



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
UNAN –MANAGUA
RECINTO UNIVERSITRIO RUBEN DARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



MONOGRAFIA

Para optar al título de Médico y Cirujano.

CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN LAS ADOLESCENTES NO EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL PUESTO DE SALUD DE SANTO DOMINGO DEL MUNICIPIO DE TELPANECA, DEPARTAMENTO DE MADRIZ EN EL PERIODO DEL 1° DE ENERO AL 31 DE MAYO DEL 2014.

AUTOR: BR. ELEAZAR LENÍN ROJAS ROJAS.

TUTOR:

**Dr. JOSE FRANCISCO REYES RAMIREZ
PROFESOR TITULAR FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN – MANAGUA**

Managua, Nicaragua, 31 de julio de 2014

DEDICATORIA

Primeramente agradezco a Dios por darme la capacidad suficiente durante la trayectoria de la carrera, ya que siempre me dio la fuerza y en cada momento que invocaba una plegaria el escuchaba las peticiones de mi corazón y por darme sabiduría, porque de esta manera pude culminar la carrera de mi vida, la cual será muy útil a mi familia y sociedad.

En segundo lugar al ser que me dio la vida, Mi Madre Rafaela Rojas Ruiz, quien ha sido un ejemplo a seguir, ya que me ha impulsado a tener deseos de superación, valores morales y ser una persona de buenas costumbres con deseos de contribuir a mi país.

Gracias Madre por ser ese alguien, que está en las alegrías y tristeza a mi lado, espero tenerte a mi lado por siempre.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS por darme salud y vida para poder concluir mi carrera profesional.

A MI MADRE por estar en los momentos que la necesite por ser siempre el pilar en el cual podía refugiarme, por su apoyo incondicional, y por el amor que me ha dado durante mi vida.

También a mis **MAESTROS** que han formado parte fundamental en mi desarrollo como profesional y en que cada nivel escolar, me han enseñado y capacitado para ser un profesional que contribuya a la sociedad.

A mi Tutor: Dr. Francisco Reyes por haberme apoyado con sus conocimientos, para poder realizar este trabajo monográfico.

OPINION DEL TUTOR

El presente estudio monográfico sobre conocimientos actitudes y practicas sobre el embarazo adolescente en las adolescentes que asisten al puesto de salud de santo domingo del municipio de Telpaneca, departamento de Madriz en el periodo del 1° de enero al 31 de mayo del 2014.”, realizado por el Br. Eleazar Lenin Rojas Rojas, es un tema de interés y de mucha importancia en el campo de la Salud Reproductiva, que aborda a uno de los grupos más predominantes y determinante para el desarrollo y estado de salud de la población nicaragüense: LOS ADOLESCENTES.

La disminución del Embarazo Adolescente representa un reto para el sistema de salud de la mayoría de los países de América Latina, y es un ejemplo de los problemas que enfrentan los adolescentes, complicado además por un pobre proceso de educación sexual y reproductiva desde los primeros años del desarrollo.

Uno de los aspectos más importantes es que la afectación de la población adolescente en la actualidad tendría repercusiones a mediano y largo plazo provocando cambios radicales desde el núcleo familiar hasta niveles socioeconómicos del país. Con afectación directa a todos los niveles de nuestro desarrollo.

Las complicaciones que sufren los adolescentes durante el desarrollo de un Embarazo a tan corta edad, que en la mayoría de los casos ni siquiera se tiene la conciencia ni madurez para enfrentarlo, inicia desde el núcleo familiar con un efecto de rechazo por los propios integrantes del núcleo familiar.

Esto en parte se debe al producto de un manejo incorrecto y mala práctica de los métodos anticonceptivos, lo que ha sido demostrado en los diferentes estudios realizados tanto a nivel nacional como internacionalmente, representando actualmente un problema de salud pública importante en los países en vías del desarrollo.

Cerca del 32 al 35% de las mujeres embarazadas en Nicaragua son Adolescentes, teniendo un efecto en la morbimortalidad, afectando a los jóvenes y adolescentes en la mayor parte del mundo. La información oportuna y el conocimiento objetivo sobre Salud Sexual y Reproductiva desarrollaran una vida más saludable donde nuestros jóvenes sean verdaderos impulsores, participando activamente en un enfoque más integral y objetivo.

Los resultados alcanzados en el estudio han sido posibles por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por el Br. Rojas Rojas durante todo el proceso de la Investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología regida en todo momento por un alto nivel científico.

Por lo anterior expuesto felicito a el Br. Rojas Rojas, por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúe profundizando y desarrollando este campo Investigativo.

Dr. José Francisco Reyes Ramírez.
Profesor Titular
Facultad de Ciencias Médicas, UNAN- Managua

RESUMEN

Actualmente Nicaragua vive problemas de salud propios del subdesarrollo, provocando afectación directa e indirecta de grupos vulnerables como lo son los adolescentes. En Nicaragua la falta de una Educación Sexual y Reproductiva conlleva una secuencia de eventos que afectan de forma directa a los adolescentes provocando cada día efectos en la salud más importantes en el desarrollo biopsicosocial de los jóvenes nicaragüenses con repercusiones en su vida, su familia y la sociedad misma.

La presencia de Embarazo NO deseados, las infecciones por el VIH-sida, la agudización de los problemas socioeconómicos familiares son solo un pequeño ejemplo de los trastornos provocados por una sexualidad no orientada de forma adecuada y por una deficiente base de información que provoca un mayor impacto negativo en nuestra población y sobre todo en los estratos sociales más vulnerables, en donde se destaca la población adolescente, ya que es un hecho que las infecciones y los embarazos adolescentes en Nicaragua van aumentando año con año.

El impacto socioeconómico que conllevan estos problemas, hace que la información acerca de la sexualidad en los jóvenes resulte en una prioridad máxima y sea un tema de especial interés sobre todo porque en ellos descansa el futuro socioeconómico de Nicaragua, ya que ellos representan la fuerza productiva de nuestro país.

La adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo del ser humano pues hay mucha inseguridad e inmadurez y por otro lado un sentimiento de invencibilidad, un comportamiento normativo, con el fin de sentirse aceptados por los demás, factores que conllevan muchas veces a prácticas de riesgo.

Debido a la importancia que reviste el tema se realizó un estudio en una muestra de 217 adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz, aplicándose una encuesta dirigida a las adolescentes en estudio para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el Embarazo Adolescente.

De los 217 adolescentes encuestadas el 43.3% correspondió al grupo de 10 a 14 años y 56.7% al grupo de edad de 15 a 19 años. En la escolaridad encontramos que el 33.6% cursaba Primaria Completa, 25.8% cursaba la Primaria Incompleta, Secundaria Completa el 12%, la Secundaria completa un 20.7%, y el 20.8% fueron analfabetas.

Según el estado civil predominó el soltero con un 47.5%, 33.6% se encontraban acompañadas, y solamente un 18.9% se encontraban casada.

En cuanto a la tendencia religiosa las mujeres adolescentes en estudio un 60.8% profesaban la religión católica y un 34.1% la evangélica, 5.1% pertenecían a los Testigos de Jehová.

De manera general encontramos un buen nivel de conocimientos y actitudes favorables en las adolescentes pero un mal nivel de prácticas. Lo que nos hace reflexionar en el papel que se está desempeñando en materia preventiva para que las adolescentes adopten prácticas sexuales seguras que disminuyan los riesgos de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados. Cabe señalar que un buen nivel de conocimientos no conlleva a prácticas adecuadas pero si es importante a la hora de tomar decisiones.

Los medios de comunicación masivos juegan un rol importante ya que es la radio y la televisión (53.5%), son el medio que los adolescentes destacaron como principal fuente de donde obtienen información acerca del Embarazo Adolescente.

Es con sus amigos (31.3%), principalmente con quienes los y las adolescentes hablan sobre este tema, seguidos del personal de salud (42%), cuando los conceptos y valores deben inculcarse en principio desde el seno del hogar.

Es necesario que la población en general, maestros, padres de familia y adolescentes tomen conciencia de la magnitud del problema en nuestro país, ya que nos afecta a todos, repercutiendo en la calidad de vida, las oportunidades de desarrollo económico y causando severas repercusiones en el seno de la familia.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES	3
III.	JUSTIFICACION.....	5
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	7
V.	OBJETIVOS	9
VI.	MARCO TEORICO.....	10
	SEXUALIDAD EN LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES.....	11
	LA PROCREACIÓN EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE	12
	MÁS EXPUESTAS EN EL CAMPO.....	15
	ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	18
	FACTORES PRE DISPONENTES:	19
	FACTORES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO EN LAS ADOLESCENTES	20
	RIESGOS PARA EL NIÑO.....	25
	EMBARAZO NO PLANEADO EN LOS ADOLESCENTES	26
	FACTORES DETERMINANTES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES	30
	COMPLICACIONES OBSERVADAS DURANTE EMBARAZO EN ADOLECENTE ..	32
	MATERNIDAD EN ADOLESCENCIA	34
VII.	DISEÑO METODOLOGICO	37
VIII.	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	42
IX.	RESULTADOS.....	45
X.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	55
XI.	CONCLUSIONES.....	61
XII.	RECOMENDACIONES.....	62
XIII.	BIBLIOGRAFÍA	64
XIV.	ANEXO.....	67

I. INTRODUCCIÓN

La salud sexual se refiere a la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, no incluye como elemento indispensable la procreación, es una oportunidad para desarrollar los valores como el amor, comunicación, responsabilidad, respeto y equidad de género. Todos los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones en materia de sexualidad, pero cada uno la experimenta de distinta manera, es sumamente personal y se basa tanto en experiencias propias como en causas públicas y sociales.

La adolescencia es una etapa en la que los jóvenes aprenden a conocer, forman amistades, intercambian opiniones y tienen ideas bien definidas. Aparece como algo significativo en esta etapa, la menarquía que llega a ocurrir tan precozmente como a los 9 años, y en el varón ocurren las primeras eyaculaciones durante el sueño con espermatozoides capaces de fecundar. Se añaden los deseos de independencia con relación a los padres, la consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, la incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, el fomento de las capacidades intelectuales y la adquisición de una responsabilidad social e individual básica, por señalar solo algunas. A la vez deben ir aprendiendo y buscando conocimientos para impedir que se produzca un embarazo no deseado.

La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el desarrollo futuro de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas. El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta

situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe de hacerse con responsabilidad para uno mismo, la pareja y los hijos presentes y futuros.

El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija y su pareja. Aunque no se tienen cifras, se estima que un gran porcentaje de los nacimientos que ocurren en menores de edad son embarazos no planeados y probablemente no deseados. Aun cuando los adolescentes tienen información sobre los métodos anticonceptivos y su forma de uso, solo la mitad de los jóvenes sexualmente activos usa algún tipo de anticonceptivo. El embarazo no planeado en los adolescentes es el producto de la falta de información sobre los anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de anticonceptivo. Se asocia también a prácticas de riesgo como el alcoholismo y la drogadicción. Independientemente de ser deseado o no, el embarazo en las adolescentes puede poner en riesgo la vida de la madre. (1)

El embarazo en adolescentes es un hecho que observamos con más frecuencia en los últimos años y, lo que es más grave; se produce en edades cada vez menores. La constante preocupación de los países en vías de desarrollo lo constituye, es sin duda alguna, la alta incidencia de mortalidad materna fetal, nosotros no escapamos a esta realidad, pues continuamos con una tasa de mortalidad materna y perinatal.

II. ANTECEDENTES

En el año 2008 un estudio realizado en Colombia, demostró que el 39 % de los Adolescentes presentaban hogares donde faltaba uno de los padres. Los hogares reconstituidos habitualmente son por la vinculación de un padrastro (8 veces por cada madrastra). El 15 % de los jóvenes son hijos únicos. El 38 % de los encuestados son los hijos mayores del hogar (ciclo familiar con hijo adolescente).

El colegio y los padres son los principales responsables de ofrecer la información sobre sexualidad. Un 71 % de los adolescentes no reconocen con certeza una protección derivada del condón. Los hombres inician su vida sexual a una edad media de 13 años, las mujeres a los 14 años y uno de cada tres de los que inician la vida sexual, no planificaron en la primera relación. El condón es el principal método de planificación y protección empleado. (1)

Un estudio realizado en el año 2011 en México, demostró que el 65,6 % de los participantes pertenecía al sexo femenino. La mayoría de ellos eran solteros dedicados solo al estudio (90,2 %), mientras que el 9,8 % combinaba el estudio con el trabajo.

La comunicación acerca de sexualidad con los padres, indicó que el 77,7 % manifestó hablar sobre el tema con el padre, situación más común entre las mujeres (84 %) en relación con los hombres (65,7 %). La mayoría de los estudiantes (70,7 %) se consideró con conocimiento adecuado sobre sexualidad, 15,3 % con mucho conocimiento y solo 13 % manifestó que era regular. La principal fuente de información sobre el tema refirieron eran los padres o amigos (67,6 % y 53,6 %, respectivamente).

El 30,8 % manifestó llevar vida sexual activa (26,4 % de las mujeres y 39,2 % de varones, característica más prevalente entre los originarios del área urbana,

con una media de edad de inicio a los 16,65 años y promedio de 2 parejas sexuales. Referente al uso de métodos anticonceptivos, el 90,6 % de los que llevaban vida sexual activa utilizaba algún método anticonceptivo. (2)

De acuerdo a los estudios y análisis de UNICEF, cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada 24 horas 41,095 niños, y la cifra por hora es de 1,712. (3)

EEUU es el país industrializado con mayor tasa de embarazadas adolescentes, con una tasa estable del 11,1% en la década de los 80. Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.

En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de: Nicaragua y Guatemala. (5)

De acuerdo a los estudios y análisis de UNICEF, cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada 24 horas 41,095 niños, y la cifra por hora es de 1,712. (3)

Canadá, España, Francia, Reino Unido y Suecia han presentado un acusado descenso de embarazos en adolescentes, coincidiendo con el aumento en el uso de los contraceptivos.

