Porcentaje
	LICOR	SI	2	5.0
		NO	38	95.0
		Total	40	100
			Frecuencia	Porcentaje
	TABACO	SI	10	25.0
		NO	30	75.0
		Total	40	100
			Frecuencia	Porcentaje
	DROGA	SI	0	0
		NO	40	100
		Total	40	100
			Frecuencia	Porcentaje
	EMBARAZO FUE PLANEADO	SI	12	30.0
		NO	28	70.0
		Total	40	100

Fuente: cuestionario

tabla 4: Nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud 24 de junio de Matiguás abril 2018 a marzo 2019.

conocimiento sobre salud sexual y reproductiva			
		Frecuencia	Porcentaje
	bueno: 8-11 respuesta correcta	12	30.0
	regular:4-7 respuesta correcta	18	45.0
	malo:0-3 respuesta correcta	10	25.0
	Total	40	100.0

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

--	--	--	--

tabla 5: Factores psicológicos de las pacientes adolescentes embarazadas del puesto de salud 24 de junio de Matiguás abril 2018 a marzo 2019.

Fuente: cuestionario.

apgar familiar		Frecuencia	Porcentaje
	normal: 17-20	17	42.5
	disfunción leve: 16-13	15	37.5
	disfunción moderada:12-10	8	20.0
	Total	40	100.0

Anexo 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me encuentro llevando a cabo un trabajo de investigación denominado: “Factores asociados a embarazo en adolescentes atendidas en el puesto de salud 24 junio municipio de Matiguás en el periodo de abril del 2018 a marzo del 2019.”

Para ello realizaré entrevistas con adolescentes que asistieron al control prenatal del puesto de salud 24 de junio del municipio de Matiguás.

El propósito de este estudio es recoger información para elaborar mi tesis de maestría y contribuir a desarrollar servicios y programas educacionales en relación a la prevención del embarazo no planificado en adolescentes de la comunidad.

Me gustaría conseguir tu permiso para hablar hoy acerca de tus ideas y experiencias relacionadas a tu salud reproductiva, tu sexualidad y a tu embarazo. Dejo en vos la decisión de contestar las preguntas que quieras. No se te cobrará por tu participación ni se te dará dinero, sin importar si aceptas o no participar en la entrevista. Podes poner fin a la entrevista en cualquier momento.

La información que se obtenga es absolutamente confidencial. Los resultados de las mediciones y encuestas estarán a disposición de cada persona que participe y su familia.

También quiero asegurarte que su participación no afectará los servicios que vos y tu familia recibe del puesto de salud 24 de junio; ante cualquier duda pueden consultarme.

Si decidís participar en esta entrevista, por favor firma esta página. Tu nombre no será usado en ningún informe, pero tu experiencia, tus ideas y sugerencias me ayudarán a satisfacer de mejor manera las necesidades de los adolescentes como vos en relación a la planificación familiar y la mejor manera de evitar embarazos no deseados.

Si no deseas participar, gracias por tu tiempo.

Factores asociados a embarazos en el puesto de salud 24 junio

_____ Sí, acepto la entrevista

_____ No, no acepto la entrevista

A partir de esta comunicación, queremos solicitarle su consentimiento para que.....cédula..... participe en forma voluntaria en esta investigación.

Firma del Responsable Legal.....

Cédula.....

Aclaración.....

Vínculo con la menor.....