En América Latina los países con mayor tasa de maternidad en adolescentes se encuentran en las regiones de: Nicaragua y Guatemala. (5)

Un estudio realizado en el año 2010 en Adolescentes Peruanos acerca de su sexualidad demostró que el Conocimiento global sobre sexualidad en un 85% de los jóvenes adolescentes encuestados desconoce aspectos generales sobre su sexualidad. Y en relación a las Actitudes sexuales Se encontró que el 75% de los adolescentes encuestados, presentan actitudes sexuales desfavorables_ superando inclusive el 70% de los encuestados. (4)

III. JUSTIFICACION

La maternidad a edades muy tempranas entraña complicaciones durante el embarazo y el parto y conlleva riesgo de muerte para las madres muy superiores a la media, los niveles de morbilidad y mortalidad entre las hijas e hijos de madres jóvenes son más elevados. La maternidad precoz sigue constituyendo un impedimento para el avance de las mujeres a nivel educativo, económico y social en todo el mundo. En general, el matrimonio y la maternidad precoces pueden reducir gravemente las oportunidades educativas y de empleo pueden afectar negativamente a largo plazo a la calidad de vida de las mujeres y e sus hijos.

“El embarazo en la Adolescencia, la violencia sexual y las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, tiene un efecto devastador en la salud infantil, y en especial en las niñas que son más vulnerables que los niños a las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección y prematuras. A menudo las niñas son presionadas para realizar actividades sexuales, debido a factores tales como su juventud, las presiones sociales, la falta de leyes que las protejan o al hecho de que estas no se cumplan, las niñas son más vulnerables a todo tipo de violencia, especialmente la sexual que incluye la violación, el abuso y la explotación sexual, el trafico de niñas posiblemente de venta de sus órganos y tejidos y los trabajos forzados.

El inicio temprano de la actividad sexual, las conductas de riesgo, el deterioro del tejido social y la falta de servicios apropiados para los adolescentes propician los embarazos no planeados y aunque las madres adolescentes son responsables del 10% de los partos en el mundo, no todos estos embarazos son indeseados.

Durante el año 2008 a nivel nacional se registraron 180 muertes maternas, de las cuales un buen grupo ocurrió en las mujeres adolescentes, lo que representa la cuarta causa de muerte en mujeres de este grupo de edad. (8,12)

Estos datos revelan la necesidad de adecuar los servicios de salud reproductiva y los métodos de prevención de los embarazos no planeados a las características y necesidades propias de este grupo de la población. Las madres adolescentes corren mayor riesgo que las mujeres de más de 20 años de tener complicaciones durante el embarazo, como parto prematuro, anemia, hipertensión arterial etc.

El embarazo en la adolescencia ha constituido un problema de salud, que se ha acentuado en los grupos de menor edad, representando elevados riesgos biológicos, psicológicos y sociales. Hoy el índice de aborto – parto es elevado, y en este grupo se incluyen a los adolescentes, todo lo cual nos motiva a realizar este estudio, con el fin de describir algunos factores que influyen en la salud sexual y reproductiva de las adolescentes de manera que sirva como base para futuras líneas de intervención en este segmento importante.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La maternidad a edades muy tempranas en nuestro país, entraña complicaciones durante el embarazo y el parto y conlleva riesgo de muerte para las madres muy superiores a la media, los niveles de morbilidad y mortalidad entre las hijas e hijos de madres jóvenes son más elevados. La maternidad precoz sigue constituyendo un impedimento para el avance de las mujeres a nivel educativo, económico y social en Nicaragua y en todos los países del mundo. En general, el matrimonio y la maternidad precoces pueden reducir gravemente las oportunidades educativas y de empleo pueden afectar negativamente a largo plazo a la calidad de vida de las mujeres y e sus hijos.

El inicio temprano de la actividad sexual, las conductas de riesgo, el deterioro del tejido social y la falta de servicios apropiados para los adolescentes propician los embarazos no planeados y aunque las madres adolescentes son responsables del 10% de los partos en el mundo, la calidad de atención a los mismos no reúne los requisitos necesarios ni del punto institucional, ni el ambiente emocional que encierra la llegada de un nuevo ser a la familia.

El Sistema de Salud de Nicaragua ha impulsado en los últimos años una campaña que agrupa una serie de profesionales con el fin de revisar y mejorar estas cifras tan críticas en los y las Adolescentes de nuestro país. La labor educativa ha sido uno de los programas que se ha impulsado con mayor fuerza por lo que podríamos pensar que el Conocimiento sobre este tema se maneja de una manera amplia por los jóvenes nicaragüenses.

Además la salud sexual y reproductiva de los adolescentes cada día más se ha normalizado a nivel de los servicios de salud del Ministerio de Salud de Nicaragua, con mejorar la calidad de atención, pero aun con todo y este impulso Nicaragua sigue teniendo la mayor tasa de fecundidad de toda

América Latina y aproximadamente el 40% de los Embarazos de nuestra mujeres se ubican en la Adolescencia.

Ante esta difícil situación y con el principal objetivo de elevar la calidad de atención en salud de nuestra población adolescente es que nos hemos planteado la siguiente interrogante:

Cuál es el nivel de Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre el embarazo adolescente en las adolescentes no Embarazadas que asisten al Puesto de Salud de Santo Domingo del municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz en el periodo del 1° de enero al 31 de mayo del 2014?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre el Embarazo Adolescente en las Adolescentes no Embarazadas que asisten al Puesto de Salud de Santo Domingo del municipio de Telpaneca, departamento de Madriz en el periodo del 1° de enero al 31 de mayo del 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar las características socio-demográfica del grupo en estudio
- Conocer algunos factores socioeconómicos del grupo en estudio
- Evaluar el nivel de conocimiento del las Adolescentes sujetas en estudio
- Conocer los principales Fuentes de Información del grupo en estudio
- Describir las actitudes que muestran la población de estudio en relación al Embarazo Adolescente
- Conocer las prácticas que poseen las Adolescentes en relación al Embarazo Adolescente

VI. MARCO TEORICO

Según la Organización Mundial de la Salud, los adolescentes son personas que están en el grupo de edad de 10 a 19 años.

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica (edad ginecológica 0 = edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.

En general se considera que la adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, comprendida entre los 10 y 19 años, durante la cual se presenta la madurez sexual. Algunos científicos establecen que dentro de este período del desarrollo humano pueden conllevar numerosos fenómenos cambiantes, por lo que comúnmente se hace referencia a la adolescencia como el período de ajuste psicosocial del individuo en su paso de niño a adulto. (9,10)

Se estima que 16 millones de niñas de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años dan a luz cada año, y un 95% de esos nacimientos se producen en países en desarrollo. Esto representa el 11% de todos los nacimientos en el mundo. Sin embargo, los promedios mundiales ocultan importantes diferencias regionales. Los partos en adolescentes como porcentaje de todos los partos oscilan entre alrededor del 2% en China y el 18% en América Latina y el Caribe.

Como se indicó América Latina y el Caribe, tiene una alta tasa de embarazo Adolescente y Por otra parte, se estima que del total de abortos inseguros en la Región, el 15% se producen entre las adolescentes.

En América Latina y el Caribe, cada año hay 1,2 millones de embarazos no planificados en adolescentes, 51% de los cuales ocurren en adolescentes no casadas. Según estudios, un tercio de las que no quieren quedar embarazadas en América Latina y el Caribe no utiliza ningún tipo de método anticonceptivo.

Estudios han demostrado que las madres adolescentes menores de 15 años son cuatro veces más vulnerables a la mortalidad materna y a un mayor riesgo de complicaciones como anemia, toxemia, hipertensión, placenta previa, y el nacimiento prematuro del bebé. (10)

Además que la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior. Los expertos en salud convienen en que las adolescentes embarazadas requieren atención física y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés.

En todo el mundo, siete países representan por sí solos la mitad de todos los partos en adolescentes: Bangladesh, Brasil, la República Democrática del Congo, Etiopía, la India, Nigeria y los Estados Unidos de América.

Sexualidad en los adolescentes y jóvenes

Sexualidad es la expresión integral del ser humano en función de su sexo vinculado a los procesos biológicos., psicológicos, sociales y culturales. Sexualidad y reproducción se encuentran unidos a las condiciones culturales que determinan los roles que han de jugar los hombres y las mujeres. En otras palabras, **sexualidad es la manera cómo piensan, sienten y actúan los hombres y mujeres en función de los patrones culturales de la sociedad a la cual pertenece.** (10)

Hasta antes de la pubertad, los miembros de cada sexo se asocian preferentemente con personas de su propio sexo, y estas relaciones sirven de modelo de identificación. Con la pubertad, la actividad hormonal genera un decidido interés hacia los miembros del sexo opuesto, lo cual señala el inicio de la sexualidad adulta. Hacia finales de la adolescencia los grupos conformados por individuos del mismo sexo tienden a disolverse, para dar paso a relaciones de pareja. Los/las jóvenes que hasta ese momento no han conseguido

emparejarse (aunque sea de manera temporal), podrán sentirse presionados a buscar pareja con la finalidad de no sentir rechazo o crítica a su situación de soltería.

La procreación en la población adolescente

El inicio de la vida sexual es un acontecimiento que influye de manera muy importante en la vida de los y las jóvenes. Particularmente, entre las mujeres la secuencia unión-actividad sexual – reproducción, no siempre sigue este orden, pero si es determinante para el desarrollo futuro del adolescente, la secuencia y el calendario en que ocurren. En los grupos sociales con mayores carencias, el inicio de la vida sexual responde en mayor medida a patrones de nupcialidad temprana, por lo que ambos eventos suelen ocurrir casi simultáneamente. La experiencia con menores niveles de escolaridad indica que alrededor de los 18 años se unen en pareja e inician su vida sexual y tan solo un año después experimentan el nacimiento del primer hijo (19 años). (12)

En las prácticas para evitar un embarazo no planeado es donde se aprecia una incongruencia entre el conocimiento de los métodos anticonceptivos y su uso práctico. A pesar de declarar que no se buscaba el embarazo, solo la mitad de los jóvenes sexualmente activos utilizan algún tipo de métodos anticonceptivo.

Aunque el embarazo se puede clasificar como un estado fisiológico normal, esta plegado de riesgos considerables tanto para la madre como par sus descendientes. Por fortuna, la mayor parte del riesgo ocurre en una minoría de las pacientes. Así pues, es prudente identificar a las mujeres que están en riesgo y tratar de prevenir la morbilidad y mortalidad en ella. (5)

El embarazo incrementa la probabilidad de que una mujer muera a causa de ciertas afecciones (es decir, incrementa la tasa de mortalidad).

Se considera “**embarazo adolescente**” al que se produce en mujeres menores de 19 años, generalmente, se reduce por no utilizar métodos anticonceptivos y no por ser voluntariamente buscado, y es que los jóvenes comienzan demasiado pronto a experimentar con sus cuerpos y a practicar el

sexo, sin tener plena conciencia de que las consecuencias de no practicarlo con seguridad pueden condicionar el resto de su vida, dado que además de quedar embarazada demasiado pronto, puede contraer una enfermedad de transmisión sexual, algunas de las cuales pueden llegar a ser muy graves y de fatales consecuencias.

El embarazo de una adolescente es considerado de **alto riesgo**, pues el cuerpo de la mujer a esa edad aun no está suficientemente desarrollado como para afrontar el desgaste que supone dicho proceso. Según la OMS, la edad más segura para el embarazo es de los 25 a los 34 años de edad. Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que no se ha completado el desarrollo óseo y no se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto. (13)

Por supuesto a menor edad, mayores complicaciones existen. Y es que la llegada de la edad fértil con la aparición de la menstruación no implica que la fisionomía de la afectada este aun suficientemente desarrollada para soportar los cambios que produce el embarazo, ni para dar a luz de forma natural, hay que recordar que la menstruación, que marca el comienzo de la fertilidad de la mujer, suele aparecer en torno a los 11 años, a veces incluso antes. Por otra parte, y no menos importante, está el desarrollo emocional, la madurez que se necesita para ser madre, que tarda aun mas en llegar, que el desarrollo físico. (13)

La adolescencia es una época complicada, es el periodo en el que se está sometida a muchos cambios repentinos y bruscos entre la niñez y la edad adulta, en el que se reacciona como niño pero se pretende actuar como si ya se fuese mayor. Y ahí está la clave de esta situación, las relaciones sexuales no son un juego, no son simplemente una forma de pasarlo bien, para disfrutar de ellas es necesario tomar precauciones y ser conscientes de porque se llevan a cabo. Cuestión aparte, son los casos en los que la adolescente ha sido forzada y, a consecuencia de este hecho terriblemente doloroso, se queda

embarazada, en estos supuestos lo mejor es denunciarlo cuanto antes y ponerse en manos de los especialistas. (14)

El embarazo en la adolescencia tiene unas consecuencias adversas tanto de tipo físico y psicosocial, en especial en las más jóvenes (15 – 16 años) y sobre todo en las pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas, ya que siguen una dieta inadecuada a su estado y utilizan tarde o con poca frecuencia el servicio de atención prenatal. (14)

Lo que supone una dificultad mayor para aceptar la realidad, retraso de la primera visita, desconocimiento del tiempo de gestación, incumplimiento del tratamiento, pasividad, falta de respaldo, depresión y dificultad en la relación asistencial, entre otras cosas. (14)

Una de las características socio demográficas de las madres adolescentes, es la particular composición de la estructura familiar; destaca que un 17,5% de las madres siguen constando como residentes en la residencia paterna, mientras que un 15% se incorpora a la residencia del padre, un 65% crea una unidad familiar independiente y un 2,5% vive sola o con otras personas (pensiones, casas de acogida, etc....) (15)

Pese a que a nivel nacional disminuyó la tasa de embarazos entre adolescentes, Nicaragua se mantiene como uno de los cuatro países de América Latina y del Caribe que registra el mayor porcentaje de natalidad en el segmento de 15 a 19 años, según un estudio del Banco Mundial y la última Encuesta de Demografía y Salud.

En Nicaragua, los embarazos en las adolescentes ocurren principalmente en las zonas rurales, de acuerdo con la Encuesta de Demografía y Salud, Endesa, 2011-2012.

Por su parte, el Banco Mundial, BM, advirtió en el estudio el Embarazo en Adolescentes y Oportunidades en América Latina y el Caribe, que la alta tasa de natalidad entre las jóvenes está asociada al fenómeno de la pobreza.

“El embarazo adolescente y la maternidad temprana continúan siendo un gran desafío para la región (América Latina y el Caribe), particularmente debido a la asociación de estos fenómenos con la pobreza y la falta de oportunidades, y la preocupación de estos factores podrían constituir impedimentos para que las mujeres aprovechen al máximo sus recursos y oportunidades de desarrollo humano”, refiere estudio del BM.

En Nicaragua, los resultados de Endesa reflejan que la tasa de fecundidad adolescente, referida al número de embarazos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años, pasó de 106 a 92 en los últimos cinco años, pero que en el área urbana es de 74 y en el área rural de 117.

Al comparar las cifras de la Endesa 2006-2007 con la Endesa 2011-2012, se observa que el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que ya son madres pasó de 19.7 a 18.3, mientras que el porcentaje de ese mismo grupo etario que alguna vez ha estado embarazada pasó de 25.9 a 24.4.

Más expuestas en el campo

Sin embargo, en esos dos indicadores también existe una significativa diferencia entre el área urbana y rural, ya que el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que ya son madres es de 22.2 en la zona rural y de 15.4 en la urbana.

Por otro lado, el porcentaje de mujeres en ese rango de edad que alguna vez ha estado embarazada es de 28.9 en el campo y de 21.1 en la ciudad.

Se han detectado casos de niñas y de adolescentes embarazadas por violación sexual, principalmente de parte de miembros y amigos de sus familias,, esta situación ocurre más en las zonas rurales y no es denunciada, pues hay “arreglos” entre la familia de la víctima y el victimario que por lo general consisten en casar a la niña o adolescente con su agresor, o en que este último pague cierta cantidad de dinero como forma de indemnización.

Otros estudios revelan que junto a República Dominicana, Guatemala y Honduras, en 2010 Nicaragua fue uno de los países con las mayores tasas de fecundidad adolescente, al registrar más de 100 nacimientos por cada 1,000 mujeres de entre 15 y 19 años.

Refiere, además, que “las tasas de embarazo adolescente en América Latina están entre las más altas del mundo, después de África subsahariana y el sur de Asia”, pues en 2010 la región registró 72 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años, y, en contraste, en África fueron 108 nacimientos, y en el sur de Asia, 73.

La mayoría de países latinoamericanos están entre los 50 primeros del mundo en fecundidad adolescente, un índice que en otras regiones está cayendo, ya que entre 1997 y 2010 la tasa se redujo en 1.6% a nivel mundial, pero en América Latina la caída fue de 1.25%.

La pobreza y la falta de oportunidades son factores clave asociados a la maternidad temprana.

El embarazo adolescente puede afectar diversas dimensiones de las oportunidades económicas de la madre, tales como la educación, los ingresos, su participación en el mercado laboral y sus perspectivas en el mercado matrimonial. (16)

En lo concerniente al aspecto psicológico, es conveniente que la madre adolescente reoriente toda su vida y asuma responsabilidades de adulto. Según numerosos estudios realizados, estas desempeñan bien su papel de madre, estableciendo buenas relaciones con su hijo, no siendo menos competentes que las adultas. (16)

Dentro de las consecuencias biológicas negativas que afectan al embarazo en la adolescencia destacan: (17)

- Retaso en el crecimiento intrauterino y otras patologías durante el embarazo
- Aumento significativo de partos prematuros
- Neonatos pequeños y de bajo peso con respecto a los de las madres adultas

La literatura psiquiátrica enumera cuatro grandes patrones psicodinámicos subyacentes en la embarazada adolescente:

1. Una relación alterada con la madre, con sentimientos ambivalentes entre deseo de separación y libertad y necesidad de dependencia
2. Imagen negativa del padre.
3. Experiencias emocionales negativas durante la fase de maduración
4. Problemas en el proceso de socialización en general y concretamente una influencia específica en grupos de padres, con reacciones emocionales que tienden a evitar la soledad y el rechazo.

Aparte del embarazo en sí mismo y del hijo que va a nacer existen otros factores estresantes:

- Matrimonio precipitado
- Abandono de la escuela y de la formación profesional
- Un grave factor de stress adicional lo constituye el aborto provocado (17)

Los jóvenes que han logrado un embarazo representan aproximadamente el 35% de la población, y para más de la mitad de ellos y ellas, el primer evento ocurrió entre los 15 y 19 años de edad. De acuerdo a las características económicas y sociales de ese grupo de edad, el arribo del primer descendiente no sucede en las mejores condiciones de desarrollo personal.

Aspectos psicosociales del embarazo en adolescentes (18)

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:

a.- Sociedad Represiva: niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola solo con fines pro creativo. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

b.- Sociedad Restrictiva: tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades del mundo.

c.- Sociedad Permisiva: tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

d.- Sociedad Alentadora: para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es Celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes den África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones:

Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas interrumpen la gestación voluntariamente.

Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo

Conocer los factores pre disponibles y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente continuar el embarazo hasta el nacimiento pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse. (18)

Factores pre disponibles: (19)

1. Menarca Temprana: otorga madurez reproductiva cuando aun no maneja las situaciones de riesgo.
2. Inicio Precoz de Relaciones Sexuales: cuando aun no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
3. Familia Disfuncional: uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen dialogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor.
4. Mayor Tolerancia del Medio a la Maternidad Adolescentes Y/O Sola.
5. Bajo Nivel Educativo: con desinterés general. Cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención afectiva del embarazo.
6. Migraciones Recientes: con pérdida del vinculo familiar. Ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aun con motivo de estudios superiores.
7. Pensamientos Mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazan porque no lo desean.

8. Fantasías de Esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
9. Falta O Distorsión de la Información: es común que entre adolescentes circulen “mitos” como: solo se embaraza si tiene orgasmo, o cuando se es más grande, o cuando lo hace con la menstruación, o cuando no hay penetración completa, etc.
10. Controversias entre sus sistemas de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes tienden por rebeldía y , a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
11. Aumento en número de adolescentes: alcanzando el 50% de la población femenina.
12. Factores socioculturales: la evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos.

Factores que condicionan el embarazo en las adolescentes (20)

1. Factores biológicos

Los procesos de crecimiento y maduración sexual terminan con la menarquía, después suele haber un periodo más o menos variable, en el que la adolescente, en general, aun no es capaz de concebir de forma fisiológica. En la actualidad la edad de aparición de la menarquía ha descendido, estando la media entre los 12-13 años de edad. En general son muy raros los embarazos antes de los 14 años, ya que lo frecuente en la chica, al comienzo, tiene ciclos anovulatorios. Sin embargo, no es posible la gestación antes de la menarquía, por lo menos teóricamente, pero han llegado a detectar cuerpos lúteos en muchachas que aun no habían tenido la primera menstruación y, por consiguiente, pudiera ocurrir que antes de la menarquía presenten un ciclo ovulatorio, existiendo así la posibilidad de fecundación antes de la fecha teórica de la primera regla.

Hay trabajos en la literatura que señalan una relación entre la edad de aparición de la menarquía y la precocidad de las relaciones sexuales, de aquí que para muchos autores la menarquía represente una fecha importante para profundizar en la educación sexual y explicar a las adolescentes todos los riesgos inherentes a las relaciones sexuales. Por otra parte, el periodo en el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales. El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes sigue siendo, pese a las numerosas campañas educativas.

Un factor que condiciona en el embarazo de las adolescentes es la frecuencia de contactos sexuales. Ha habido cambios de conducta muy notables. Una proporción muy elevada de mujeres solteras incluyendo adolescentes, tienen contactos sexuales y parece existir una tendencia a que se produzcan con menor carga emocional hacia el compañero y a tener contactos con más de una persona antes de matrimonio.

2. Factores psicológicos

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz, ya que la pubertad no implica madurez psicológica. La pulsión sexual del adolescente no se puede negar, su fuerza es arrolladora e imprevisible, de aquí que con frecuencia pueda desencadenar disturbios psicológicos más o menos graves.

Es importante insistir en que la experiencia sexual en la joven adolescente no responde únicamente a un simple deseo de sexo sino más bien aun interés de ser aceptada, cuidada, mimada, deseada y protegida. Por otra parte, las mujeres jóvenes con poca confianza en sí mismas, con tendencia a depender de alguien, confusas con escasa autoestima, con insuficiente o ninguna comunicación con sus padres, en especial en los que se refiere al sexo, está generalmente expuestas a un inicio sexual temprano y al consiguiente riesgo de quedar embarazadas. Muchas adolescentes experimentan la soledad de su

aislamiento y encuentran un medio de apoyo de correspondencia emocional en las relaciones sexuales.

3. Factores culturales

De todos es conocida la gran diferencia existente en los índices de escolarización entre unos y otros países. Se refiere una mayor frecuencia de embarazos en grupos sociales de menor grado cultural, aunque no exclusivo. La falta de una educación sexual adecuada contribuye en gran medida en el aumento del número de embarazos en estas adolescentes. Así, en países donde proliferan los programas de educación sexual, como en Suecia o en los Países Bajos, y donde hay servicios especiales de anticoncepción para jóvenes, la incidencia de estas gestaciones es realmente baja. Por otra parte queremos resaltar la pérdida, por gran parte de la sociedad actual, de una serie de valores morales y religiosos que pueden tener igualmente influencia. Incluso, en el momento actual se cuestiona a la familia como institución y se pone en duda, con frecuencia, el valor de la fidelidad matrimonial. La adolescente sin información adecuada en determinados principios, en este ambiente en el que se desarrolla, se marca una idea particular sobre los medios necesarios para agrandar y tener éxito. La actividad sexual es, según su mentalidad, el camino adecuado para conseguir la popularidad y el éxito.

4. Factores familiares

La existencia de factores familiares adversos parece influir en la producción de embarazo entre las adolescentes. Entre ellos hemos de tener presentes la disfunción familiar, los problemas familiares que motivan la falta de comunicación con los padres, soledad, abandono. Padres separados, hijas de solteras, antecedente en su madre o hermana que quedó embarazada en la adolescencia, enfermedades crónicas en los progenitores, parece aumentar la incidencia de embarazo en las adolescentes.

5. Factores socio-económicos

El embarazo en la adolescente ocurre en todos los grupos socio-económicos, raciales y étnicos. Sin embargo, no hay que olvidar que la pobreza, el hacinamiento, la delincuencia juvenil, la iniciación a las drogas, el alcohol, e incluso la indigencia favorecen de forma notable el incremento del índice de embarazos en las mujeres jóvenes. Las necesidades económicas inherentes al casamiento, el hogar etc., son factores que de alguna manera contribuyen al embarazo durante la adolescencia, ya que estas muchachas alcanzan la madurez sexual en etapa temprana, quedando un vacío de cinco o diez años, entre dicha madurez y la actividad sexual legitimada por el matrimonio, como ya hemos referido.

Según Klein la mayor parte de las adolescentes no comienzan su actividad sexual con la finalidad de quedar embarazadas, sino que piensan que el sexo es necesario para lograr los beneficios sociales de los contactos. El sexo se considera muchas veces como un pago necesario al varón si la mujer desea ser popular. Las mujeres sin actividad sexual y sin contactos se consideran socialmente descartadas.

Todos los autores están de acuerdo en que la propaganda que se hace de sexo, en un ambiente erotizado, es responsable directamente de la mayor libertad sexual entre los jóvenes. Nuestra sociedad proporciona un bombardeo constante de sexualidad con la televisión, la radio, la prensa escrita etc.; en donde el sexo es utilizado para aumentar las ventas del mercadeo y hacernos cada día más consumidores. Las adolescentes pueden considerar que sus vidas son tristes y aburridas en relación con la sexualidad presentada públicamente de algunos políticos, artistas, atletas etc. Por consiguiente, no debe extrañar que estas muchachas sean atraídas hacia el sexo, con la consecuencia frecuentemente imprevista de un embarazo temprano y NO deseado ni planificado.

El embarazo en la adolescente plantea complejas consecuencias médicas difíciles de evaluar, ya que a veces NO es fácil distinguir entre la influencia de

la edad y de los otros factores que suelen asociarse a estos embarazos. Entre dichos factores se deben citar los siguientes: alta incidencia de gestación no deseada, soltería (que a veces puede obligar a mantener en secreto el embarazo hasta el momento del parto), falta de cuidados prenatales o cuidados deficientes, nuliparidad y otros problemas diversos.

Según Dickens y Allison en las adolescentes que quedan embarazadas se han descubierto, sentimientos de autodestrucción, ira y agresión hacia todo lo que configure autoridad, falta de responsabilidad en el gobierno de su propio cuerpo y acciones, y súplicas desesperadas en busca de atención y ayuda. En EE.UU., la madre joven supera en siete veces la media de suicidios registrados en todo el país. El embarazo en estas mujeres puede ser una forma de escapar el proceso de maduración en la adolescencia.

Las dificultades de adaptación a la sociedad y a su propia familia hace que las adolescentes estén aquejadas con frecuencia de diversos problemas psíquicos (depresión, baja moral, insomnio, ideas suicidas, bajo rendimiento escolar etc.) que constituyen la base para que se pueda originar fácilmente el fenómeno de embarazo en la adolescencia.

Problemas Psicosociales

Estudios extensos sobre las consecuencias psicosociales a largo plazo de la maternidad adolescente indican que la maternidad temprana afecta en forma profunda y adversa las experiencias educacionales, vocacionales y conyugales de numerosas jóvenes. Aunque se ha demostrado en reiteradas oportunidades que las adolescentes que tienen hijos reciben menos educación que la población adolescente general, el abandono y fracaso escolar suelen anteceder al embarazo en la adolescente, rara vez es la única razón por la que las jóvenes abandonan la escuela secundaria.

El logro educacional y la estabilidad económica tienen implicaciones para la estabilidad de los matrimonios adolescentes y la vida familiar de la

adolescente. La mayor parte de los embarazos adolescentes son extramatrimoniales y los padres adolescentes que logran formar una relación estable entre sí, son obviamente la excepción. Un estudio reveló que 17 años después del nacimiento del primer hijo, solamente un 16% de las adolescentes permanecía casada con el padre del bebé.

La inestabilidad conyugal es un hallazgo común en las parejas que conciben antes del matrimonio, sobre todo cuando el nacimiento extramatrimonial es complicado por el estrés de la pobreza y la inestabilidad económica. Un estudio de parejas adolescentes mostró que si el padre del bebé había superado la secundaria o era un obrero especializado, la probabilidad de separación conyugal dentro de los tres primeros años era del 19%, en cambio sin el padre NO había superado la secundaria y era un obrero no especializado, la probabilidad de separación conyugal a los 2 años era de un 45%.

Por último la prevalencia de depresión y otros síntomas psiquiátricos es significativamente más alta en madres adolescentes que en la población general. En un estudio de adolescentes embarazadas y madres, se observó una incidencia de depresión del 60%, en otro estudio, el 13% de la muestra de mujeres jóvenes que habían tenido un hijo antes de los 17 años habían sido tratadas por un intento de suicidio posterior.

Riesgos para el niño

Aparte de la posibilidad de que un embarazo finalice en un aborto espontáneo o provocado, existen diversos riesgos para el fruto de la gestación que analizamos a continuación, en relación a su morbi-mortalidad. La tasa de mortalidad neonatal se estima en 2,4 veces mayor en los hijos nacidos en menores de 15 años, que en los nacidos de madres mayores de 20 años.

El riesgo de bajo peso se duplica en las menores de 15 años, es 1,5 veces mayor en las menores de 17 años y 1,3 veces en las adolescentes de 18 a 19 años. En gran medida este bajo peso al nacer se debe a la prematuridad. Los niños que sobreviven al periodo neonatal, crecen al mismo ritmo que los lactantes nacidos de madres mayores. Parece que en este aspecto influyen los

factores ambientales como: pobreza, hacinamiento, malos hábitos de salud, falta de conocimiento adecuado sobre el desarrollo del niño e inapropiadas prácticas de crianza y supervisión infantil, más que el bajo peso al momento del nacimiento, son los responsables de la mayor incidencia de problemas médicos postnatales en lactantes de madres adolescentes.

Embarazo no planeado en los Adolescentes

El embarazo no planeado en los adolescentes es el producto de la falta de información sobre los anticonceptivos, el sexo sin protección, la falta anticonceptivo o el uso incorrecto de anticonceptivos. Se asocia también a prácticas de riesgo como el alcoholismo y la drogadicción. Independientemente de ser deseado o no, el embarazo en los adolescentes puede poner en riesgo la vida de la madre. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la edad ideal para el embarazo es de 25 – 34 años, período en el que se alcanza la madurez orgánica, por lo que en una menor de 20 años, se considera de alto riesgo, con complicaciones severas tanto para ellas como para sus bebés. (21)

Algunas de las razones médicas para evitar el embarazo en menores de 18 años, es que NO se ha completado el desarrollo óseo y NO se ha alcanzado la masa mineral máxima, así como la relativa inmadurez del canal del parto. La maternidad a edades muy tempranas entraña complicaciones durante el embarazo y el parto, conllevando riesgo de muerte para las madres muy superiores a la media. La maternidad precoz sigue constituyendo un impedimento para el avance de las mujeres a nivel educativo, económico y social en todo el mundo.

La procreación prematura está profundamente arraigada en las culturas latinoamericanas y caribeñas, tal como ocurre en muchas otras partes del mundo. La fecundidad de los adolescentes sigue siendo alta en América Latina, que tiene los siguientes factores:

- El mejoramiento de las condiciones generales de salud y nutrición que se ha venido produciendo contribuye a disminuir la edad de la menarquía y a que los niveles de fecundidad de los adolescentes sean hoy más altos que hace 25 años. Aproximadamente 35% de las jóvenes latinoamericanas, tienen su primer hijo antes de los 20 años. Según se calcula, las mujeres que comienzan la procreación cuando aun son adolescentes, acaban teniendo 2 a 3 veces más hijos, que las que retrasan el primer nacimiento hasta después de los 25 años.
- El 28% de las mujeres guatemaltecas tienen su primer hijo antes de los 18 años. Aproximadamente una de cada cinco jóvenes menores de 18 años en México y Bolivia ya han tenido un hijo. En Colombia, Guatemala y Paraguay, las mujeres actualmente tienen más probabilidades de tener un hijo durante la adolescencia, comparándolas con adolescentes durante la década de los años 70.

Las adolescentes que posponen la procreación tienen cinco veces más probabilidades de terminar su educación secundaria que aquellas que no posponen el nacimiento de su primer hijo hasta tener por lo menos 20 años.

La adolescencia implica cambios, transformación de cuerpo, en el modo de ser, en el concepto de las ideas, gustos, inclinaciones, deseos, sentimientos, afectos. Por estos cambios terminan configurando lo que caracteriza a cada uno, su modo peculiar de ser, su modo de vivir, su cuerpo, sus relaciones. Con esto se hace una mujer, se identifica un varón.

El riesgo de los embarazos adolescentes es mayor cuanto más tempranamente los jóvenes hacen el amor. La adolescencia organiza la sexualidad de chicas y varones, de conformidad con las nuevas concepciones sociales y culturales. Ya no una sexualidad destinada, de forma prioritaria, a la maternidad y la paternidad, sino a construir la masculinidad y la feminidad en un contexto de experiencias placenteras y gozosas en la relación con los otros.

En la adolescencia el ejercicio de la sexualidad de chicos y chicas también prepara para la maternidad y la paternidad, porque en la sociedad

contemporánea, el hijo y su concepción NO son únicamente el producto de uniones y transformaciones biológicas, sino, sobre todo el efecto de una preparación corporal, psicológica, académica, económica y social, que comenzó en la mujer y en el varón desde el momento de su nacimiento.

La fecundidad adolescente es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos favorecidas, haciendo pensar que se trata de un fenómeno transitorio porque de mejorarse estas condiciones, el fenómeno podría descender. Para otros investigadores, la disminución de las tasas de fecundidad adolescente está cada vez más lejos, ya que el deterioro de las condiciones socioeconómicas globales hace que se dude sobre la posibilidad de que la mayoría de los países realicen mayores inversiones en sus sistemas educacionales y de salud, para alcanzar la cobertura que el problema demanda. (22)

Los problemas domésticos conducen con frecuencia el embarazo. Si una niña se construyó en un ambiente lleno de tensión, de violencia, de inseguridades, de todo orden, su vida afectiva en la adolescencia podrá ser errática. Las adolescentes que van de relación en relación, en búsqueda de una estabilidad que NO encuentran. Siempre exponiéndose a los riesgos hasta que el embarazo les sirve como el mejor de los síntomas para sus conflictos que NO logra superar.

El maltrato, la violencia doméstica, la inestabilidad de la pareja: Papá – Mamá o el acoso sexual por parte de algún familiar pueden transformarse en causas suficientes para que una chica busque relaciones erráticas y sin futuro como una manera de librarse de sus frustraciones, decepciones y angustias.

La pobreza explica numerosos embarazos, por ejemplo en los sectores marginales, la mujer tiende a conformar pareja definitiva entre los 15 a 20 años como un intento de mejorar las condiciones de precariedad en las que vive, ella sueña que casándose, todo será mejor. Pero a causa de la crisis económica, numerosas jóvenes son abandonadas por su pareja inicial y se ven obligadas a estructurar otra relación que siempre exige más hijos y que, con frecuencia,

NO termina por ser la última sino, por el contrario, el inicio de una cadena de relaciones, la cual en su mayoría serán pasajeras y superficiales.

El embarazo en la adolescencia no se explica únicamente por falta de educación académica, sino porque desconocen los derechos de la mujer, no poseen un saber adecuado sobre su cuerpo, la salud reproductiva y la necesidad de valora el sentido y la dimensión de su presencia social. El colegio les habla de todo, de sí mismas y de su cuerpo pero no les habla de lo destinado a lo placentero y también siempre dispuesto a la concepción. A los profesores y profesoras les da miedo hablar de libertad de amor, de ternura y de placer, tratan mas lo anatómico y poco menos lo preventivo en el uso de esa anatomía.

Muchas adolescentes están seguras de que si hacen el amor por primera vez no quedaran embarazadas porque creen que para el embarazo se requiere una vida sexual frecuente, conocen el nombre de los métodos de control de la fecundidad pero no saben cómo utilizarlos.

El embarazo altera de manera significativa el proceso biológico que prepara el cuerpo para conformar una mujer con la perfección que espera y anhela dentro de su propuesta personal de belleza .de igual manera, interrumpe de forma brusca la preparación destinada a transformar ese cuerpo en el mejor advenimiento de un niño. Pese a que sea capaz de concebir, el cuerpo de la adolescente no es aun apto para el embarazo ni para el parto que, con frecuencia suele tornarse conflictivo. Pero, sobre todo, estos embarazos y estas maternidades rompen para siempre el proceso de la adolescencia con todo lo que ello significa en la estructuración de la mujer.

El acto sexual se ha comprobado es motivado por curiosidad, iniciándose desde muy temprana edad, y la fundamental causa que determina la continuación del embarazo es temor a la reacción de los padres, mientras que la decisión de su interrupción es principalmente motivada por el deseo de continuar los estudios.

Factores determinantes del embarazo en adolescentes

Las causas del embarazo en la adolescencia son políticamente discutibles, de gran carga emocional, y numerosas. Se deben examinar muchos factores, además de la causa obvia que es que los adolescentes mantienen relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas. Como no hay ninguna contracepción efectiva al 100%, la abstinencia es la manera más segura para prevenir el embarazo.

Las estadísticas muestran que el 18% de los adolescentes, americanos han experimentado el sexo con anterioridad a los 15 años de edad .además, este número crece hasta el 66% de las adolescentes no casadas que tienen experiencias sexuales antes de los 19 años de edad. Diferentes estudios han mostrado que a la edad de 20 años, el 75% de las mujeres y el 86% de los varones estadounidense son sexualmente activos. El porqué de los adolescentes practica el sexo y porque lo hacen sin métodos efectivos de contracepción, es un tema de discusión ardiente. Las razones sugeridas son las que siguen.

El riesgo potencial para las niñas adolescentes de llegar a quedar embarazadas incluyen:

- * Los tempranos contactos sexuales (la edad de 12 años se asocia con un 91% de oportunidades de estar embarazadas antes de los 19 años, y la edad de 13 años se asocia con un 56% de embarazos en la adolescencia.)
- * El uso temprano de alcohol y/u otras drogas incluyendo productos como el tabaco, salir de la escuela, la carencia de un grupo de apoyo o pocos amigos.
- * La carencia de interés en la escuela, familia, o actividades comunitarias.
- * Percibir pocas o ninguna oportunidad para el éxito.
- * Vivir en comunidades o escuela donde los embarazos tempranos son comunes y considerarlos como una norma más que como una causa para su interés.

* Crecer en condiciones empobrecidas

* Haber sido víctima de un ataque o abuso sexual, o cuando sus madres a su vez les han dado a luz antes de los 19 años de edad.

Muchas de las adolescentes casadas se embarazan porque quieren formar una familia, en algunas comunidades la mujer joven soltera ven la maternidad como una forma de subir el estatus social y ganar reconocimiento como adultas, o creen que les ayudara a mantener una relación estable con el padre del niño/a. En grupos sociales tradicionales da un gran valor a la fertilidad, y la falta de hijos puede conllevar al marido o compañero a abandonar el hogar o al divorcio. Por tanto, algunas mujeres jóvenes se embarazan antes de casarse para probar que son fértiles, mientras que algunas adolescentes recién casadas garantizan su seguridad con un hijo lo antes posible.

La ausencia de un programa de educación sexual en el sector educativo formal y sector salud que tome en cuenta la diversidad cultural y establezca normas definidas para la atención de la salud sexual en los servicios de salud, contribuye para que en los trabajadores de la salud y los educadores prevalezca la influencia de valores y actitudes segadas por conceptos derivados de juicios morales y religiosos , los mitos y los tabúes que se traducen en un abordaje inadecuado en los servicios de salud y educativos. La salud sexual se refiere a la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, no incluye como elemento indispensable la procreación, es una oportunidad para desarrollar los valores como el amor, la comunicación, responsabilidad, respeto y equidad de género.

Los servicios de salud tradicionalmente han estado orientados hacia las actividades reproductivas, con un enfoque esencialmente materno infantil, en el que el interés primordial es el niño. En ese enfoque, se confunde las nociones del sexo (biológico), género (social) y sexualidad (comportamiento) (2)

Al reducir la salud sexual de las personas a lo reproductivo, los servicios de salud no reconocen más actividad sexual que la ligada a la reproducción,

obviando que, a diferencia de la actividad reproductiva, la sexualidad comienza con el nacimiento y muere con el individuo. Esto ha fomentado mitos y tabúes que asumen que la sexualidad se expresa únicamente a través de la relación y la ejerce solo el adulto joven.

Una buena salud sexual y reproductiva contribuye directamente al mejoramiento individual de la mujer y de su familia, produciendo un desarrollo del capital humano de ella, como mujer, y de sus hijos buen nivel de conocimientos, buen estado nutricional y alimentario, adecuado tamaño de la familia y mejoramiento del status de la mujer. Por lo tanto una adecuada salud y reproductiva contribuye el desarrollo socioeconómico.

Complicaciones observadas durante embarazo en adolescente (23)

Entre las complicaciones más frecuentes de los embarazos en adolescentes están la anemia, las infecciones bacterianas graves, el parto prematuro, el parto obstruido y prolongado, la desproporción céfalo-pélvica, la muerte fetal y la formación de fistulas recto-vaginales o costo vaginales. La mortalidad relacionada con el embarazo y el parto es de dos a cinco veces más alta entre las mujeres menores de 18 años de edad que entre las de 20 -29 años de edad.

Las adolescentes recurren al aborto por razones tales como el temor, la vergüenza y la desesperación por no sentirse capaces de cuidar un bebe o no saber cómo podrán continuar su educación. Las adolescentes tienen mayor probabilidad que las mujeres adultas de tener un aborto en una etapa tardía, cuando corren mayores riesgos. debido al estigma asociado con el embarazo fuera del matrimonio y el aborto, las adolescentes muchas veces no procuran abortos legales y seguros. las principales consecuencias de un embarazo de alto riesgo es la pre-eclampsia – eclampsia (auto intoxicación de la mujer embarazada) mayor frecuencia de cesárea, trabajos de parto prolongado, partos prematuros, bajo peso y sufrimiento fetal e incluso el aborto.

La mayoría de las jóvenes embarazadas abandonan la escuela, ya sea por su situación económica, social, o ideas erróneas sobre el cambio en su vida a consecuencia del bebe, además que son pocas las que reciben el apoyo de su pareja, lo que determina en muchas ocasiones actitudes de rechazo o de ocultarlo, por temor a las reacciones del grupo familiar y de su medio social.

La vida de la madre adolescente y de su bebe puede ser difícil:

* Las madres adolescentes tienden más a abandonar la educación secundaria que las jóvenes que posponen la maternidad. Solo el 40 por ciento de las adolescentes que tienen hijos antes de los 18 años de edad termina la escuela secundaria, en comparación con el 75 por ciento de las adolescentes de una extracción socio económico similar que no tienen hijos hasta tener 20-21 años de edad.(2)

* Al carecer de la educación adecuada, es probable que la madre adolescente no posea las habilidades que necesitan para conseguir un trabajo y conservarlo. Es común que dependa económicamente de su familia o del sistema asistencial social. En comparación con las madres que tienen sus hijos en etapa posterior de la vida, también es probable que las madres adolescentes vivan en la pobreza. Más del 75 por ciento de todas las madres adolescentes solteras comienzan a recibir asistencia social dentro de los cinco años posteriores al nacimiento de su primer hijo. (2)

A parte de todo esto, están las repercusiones en cuanto a la vida diaria de la joven, como tener que dejar de estudiar, enfrentarse a la decepción familiar, asumir responsabilidades que aún le quedan muy grandes. Las opciones encontramos:

* Decidir seguir adelante y cuidar el bebe, preferiblemente con ayuda de la familia.

* Abortar, pues la ley lo permite en supuestos de menores de edad cuando la salud del paciente corre peligro.

* Darlo en adopción, para lo cual también hay que poseer cierta madurez o será una decisión que marcara negativamente toda su vida.

La mayoría se ve obligada a abandonar los estudios para dedicarse a una maternidad prematura, ordinariamente no deseada. las relaciones de amistad pierden sus características: no más fiestas, ni paseos , ni boliches, ni todo lo que antes se hacía entre amigos y amigas. se rompe la coquetería destinada a atraer y conquistar, desaparece el interés por la policromía de la moda y lo que implica en procesos eróticos, el mundo se achica; se reduce la necesidad de atender un embarazo inadecuado, inoportuno y casi siempre no deseado.

En cualquier caso una vez que ya existe el embarazo, lo mejor es que la adolescente pueda contar con su familia y que se busque la mejor manera de que, a pesar de asumir su responsabilidad adquirida en caso de que opte por tenerlo y ser madre, pueda continuar su desarrollo personal y educativo lo mas normalmente posible. Esto ira en beneficio no solo de la futura madre, sino también del hijo por llegar.

En todos los estratos sociales, incluso en aquellos en los que se da una mayor tolerancia, la adolescente embarazada puede recibir maltrato de todo orden, en la familia, en el colegio y en los círculos sociales. Lo que las mantiene en casa porque teme ser objeto de burlas y chismeríos. En otras épocas se la mandaba a la casa de unos parientes que Vivian en un lugar lejano para que nadie del barrio la viera, luego volvía con el niño. Se interrumpe, para siempre la vivencia de un tiempo único e irrepetible, que no volverá jamás, porque no es posible dar marcha atrás al tiempo.

Maternidad en adolescencia

Cuando una joven sabe que está embarazada, su compañero, su familia y entorno social reciben la noticia con evidente disgusto (escuela, trabajo). No hay datos acerca de que la maternidad en la adolescencia sea bien recibida en

ningún grupo de la mayoría de las sociedades actuales. La joven tiene cinco opciones posibles:

A. Abortar.

B. Criar al niño con su familia de origen lo que suele ocurrir con las clases más pobres, donde la situación no es una novedad. Este tipo de crianza en “clan” o en “tribu”, genera confusión de roles familiares en el niño, pero le brindan a él y a su madre un continente afectivo aceptable.

C. Dar al niño en adopción: esto tiene un alto costo emocional. La sociedad tiene en general una actitud ambivalente al respecto, con posiciones muchas veces encontradas. La opinión de los jóvenes padres suele ser la que menos se tiene en cuenta.

D. Casarse o unirse: conviven, pero no tienen la independencia económica necesaria para consolidarse como pareja. Esto además de la inmadurez afectiva, explica la alta tasa de fracaso de estas uniones.

E. Alojarse en hogares maternos: que es siempre una solución transitoria y constituye una forma sofisticada de marginación. Las nuevas tendencias son a utilizar pequeños hogares, similares a una familia, en lugar de grandes instituciones impersonales, que se adecuaran mejor a un modelo integrador con posibilidades de producir un impacto positivo en la problemática de la madre adolescente sola.

Es indudable la carga que para la madre entraña cualquiera de esas posibilidades. El joven padre suele tener menos información que su compañera sobre el proceso biológico general y la noticia de ser padres suele conmoverlos profundamente. Deben en ese momento asumir un rol que en esa etapa de su crecimiento esta cuestionado. Algunas adolescentes lo intentan, pero la desvalorización a la que son sometidos por sus propias familias, las dificultades laborales y económicas, el rechazo social y la relación de conflicto que se establece con su compañera, hace que muy pocos puedan asumir y mucho

menos concretar la responsabilidad. se convierten así en padres abandonantes. Por ello el padre adolescente, en esta compleja problemática, es una persona que también requiere ser atendida y consideradas por el equipo de salud.

Sin depender estrictamente del camino elegido, las consecuencias de la maternidad y paternidad adolescentes suelen ser:

1. Abandono de la escuela. Los motivos pueden ser por vergüenza o por planes de educación formal difíciles de cumplir cuando se está criando un hijo.
2. Dificultades laborales: tienen en general trabajos mal remunerados y sin contrato, por lo tanto, es habitual el despido cuando se sabe que está embarazada y es muy difícil conseguir empleo en estas condiciones o si ya se tiene un niño.
3. Situaciones de riesgo prenatal y perinatal para la madre y el niño, que llevan el fracaso en la crianza.
4. Maltrato del niño en parte porque es el modelo que recibieron y además porque culpan al niño por la situación en la que están.
5. Dificultades para formar una nueva pareja estable por el estigma que muchos casos es el ser madre soltera.
6. Interrupción definitiva del proceso de adolescencia. Para asumir un rol paternal y maternal con todas las exigencias que esto implica.
7. Dificultades para independizarse económicamente. Quedando expuestas a la posibilidad de que los exploten o que deban

VII. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Estudio:

Descriptivo, de corte Transversal.

Área de Estudio: Comunidad de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz. La cual cuenta con un Puesto de Salud que atiende 5239 habitantes, tienen una escuela primaria y un Instituto de secundaria, cuentan con energía eléctrica y el agua es de pozo, el principal rubro es la agricultura, está a 40 km de telpaneca, sus límites son: Al Norte con la Comunidad de Casilí, al Sur con la Comunidad de las Flores, al Este con la Comunidad de San Ignacio, Al Oeste con la Comunidad de los Pinares.

Universo

El Universo estuvo representado por 1150 Mujeres Adolescentes no embarazadas que viven en la comunidad de Santo Domingo, del municipio de Telpaneca, departamento de Madriz. Que asistieron al puesto de salud en el periodo del 1° de enero al 31 de mayo del 2014.

Muestra

La muestra estuvo representada por 217 Adolescentes no embarazadas atendidas en el Puesto de Salud de Santo Domingo, municipio de Telpaneca. Departamento de Madriz. Que asistieron al puesto de salud en el periodo del 1° de enero al n31 de mayo del 2014

Criterios de Inclusión

- Adolescentes en edades de 10 – 19 años
- Adolescentes que asisten al Puesto de Salud de Santo Domingo, municipio de Telpaneca independientes del lugar de procedencia
- Adolescentes independientemente del Número de Gestas
- Adolescentes que se encontraran dispuestas a participar en el proceso de la Entrevista

Criterios de Exclusión

- Mujeres mayores de 20 años
- Adolescentes que NO asistan al Puesto de Salud de Santo Domingo, municipio de Telpaneca
- Adolescentes que NO desearon participar en el proceso de Entrevista

Técnicas y Procedimientos de Recolección de la Información:

Se procedió a la elaboración y diseño de un Instrumento de Recolección de la Información, basado directamente en los objetivos específicos del presente estudio. Fue revisado posteriormente por el tutor del trabajo.

Se procedió a un mecanismo de validación, contando para ello, con un total de 03 profesionales especialistas y que laboran con programas y perfiles de Salud de los Adolescentes, como Médicos, Enfermeras, y Religiosas, además contamos con el apoyo de 08 Adolescentes escogidos al azar, de ambos géneros (4 varones - 4 mujeres).

El Instrumento, les fue aplicado en una prueba piloto a un número de 15 Adolescentes previo a la investigación. Se realizo posteriormente una revisión, con el tutor del trabajo investigativo.

El Instrumento de Recolección presento una batería de preguntas que serán utilizadas para obtener información sobre datos de las Adolescentes de acuerdo a los objetivos planteados en el presente estudio.

El mecanismo utilizado será la entrevista directa a las Adolescentes al momento de visitar el Puesto de Salud, dicha información fue completada y organizada a través de la consulta directa a los Expedientes Clínicos de las Adolescentes.

Procesamiento y Análisis de la Información

Una vez finalizado el periodo de recolección de la información, los datos fueron introducidos, procesados y analizados en Software, para lo cual se utilizara el Programa SPSS versión 21.0.

La información obtenida se resumió en tablas de frecuencia simple, distribuyéndose en porcentajes y frecuencias. Las tablas de información estarán representadas a través de gráficos.

VARIABLES

A. Variables relacionadas al objetivo N° 1 a las características socio demográficas de las Adolescente

1. Edad
2. Religión
3. Estado civil
4. Nivel de escolaridad
5. Ocupación
6. Procedencia
7. Ingreso mensual de la Familia

B. Variables relacionadas al Objetivo Especifico N° 2: Evaluar el Conocimiento de las Adolescentes sobre Embarazo Adolescente

1. Has recibido Información sobre Educación Sexual
2. Qué medios utilizaste para conocer sobre Educación Sexual
3. Lugar en que recibiste la información
4. Conoces los métodos anticonceptivos
5. Uso de MAC
6. Tipo de método anticonceptivo utilizado
7. Por cuando tiempo usaste el método anticonceptivo

C. Variables relacionadas al Objetivo N° 3 las Actitudes que muestran la población de estudio en relación al Embarazo Adolescente.

1. Número de Persona que habitan en la casa
2. Con quien viven

D. Variables relacionadas al Objetivo N° 4 conocer las practicas que poseen las Adolescentes.

1. Inicio de vida sexual activa (IVSA)
2. Número de parejas sexuales
3. Antecedentes de Embarazo adolescentes en mujeres cercanas al entorno
4. Edad de la pareja

CRUCE DE VARIABLES

Edad/Conocimientos

Nivel Escolaridad/Conocimientos

Procedencia/Conocimientos

Religión/Conocimientos

Estado civil/Conocimientos

Ocupación/Conocimientos

Promedio de Ingreso mensual/Actitud

Con quien vives/Actitud

Edad/Actitud

Nivel de Escolaridad /Nivel de Practica

Edad/Nivel de Practica

Religión/Nivel de Practica

Conocimientos/Nivel de Actitud

Conocimientos/Nivel de Practica

VIII. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR
Edad	Número de años de la adolescente desde el nacimiento al momento de la entrevista	10 – 14 15 -19
Religión	Conjunto de creencias y dogmas acerca de la divinidad	Católica Evangélica Testigo de Jehová
Estado civil	Condición social de la adolescente al momento del estudio, reconocida por la ley	Casada Soltera Unión estable
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por la adolescente hasta el momento de la entrevista	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa
Ocupación	Desempeño laboral de la adolescente dentro de la sociedad	Ama de casa Estudiante Trabajo
Procedencia	Área geográfica en la que reside la adolescente	Área geográfica en la que reside la adolescente
Número de personas que habitan en la casa	Se refiere a la cantidad de personas que habitan en el domicilio de la adolescente al momento del estudio	Menos de 4 habitantes 5 habitantes Mayor de 6 Habitantes

Familiares con quien vive en este momento	Se refiere al familiar específico con el que habita actualmente la adolescente	Padre Madre Abuelos Esposo/ Compañero
En promedio cuánto es el ingreso mensual de la familia	Valor aproximado de ingresos totales por personas que trabajan en el núcleo familiar de la adolescente en un mes	NO C\$1,000 –C\$ 2,000 C\$3,000 –C\$ 5,000 >C\$5,000
Edad de la pareja o compañero	Edad representada en años de la pareja actual de la adolescente	12 – 14 años 15 – 19 años >19 años
Menarquía	Edad de la adolescente al momento del primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual	9 – 10 años 11 – 14 años >14 años
Inicio de Vida Sexual Activa (I.V.S.A)	Edad en años de la adolescente al momento de su primera relación sexual	No ha iniciado .11 – 13 años 14 – 16 años 17 – 19 años
VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR
Antecedentes de embarazo adolescente en mujeres cercanas a su entorno	Historia de familiares o personas cercanas que presentaron embarazo en la edad adolescente	Madre Hermana Mejor Amiga Prima
Ha recibido algún tipo de información acerca de educación sexual	Antecedentes de capacitación y/o información sobre educación sexual por parte de la adolescente	SI NO
A través de qué medio	Todos aquellos elementos que facilitaron el conocimiento de la adolescente acerca educación sexual	Charlas educativas Hogar Talleres Televisión Conferencias Radio
En qué lugar recibiste la información	Sitios educativos o informativos en los cuales se facilitó la información.	Hogar Escuela Instituto

		Universidad Clínica de Salud Reproductiva Organismo No Gubernamental (ONG)
Ha usado algún tipo de método anticonceptivo?	Sera el antecedente del uso de algún tipo de anticonceptivo por la adolescente	SI NO
Tipo de método anticonceptivo utilizado	Se refiere al tipo de método anticonceptivo específico utilizado por la adolescente	Anticonceptivos orales Inyectables Dispositivos intrauterinos (DIU) Condones Métodos naturales Esterilización quirúrgica
Por cuánto tiempo utilizo el método anticonceptivo	Sera el tiempo indicado en meses de uso del método anticonceptivo.	Menos de 1 mes 1mes 1-6 meses 7 – 12 meses >12 meses

IX. RESULTADOS

En el **cuadro Nº 1** en relación a los grupos etario 94 (43,3% adolescentes) de las encuestadas están dentro del rango de los 10 – 14 años, 123 (56,7% adolescentes) de las encuestadas están en el rango de los 15 – 19 años.

En el **cuadro Nº 2** en relación a la procedencia el 79 (36,4% adolescentes) de las encuestadas son del aérea urbana y 138 (63,6% adolescentes) de las encuestadas pertenecen al aérea rural.

Dentro del **cuadro Nº 3** la escolaridad de las adolescentes el 17 (7,8% adolescentes) de las encuestadas son analfabetas y 56 (25,8% adolescentes) de las encuestadas no terminaron la primaria, 73 (33,6% adolescentes) de las encuestadas si terminaron la primaria, 45 (20,7% adolescentes) de las encuestadas no terminaron la secundaria y 26 (12,0% adolescentes) de las encuestadas si terminaron la educación secundaria.

En el **cuadro Nº 4** en relación a la religión que profesan las adolescentes, 132 (60,8% de las adolescentes) de las encuestadas son católicas, 74 (34,1% adolescentes) de las encuestadas son evangélicas, 11 (5,1% adolescentes) de las encuestadas profesan la religión testigo de Jehová.

En relación al estado civil en el **cuadro Nº 5**, 103 (47,5% adolescentes) de las encuestadas están solteras, 41 (18,9% adolescentes) de las encuestadas están casadas, 73 (33,6% adolescentes) de las encuestadas están acompañadas.

En el **cuadro Nº 6** dentro de la ocupación actual de las adolescentes, 93 (42,9% adolescentes) de las encuestadas son amas de casa, 80 (36,9% adolescentes) de las encuestadas son estudiantes y 44 (20,3% adolescentes) de las encuestadas son trabajadoras.

En relación al **cuadro Nº 7** del ingreso familiar mensual el 120 (55,3% adolescentes) de las encuestadas su ingreso está entre C\$ 1000 – C\$ 2000, 63 (29,0% adolescentes) de las encuestadas su ingreso ésta entre C\$ 3000 – C\$ 5000, y 34 (15,7% adolescentes) de las encuestadas su ingreso mensual es mayor a C\$ 5000.

En el **cuadro Nº 8** en relación con quien viven las adolescentes, 81(37,3% adolescentes) de las encuestadas viven con su Madre, 0(0% adolescentes) de las encuestadas viven con el Padre, 16 (7,4% adolescentes) de las encuestadas viven con los abuelos, 6 (2,8% adolescentes) de las encuestadas viven con tíos,

y 114 (52,5% adolescentes) de las encuestadas viven con su esposo o compañero.

Dentro del **cuadro N° 9** de las personas que viven con las adolescentes, 27 (12,4% adolescentes) de las encuestadas viven menos de 4 personas, 61 (28,1% adolescentes) de las encuestadas viven 5 personas, 129 (54,9% adolescentes) de las encuestadas viven más de 6 personas.

En el **cuadro N° 10** en relación a los conocimientos de los métodos anticonceptivos, 71 (32,7% adolescentes) de las encuestadas han recibido algún tipo de educación sexual, 105 (48,4% adolescentes) de las encuestadas no han recibido, 41 (18,9% adolescentes) de las encuestadas no sabían que responder. 63 (29,0% adolescentes) de las encuestadas han recibido información sobre los métodos anticonceptivos, 99 (45,6% adolescentes) de las encuestadas no han recibido información, 55 (25,3% adolescentes) de las encuestadas no sabían que responder. 97 (44,7% adolescentes) de las encuestadas saben que el condón y las pastillas son métodos anticonceptivos, 93 (42,9% adolescentes) de las encuestadas no sabían que eran métodos anticonceptivos, 27 (12,4% adolescentes) de las encuestadas no sabían que responder. 91 (41,9% adolescentes) de las encuestadas refieren que la (PPMS) pastilla para la mañana siguiente es un método anticonceptivo, 74 (34,1% adolescentes) de las encuestadas refieren que la (PPMS) no es un método anticonceptivo, 52 (24,0% adolescentes) de las encuestadas no sabían que responder.

Dentro del **cuadro N° 11** en relación de donde obtuvieron la información el 116 (53,5% adolescentes) de las encuestadas recibieron la información de la radio y televisión, 15 (6,9% adolescentes) de las encuestadas la recibieron en el colegio, 86 (39,6% adolescentes) de las encuestadas la recibieron en Hospital o Centro de salud, 0 (0% adolescentes) de las encuestadas la recibieron en pro familia.

En el **cuadro N° 12** en relación a quien les dio la información, 68 (31,3% adolescentes) de las encuestadas la información se las dio un amigo, 15 (6,9% adolescentes) de las encuestadas se las dio maestros, 54 (24,9% adolescentes) de las encuestadas se las dio el médico, 4 (1,8% adolescentes) de las encuestadas se las dio sus padres, 8 (3,7% adolescentes) de las encuestadas se las dio el brigadista de salud, 39 (18,0% adolescentes) de las encuestadas se las dieron otros (primos, tíos, abuelos), 29 (13,4% adolescentes) de las encuestadas se las dio la enfermera.

En el **cuadro N° 13** en relación a los conocimientos generales, 55 (25,3% adolescentes) de las encuestadas refirieron que la adolescente cuando le viene su primera menstruación y tiene relaciones puede quedar embarazada, 104

(47,9% adolescentes) de las encuestadas refieren que no quedan embarazadas, 58 (26,7% adolescentes) de las encuestadas no sabían que responder, 35 (16,1% adolescentes) de las encuestadas refirieron que una mujer puede salir embarazada antes que tenga su primera menstruación, 129 (59,4% adolescentes) de las encuestadas dijeron que no, 53 (24,4% adolescentes) de las encuestadas no sabían que responder. 75 (34,6% adolescentes) de las encuestadas respondieron que una adolescente puede quedar embarazada con una sola relación sexual sin protección, 81 (37,3% adolescentes) de las encuestadas respondieron que no queda embarazada, 61 (28,1% adolescentes) de las encuestadas no sabían que responder, 73 (33,6% adolescentes) de las encuestadas respondieron que si la adolescente tiene relaciones durante la menstruación puede quedar embarazada, 96 (44,2% adolescentes) de las encuestadas respondieron que no, 48 (22,1% adolescentes) de las encuestadas no sabían que responder. 54 (24,9% adolescentes) de las encuestadas respondieron que es mayor la probabilidad de quedar embarazada si tienen relaciones 14 días después de iniciada su menstruación, 81 (37,3% adolescentes) de las encuestadas respondieron que no, 82 (37,8% adolescentes) de las encuestadas no sabían que responder, 63 (29,0% adolescentes) de las encuestadas respondieron qué si conocen métodos de planificación para evitar un embarazo no deseado, 99 (45,6% adolescentes) de las encuestadas respondieron que no, 55 (25,3% adolescentes) de las encuestadas no sabían que responder, 76 (35,0% adolescentes) de las encuestadas respondieron que si es adecuado que los adolescentes utilicen métodos anticonceptivos en sus relaciones para evitar un embarazo no deseado, 85 (39,2% adolescentes) de las encuestadas respondieron que no, 56 (25,8% adolescentes) de las encuestadas no sabían que responder.

Dentro del **cuadro N° 14** En relación de las actitudes de las adolescentes, 77 (35,7% adolescentes) de las encuestadas respondieron que es necesario el uso de anticonceptivos en las relaciones para evitar un embarazo no deseado, 86 (39,6% adolescentes) de las encuestadas estaban en duda, 54 (24,9% adolescentes) de las encuestadas estaban en desacuerdo, 185 (85,3% adolescentes) de las encuestadas respondieron que toda mujer embarazada independientemente que este sana o no debe acudir al centro de salud para controlar su embarazo, 2 (10,6% adolescentes) de las encuestadas estaban en duda, 9 (4,1% adolescentes) de las encuestadas estaban en desacuerdo, 98 (45,2% adolescentes) de las encuestadas respondieron que el condón disminuye las probabilidades de quedar embarazadas, 72 (32,2% adolescentes) de las encuestadas estaban en duda, 47 (21,7% adolescentes) de las encuestadas estaban en desacuerdo, 64 (29,5% adolescentes) de las encuestadas respondieron qué el embarazo es responsabilidad de la mujer y no del hombre, 49 (22,6% adolescentes) de las encuestadas estaban en duda,

104 (47,9% adolescentes) de las encuestadas estaban en desacuerdo, 96 (44,2% adolescentes) de las encuestadas respondieron que estaban de acuerdo que tener relaciones sexuales y acabar por fuera no es un buen método para evitar un embarazo no deseado, 64 (29,5% adolescentes) de las encuestadas estaban en duda, 57 (26,3% adolescentes) de las encuestadas estaban en desacuerdo.

El 72 (33,2% adolescentes) de las encuestadas estaban de acuerdo que los métodos anticonceptivos no perjudican su salud, 62 (28,6% adolescentes) de las encuestadas estaba en duda, 83 (38,2% adolescentes) de las encuestadas estaban en desacuerdo, 94 (43,3% adolescentes) de las encuestadas están de acuerdo que la mayoría de las mujeres embarazadas no tienen el apoyo de su pareja por ser jóvenes, 60 (27,6% adolescentes) de las encuestadas estaban en dudas, 63 (29,0% adolescentes) de las encuestadas estaban en desacuerdo, 108 (49,8% adolescentes) de las encuestadas están de acuerdo que los adolescentes no están preparados ni psicológicamente, ni económicamente para asumir un embarazo, 65 (30,0% adolescentes) de las encuestadas están en duda, 44 (20,3% adolescentes) de las encuestadas están en desacuerdo, 113 (52,1% adolescentes) de las encuestadas están de acuerdo que el embarazo en los adolescentes afecta sus estudios y sus metas, 57 (26,3% adolescentes) de las encuestadas están en duda, 47 (21,7% adolescentes) de las encuestadas están en desacuerdo.

En el **cuadro N° 15** en relación a las actitudes ante las relaciones sexuales de riesgo, 100 (46,1% adolescentes) de las encuestadas están de acuerdo que tienen una suficiente información para evitar el embarazo no deseado, 24 (11,1% adolescentes) de las encuestadas están en duda, 93 (42,9% adolescentes) de las encuestadas están en desacuerdo, 92 (42,4% adolescentes) de las encuestadas están de acuerdo que es fácil obtener métodos para evitar un embarazo no deseado, 39 (18,0% adolescentes) de las encuestadas están en duda, 86 (39,6% adolescentes) de las encuestadas están en desacuerdo, 74 (34,1% adolescentes) de las encuestadas están de acuerdo que en las relaciones casuales hay que utilizar métodos anticonceptivos, 60 (27,6% adolescentes) de las encuestadas están en duda, 83 (38,2% adolescentes) de las encuestadas están en desacuerdo, 62 (28,6% adolescentes) de las encuestadas están de acuerdo que el uso de métodos anticonceptivos es responsabilidad de la pareja, 58 (26,7% adolescentes) de las encuestadas están en duda, 97 (44,7% adolescentes) de las encuestadas están en desacuerdo.

El 138 (63,6% adolescentes) de las encuestadas están de acuerdo que para el hombre es penoso buscar los métodos anticonceptivos, 61 (28,1% adolescentes) de las encuestadas están en duda, 18 (8,3% adolescentes) de las encuestadas están en desacuerdo, 163 (75,1% adolescentes) de las

encuestadas están de acuerdo que los hombres no piensan en la posibilidad de un embarazo en el momento de las relaciones sexuales, 39 (18,0% adolescentes) de las encuestadas están en duda, 15 (6,9% adolescentes) de las encuestadas están en desacuerdo, 98 (45,2% adolescentes) de las encuestadas están de acuerdo que antes de tener relaciones sexuales deben unirse en matrimonio, 24 (11,1% adolescentes) de las encuestadas están en duda, 95 (43,8% adolescentes) de las encuestadas están en desacuerdo, 93 (42,9% adolescentes) de las encuestadas están de acuerdo que para tener hijos es necesario haber alcanzado un buen nivel educativo, 35 (16,1% adolescentes) de las encuestadas están en duda, 89 (41,0% adolescentes) de las encuestadas están en desacuerdo, 109 (50,2% adolescentes) de las encuestadas están de acuerdo que para tener hijos es necesario ser económicamente independiente, 26 (12,0% adolescentes) encuestadas están en duda, 82 (37,8% adolescentes) de las encuestadas están en desacuerdo.

Dentro del **cuadro N° 16** en relación a las prácticas de las adolescentes sobre el inicio de su vida sexual, 75 (34,6% adolescentes) de las encuestadas no ha iniciado su vida sexual, 11 (5,1% adolescentes) de las encuestadas iniciaron su vida sexual entre los 11 – 13 años, 86 (39,6% adolescentes) de las encuestadas iniciaron su vida sexual entre los 14 – 16 años, 45 (20,7% adolescentes) de las encuestadas iniciaron su vida sexual entre los 17 – 19 años.

En el **cuadro N° 17** en relación al tipo de método anticonceptivo que utilizan las adolescentes, 82 (25,2% adolescentes) de las encuestadas utilizan el condón, 83(25,5% adolescentes) de las encuestadas utilizan la (PPMS) pastilla para la mañana siguiente, 74 (22,7% adolescentes) de las encuestadas utilizan las pastillas como método anticonceptivo, 84,(25,8% adolescentes) de las encuestadas utilizan las inyecciones como método, 0 (0,0% adolescentes) de las encuestadas utilizan el dispositivo intrauterino (DIU) como método, 3 (0,9% adolescentes) de las encuestadas utilizan el método natural como método de planificación, 0 (0% adolescentes) de las encuestadas utilizan la esterilización quirúrgica como método anticonceptivo.

En el **cuadro N° 18** en relación al tiempo de uso de los métodos anticonceptivos por las adolescentes, 36 (25,4% adolescentes) de las encuestadas tienen menos de 1 mes de utilizar los métodos, 47 (33,1% adolescentes) de las encuestadas tienen 1 mes de utilizar los métodos, 32 (22,5% adolescentes) de las encuestadas tienen 2 – 6 meses de utilizarlo, 18 (12,7% adolescentes) de las encuestadas tienen 7 – 12 meses de utilizarlo, 9 (6,3% adolescentes) de las encuestadas tienen mayor de 12 meses de utilizarlo.

En el **cuadro N° 19**, en relación de la edad de la menarquía de las adolescentes, en el rango de 10 – 12 años, 102 (47,0% adolescentes) de las

encuestadas tuvieron su primera menarquía a esa edad, en el rango de 13 – 15 años, 75 (34,6% adolescentes) de las encuestadas tuvieron su primera menarquía a esa edad, y en el rango de 16 – 19 años, 40 (18,4% adolescentes) de las encuestadas tuvieron a esa edad su primera menarquía. En relación al número de compañeros sexual el 83% solo han tenido 1 pareja y el 17 % más de 1, y la mayoría de la edad de las parejas eran mayor de 30 años.

En el **cuadro Nº 20**, en relación a si hay antecedentes de Embarazo en Adolescentes, en la familia de las Adolescentes el 143 (65,9% adolescentes) de las encuestadas respondieron que si, y el 74 (34,1% adolescentes) de las encuestadas respondieron que no tienen antecedentes.

En el **cuadro Nº 21** en relación a los conocimientos sobre embarazo en adolescentes, 89 (41,0% adolescentes) de las encuestadas tienen un conocimiento bueno, 56 (25,8% adolescentes) de las encuestadas tienen un conocimiento regular, 72 (33,2% adolescentes) de las encuestadas tiene un conocimiento malo.

En el **cuadro Nº 22** en relación a la actitud ante el embarazo adolescente, 121 (55,8% adolescentes) de las encuestadas es favorable y 96 (44,2% adolescentes) de las encuestadas es desfavorable

En el **cuadro Nº 23** en relación al nivel de prácticas de las adolescentes, 62 (28,6% adolescentes) de las encuestadas tienen una buena práctica, 47 (21,7% adolescentes) de las encuestadas tienen una práctica regular, 108 (49,8% adolescentes) de las encuestadas tienen una mala práctica.

En el **cuadro Nº 24** en el entrecruzamiento de las variables acerca de la Edad versus Conocimiento, 56 (59,6% adolescentes) de las encuestadas entre los 10 – 14 años tienen un conocimiento bueno, 24 (25,5% adolescentes) de las encuestadas tienen un conocimiento regular, 14 (14,9% adolescentes) de las encuestadas tienen un conocimiento malo. Y en el rango de 15 – 19 años 33 (26,8% adolescentes) de las encuestadas tienen un conocimiento bueno, 32 (26,0% adolescentes) de las encuestadas tienen un conocimiento regular, 58 (47,2% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento.

En el **cuadro Nº 25**. Nivel de escolaridad versus conocimientos, las Analfabetas en, 2 (11,8% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 1 (5,9% adolescentes) de las encuestadas tienen un regular conocimiento, 14 (82,3% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento. Las que tienen una primaria incompleta, 14 (25,0% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 21 (37,5% adolescentes) de las encuestadas tienen un regular conocimiento, 21 (37,5% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento, Las que tienen su primaria completa,

30 (41,1% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 18 (24,7% adolescentes) de las encuestadas tienen un regular conocimiento, 25 (54,2% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento, Las que tienen su secundaria incompleta, 26 (57,8% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 12 (26,7% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 7 (15,5% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento, con respecto a las que terminaron su secundaria, 17 (65,4% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 4 (15,4% adolescentes) de las encuestadas tienen un regular conocimiento, 5 (19,2% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento.

En el **cuadro Nº 26** con respecto a la procedencia versus los conocimientos, los de procedencia Urbana, 31 (39,2% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 26 (33,0% adolescentes) de las encuestadas tienen un regular conocimiento, 22 (27,8% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento, con respecto a los de procedencia rural, 31 (22,5% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 21 (15,2% adolescentes) de las encuestadas tienen un regular conocimiento, 86 (62,3% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento.

En el **cuadro Nº 27**, Religión versus conocimientos, Las de Religión Católica, 63 (47,7% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 20 (15,2% adolescentes) de las encuestadas tienen un regular conocimiento, 49 (37,1% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento, Con las que profesan la Religión Evangélica, 21 (28,4% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 33 (44,6% adolescentes) de las encuestadas tienen un regular conocimiento, 20 (27,0% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento, con las que profesan la Religión de Testigo de Jehová, 5 (45,4% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 3 (27,3% adolescentes) de las encuestadas tienen un regular conocimiento, 3(27,3% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento.

En el **cuadro Nº 28**, con respecto al Estado Civil versus los Conocimientos, las que están Casadas, 23 (56,1% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 14 (34,1% adolescentes) de las encuestadas tienen un regular conocimiento, 4 (9,8% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento, Las que se encuentran Solteras, 26 (25,2% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 31 (30,1% adolescentes) de las encuestadas tienen un regular conocimiento, 46 (44,7% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento, Las que solo están en unión de hecho (acompañadas) con su pareja, 40,(54,8%adoldecentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 11 (15,1% adolescentes) de las

encuestadas tienen un regular conocimiento, 22 (30,1% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento.

En el **cuadro Nº 29**, en relación de la Ocupación versus los Conocimientos, Las Amas de Casa, 24 (25,8% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 36 (38,7% adolescentes) de las encuestadas tienen un regular conocimiento, 33 (35,5% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento, En relación a las Estudiantes, 52 (65,0% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 2 (2,5% adolescentes) tienen un regular conocimiento, 26 (32,5% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento, Con respecto a las que trabajan, 13 (29,5% adolescentes) de las encuestadas tienen un buen conocimiento, 18 (41,0% adolescentes) de las encuestadas tienen un regular conocimiento, 13 (29,5% adolescentes) de las encuestadas tienen un mal conocimiento.

En el **cuadro Nº 30**, en relación al ingreso familiar mensual versus la Actitud, los tienen un ingreso promedio mensual de C\$ 1000 – C\$ 2000, 78 (65,0% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud favorable, 42 (35,0% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud desfavorable, Los que tienen ingreso C\$ 3000 – C\$ 5000, 41 (65,1% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud favorable, 22 (34,9% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud desfavorable, Los que tienen ingreso mayor de C\$ 5000, 2 (5,9% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud favorable, 32 (94,1% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud desfavorable.

En el **cuadro Nº 31**, en relación con quien viven versus la Actitud, el 0 (0,0% adolescentes) de las encuestadas viven con su padre, Las que viven con la madre, 42 (51,9% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud favorable, 39 (48,1% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud desfavorable, Las que viven con sus abuelos, 2 (12,5% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud favorable, 14 (87,5% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud desfavorable, Las que viven con tíos, 3 (25,0% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud favorable, 3 (50,0% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud desfavorable, Las que viven con su esposo o compañero, 74 (64,9% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud favorable, 40 (35,1% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud desfavorable.

En el **cuadro Nº 32**, en relación a la Edad versus la Actitud, en el rango de los 10 – 14 años, 24 (25,5% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud favorable, 70 (74,5% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud desfavorable, y en el rango de los 15 – 19 años, 97 (78,9% adolescentes) de las

encuestadas tienen una actitud favorable, 26 (21,1% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud desfavorable.

En el **cuadro Nº 33**, en relación del Nivel de Escolaridad versus el Nivel de Practica, Las analfabetas, 1 (5,9% adolescentes) de las encuestadas tienen una buena práctica, 4 (23,5% adolescentes) de las encuestadas tienen una regular practica, 12 (70,6% adolescentes) de las encuestadas tienen una mala práctica, Las que tienen una primaria incompleta, 9 (16,1% adolescentes) de las encuestadas tienen una buena práctica, 9 (16,1% adolescentes) de las encuestadas tienen una regular practica, 38 (67,8% adolescentes) de las encuestadas tienen una mala práctica, Las que tienen su primaria completa, 23 (31,5% adolescentes) de las encuestadas tienen una buena práctica, 20 (27,4% adolescentes) de las encuestadas tienen una regular practica, 30 (41,1% adolescentes) de las encuestadas tienen una mala práctica, Las que tienen una secundaria incompleta, 17 (37,8% adolescentes) de las encuestadas tienen una buena práctica, 7 (15,5% adolescentes) de las encuestadas tienen una regular practica, 21 (46,7% adolescentes) de las encuestadas tienen una mala práctica, Las que terminaron su secundaria, 12 (46,2% adolescentes) de las encuestadas tienen una buena práctica, 7 (26,9% adolescentes) de las encuestadas tienen una regular practica, 7 (26,9% adolescentes) de las encuestadas tienen una mala practica.

En el **cuadro Nº 34**, en relación a la Edad versus el Nivel de Practica, en el rango de 10 – 14 años, 35 (37,2% adolescentes) de las encuestadas tienen una buena práctica, 42 (44,7% adolescentes) de las encuestadas tienen una regular practica, 17 (18,1% adolescentes) de las encuestadas tienen una mala práctica, con respecto a las de 15 – 19 años, 27 (21,9% adolescentes) de las encuestadas tienen una práctica buena, 5 (4,1% adolescentes) de las encuestadas tienen una práctica regular, 91 (74,0% adolescentes) de las encuestadas tienen una mala práctica.

En el **cuadro Nº 35**, en relación a la Religión versus Nivel de Practica, las que profesan la religión católica, 23 (17,4% adolescentes) de las encuestadas tienen una buena práctica, 22 (16,7% adolescentes) de las encuestadas tienen una práctica regular, 87 (65,9% adolescentes) de las encuestadas tienen una mala práctica, las de religión evangélica, 35 (47,3% adolescentes) de las encuestadas tienen una buena práctica, 21 (28,4% adolescentes) de las encuestadas tienen una regular practica, 18 (24,3% adolescentes) de las encuestadas tienen una mala práctica, las que profesan la religión de testigo de Jehová, 4 (36,4% adolescentes) de las encuestadas tienen una buena práctica, 4 (36,4% adolescentes) de las encuestadas tienen una regular practica, 3 (27,2% adolescentes) de las encuestadas tienen una mala práctica.

En el **cuadro N° 36**, con relación al Conocimiento versus la Actitud, las que tenían un buen conocimiento, 63 (70,8% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud favorable, 26 (29,2% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud desfavorable, de las que tienen un regular conocimiento, 32 (57,1% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud favorable, 24 (42,9% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud desfavorable, las que tienen un mal conocimiento, 26 (36,1% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud favorable, 46 (63,9% adolescentes) de las encuestadas tienen una actitud desfavorable.

En el **cuadro N° 37**, en relación al Conocimiento versus el Nivel de Practica, las que tienen un buen conocimiento, 21 (23,6% adolescentes) de las encuestadas tienen una buena práctica, 19 (21,3% adolescentes) de las encuestadas tienen una regular practica, 49 (55,1% adolescentes) de las encuestadas tienen una mala práctica, las que tuvieron conocimiento regular, 19 (33,9% adolescentes) de las encuestadas tienen una buena práctica, 16 (28,6% adolescentes) de las encuestadas tienen una regular práctica, 21 (37,5% adolescentes) de las encuestadas tienen una mala práctica, las que tuvieron un mal conocimiento, 22 (30,5% adolescentes) de las encuestadas tienen una buena práctica, 12 (16,7% adolescentes) de las encuestadas tienen una regular practica, 38 (52,8% adolescentes) de las encuestadas tienen una mala práctica.

X. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Al analizar la mayor frecuencia por grupo de edad la distribución de los adolescentes prevalecieron los adolescentes de 15 a 19 años, diversos estudios realizados en grupos de Adolescentes en varias regiones de Nicaragua, han revelado un comportamiento similar, la mujer en Nicaragua juega un rol muy importante en la familia y sobre ella recae la mayor responsabilidad en la seguridad de la familia, debemos recordar que esto es una constante en relación a la población general, como lo demuestran los diferentes censos poblacionales realizados en el País.

La religión católica sigue prevaleciendo en el grupo de jóvenes adolescentes, probablemente desarrollado por el efecto tradicional de los valores y de la cultura misma de la familia nicaragüense, lo que de alguna manera se manifiesta en la forma educacional implementada por los padres

Un factor muy importante lo representó el nivel de escolaridad de las Adolescentes sujetas de estudio, ya que aunque la zona donde se realizó la investigación tiene características rurales (83%) sabían leer y escribir, e inclusive en más del 30% de las adolescentes se ubicaban en estudios secundarios.

Estos datos fueron muy importantes para establecer el hecho que en general la mayoría de las jóvenes Adolescentes del estudio tenían un conocimiento bueno (66.8%).

Estos datos juegan una gran importancia al momento de evaluar el Conocimiento acerca del uso y manejo de los métodos anticonceptivos, además asociado al hecho de que el grupo de estudio indicaron haber recibido

algún tipo de información sobre los Métodos Anticonceptivos, Y en su mayoría de refirieron haberlo obtenido de diversas fuentes de manera simultánea.

Actualmente los adolescentes tienen de forma directa o indirecta el acceso a un gran abanico de Medios de Información, para obtener información sobre Salud Sexual y Reproductiva, y más aun acerca del uso de Métodos Anticonceptivos, esto puede deberse a que en los últimos años ha habido un aumento en el suministro de información por parte del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y ONG; aunque por parte del ámbito familiar se ha mantenido hasta este momento un distanciamiento condicionado sobre todo por los mitos, tabúes y prejuicios que dominan la cultura nicaragüense. Esto de alguna manera juega un importante rol al momento de establecer las principales fortalezas acerca del conocimiento de la Sexualidad Adolescente.

El 55.8% de las Adolescentes tuvieron una Actitud Favorable, datos revisados en estudios científicos tanto en el país, como en otros países de Centroamérica han reflejado comportamientos similares, estableciéndose una relación directa, con el nivel de los conocimientos obtenidos por parte de las jóvenes del estudio a través de los diferentes medios de información a los cuales tienen acceso, además de que en los últimos años ha sido una prioridad de parte de múltiples organizaciones el fortalecimiento de la salud en los Adolescentes, creándose para ello programas específicos para su organización, aplicación y seguimiento de los mismos.

Un dato importante es el hecho que nuestras Adolescentes tienen su Menarquía en edades cada vez menores, y esto se repite constantemente en los países pobres. Los datos del presente estudio indican que el 47% de las jóvenes tuvieron su Menarquía entre los 10 - 12 años.

Al evaluar el Inicio de vida sexual activa en el grupo se indica que en su mayoría a la edad de 16 años un total de 40% ya ha tenido relaciones sexuales.

Qué nos indica esto? que el período entre el inicio de la capacidad de fertilidad de la mujer y el hecho de su inicio en la sexualidad ocurre dentro de un periodo entre los 14 y 16 años. Recordemos que culturalmente nuestros países consideran una “forma Normal” de Relación la que se establece entre hombres que rondan los 50 años y niñas que todavía juegan en la seguridad de su familia.

La falta de una Educación Sexual objetiva y el efecto de la presión social por ser reconocidas lleva a las jóvenes a la toma de decisiones equivocadas. Los datos obtenidos indican que fue una constante el hecho de una mala práctica, teniendo como base principal una falta de orientación, y una educación sexual con una base deficiente.

Las actividades que demuestran una mala práctica fueron identificadas en la mitad del grupo de estudio. Esto nos debe llamar a la reflexión por el hecho de que de alguna manera la participación familiar juega un importante rol en el proceso de la educación sexual del adolescente y que no debe ser solamente un fenómeno pasivo, sino que se debe de hacer un seguimiento estrecho para evitar más complicaciones en la vida de los adolescentes.

Desde el punto de vista psicológico la fase adolescente se caracteriza por ser un fenómeno antagonista a las normas, provocando constantes roces y choques con las imágenes de control como son los padres, los maestros etc. El efecto de oponerse a las reglas logran en la adolescente la sensación de dominio y control de su vida, ya que el efecto de los múltiples cambios en su vida de una forma tan rápida le provoca grados de diferente magnitud de inestabilidad.

También es importante resaltar la pobre participación que tiene la familia sobre la educación sexual en estos adolescentes, donde debería ser la fuente inicial

sobre el conocimiento de este tema tan importante en la adolescencia permitiendo que los hijos pregunten sin ningún temor a ser juzgados o crezcan con la información incorrecta que los lleve a las consecuencias de la falta de una vida saludable.

Durante la evaluación del Tipo de Métodos Anticonceptivos utilizados por los adolescentes, fue llamativo que NO existía una preferencia llamativa sobre un método en especial, ya que debemos recordar que los jóvenes se encuentran dentro de un proceso de aprendizaje y prueban con diversos métodos anticonceptivos por el temor a salir embarazada y la falta de manejo de la información de manera objetiva parte del ámbito familiar se ha mantenido hasta este momento un distanciamiento condicionado sobre todo por los mitos, tabúes y prejuicios que dominan la cultura nicaragüense.

Los adolescentes deben mejorar la conciencia de la importancia acerca del uso de los métodos anticonceptivos para el mantenimiento de una salud sexual y reproductiva óptima, en donde el núcleo familiar adquiere un rol importante.

Otra información importante obtenida es que la mayoría de los adolescentes utilizaban métodos anticonceptivos combinados, aquí pudo ser influencia de varios factores por un lado el hecho de mantener la privacidad de la información hacia la familia, el otro factor puede deberse a un conocimiento deficiente sobre los mecanismos de acción de los métodos anticonceptivos, y otro el efecto del miedo o temor a que solo utilizando un método único el riesgo de embarazo NO deseado se incrementaba.

Un aspecto muy importante es que el tiempo de uso de métodos anticonceptivos en su mayoría (33.1%) lo estaban utilizando con menos de un mes de uso.

El Salvador, Costa Rica, México han reportado específicamente datos parecidos donde los adolescentes de estos países no tienen una práctica

adecuada de los métodos anticonceptivos. Y que además la asistencia a la unidad de salud para adquirirlos fue deficiente.

La importancia de señalar estas deficiencias es para impulsar tareas que faciliten a los jóvenes a tener herramientas solidas que les ayuden en la toma de decisiones consensuadas y objetivas de forma responsable acerca del uso y manejo de los métodos anticonceptivos.

En relación a la edad y el nivel de conocimiento el comportamiento las jóvenes adolescentes de 10 a 14 años tuvieron el mejor comportamiento del nivel de conocimiento con el 59,6% de conocimiento bueno. Esto pudo haber sido determinado porque actualmente desde etapas tempranas los adolescentes optan por la información sobre métodos anticonceptivos y por el fenómeno de globalización directamente influenciado por las redes sociales que los adolescentes frecuentemente visitan.

En general las adolescentes del estudio tuvieron una mala práctica, cerca de la mitad de la población del estudio presentaron una práctica mala, por otra parte, el resto de las jóvenes se ubicaron alrededor de un 21,7% de los casos con una práctica regular es llamativo el hecho observado de que aunque el conocimientos de las adolescentes era bueno prevaleció una mala práctica, este comportamiento prevaleció de manera constante independientemente del nivel de conocimiento.

Recordemos que durante la Adolescencia los jóvenes actúan de manera irresponsable por el simple hecho de considerarse superiores, que los hace actuar de forma irresponsable al momento de desarrollar una salud sexual y reproductiva. Además que durante esta etapa de desarrollo humano por su propia naturaleza los jóvenes presentan una actitud retadora ante el sistema social que los rodea.

Al analizar el nivel de escolaridad con las prácticas de las adolescentes fue llamativo observar que conforme el nivel de escolaridad era menor la mala práctica de las jóvenes era mucho mayor. Cuando el nivel de enseñanza se ubicaba en niveles superiores académicos el comportamiento de la mala práctica disminuyó lo que nos indica que existió una relación directa entre el nivel de escolaridad presente a las adolescentes con respecto a la aparición de una mala práctica.

Durante la evaluación de la Religión se pudo establecer que en general el tipo de religión que profesan no tienen mayor influencia tanto en el nivel de conocimiento como en el nivel de práctica en la muestra observada ya que estas variables se mantuvieron de forma constante en cada uno de los grupos de estudios revisados, La constitución de la república establece que el estado debe ser laico, pero las religiones católicas y evangélicas han existido en el país pero la prevalencia de embarazo adolescente reportadas por los diferentes sílasis no ha sufrido ninguna disminución, lo que indica que la religión no influye en el comportamiento sexual de las adolescentes del país.

A nivel general en el país el nivel de pobreza ha sido un factor importante para condicionar el embarazo en adolescentes, ya que la pobreza está estrechamente relacionada con el hacinamiento en los hogares, y las Adolescentes ven el embarazo como una salida de esa vida.

XI. CONCLUSIONES

- Las principales características socio demográficas de las Adolescentes Entrevistadas fueron: la mayor parte eran de 15-19 años, católicas, en su mayor parte acompañadas con su pareja. Habían alcanzado el nivel educativo de Primaria, siendo Ama de Casa y de procedencia rural.
- La Mayoría vivían con su Compañero de vida. En su mayor las jóvenes Adolescentes (65.9%) señalaron tener antecedentes de Embarazo Adolescente en la familia.
- En la mayoría de las familias había un salario total promedio de C\$ 1,000.00. a C\$ 2,000.00 córdobas. Y en su mayoría la casa de habitación de la Adolescente vivían más de 6 personas.
- La mayoría de las Jóvenes tuvieron su Menarquía entre los 10-12 años, con un 47%, el Inicio de Vida Sexual predominó entre los 14-16 años, con un 39.6%, con un compañero sexual. La mayoría (68.3%), NO había recibido información de Educación Sexual.
- El método Anticonceptivo más utilizado fueron los condones (25%) y los anticonceptivos orales (22%). La mayoría de los Adolescentes tenían un tiempo de uso de 1 mes o menos del mes de utilizar los métodos anticonceptivos.
- Las principales fuentes de información de las jóvenes adolescentes fueron la radio y la televisión con un 53.5%, siendo los principales informantes los amigos (31.3%) y el personal de salud (42%)
- El nivel de Conocimiento fue Bueno en el 41% de las Adolescentes
- El Nivel de Actitud fue favorable en el 55.8% de las jóvenes entrevistadas
- El Nivel de Práctica fue mala en su mayoría (49.8%) de los casos.

XII. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de salud:

- Facilitar el acceso a material informativo acerca del Embarazo Adolescente y otros temas de sexualidad para que los jóvenes tengan un conocimiento veraz y objetivo que permita erradicar ciertos mitos o creencias en cuanto a las temáticas relacionadas a la Salud Sexual y Reproductiva de los y las Adolescentes.
- Realizar esfuerzos a través de las autoridades Sanitarias, para establecer alianzas directas con las diferentes Instituciones, como el Ministerio de la Familia, Ministerio de Educación, Organizaciones Religiosas, Sociedad Civil, que fortalezcan, planifiquen, diseñen e implementen estrategias que favorezcan la prevención del Embarazo en las Adolescentes.
- Fortalecer las redes comunitarias, lo cual desarrollará un mejor seguimiento acerca del uso responsable de Métodos Anticonceptivos, manteniendo en todo momento un rol de facilitadores, sobre todo en el área rural.
- Mejorar la red de servicios, fortaleciendo actividades para impulsar los programas especializados para la atención de los y las adolescentes, con un enfoque preventivo, sobre todo en zonas de difícil acceso.
- Impulsar jornadas educativas en los diferentes municipios para elevar el nivel de comprensión de las jóvenes y sus familiares en el proceso del desarrollo que implica la fase de la Adolescencia

Al Ministerio de educación:

- Incluir en los planes educativos temas de salud sexual y reproductiva y de prevención del Métodos Anticonceptivos y Embarazo Adolescente
- Capacitar de forma periódica a los maestros para que puedan dar respuestas a las inquietudes y necesidades de los y las adolescentes en general sobre la temática de Salud Sexual y Reproductiva.
- Destinar fondos para aumentar la cantidad de medios didácticos que se utilizaran en campañas, foros, que favorezcan a la comprensión y aprendizaje de los adolescentes.

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Lutte, g. **“Liberar la Adolescencia. La psicología de los jóvenes de hoy”**. Biblioteca de Psicología 168. Cap. 15. (317). Barcelona. Ed. Herder. 2001
2. Flor Tay, Lucie Puell, **“Embarazo en adolescentes”**: Complicaciones obstétricas, pp3.
3. Welti C, Paz L. **“La Fecundidad adolescente en el estado de México”**. México: Consejo Estatal de Población; 2001
4. Díaz Sánchez Vicente. **“El embarazo de las adolescentes en México”**. Director General de Mexfam. Gaceta medica de México Vol. 139 Suplemento 1, Julio – Agosto 2003.
5. López José Israel, Botell Lugones et al. **“Experiencia medica, Aspectos psicosociales del embarazo en la adolescencia”**. Rev. Cubana Med Gen Integr 2005; 21.
6. Soto Martínez O, Franco Bonal A, Silva Valido J, Velásquez Zúñiga, GA. **“Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad”**. Rev. Cubana de Medicina General Integral. Vol. 19 n6 Ciudad de la Habana nov - dic 2003.
7. Nicaragua. **Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA - 2001**. Managua, 2001. Pp.
8. Nicaragua. Ministerio de Salud. **“Situación de la mortalidad Perinatal en Nicaragua 2008”**. Managua: Programa Materno Infantil. 2009.

9. Fernández – Martínez de Alegría, C; Brugos Larumbe, A; Sánchez Cantalejo, E. **“El riesgo de embarazo en la adolescencia. Atención Primaria”**. Vol.9. Núm. 2 (42-54). Febrero 1999.
10. Organización Panamericana de la Salud (OPS). **Fecundidad en la Adolescencia. Causas, Riesgos y Opciones**. Cuaderno Técnico No. 12. Washington D.C. 1992.
11. UNICEF. **Análisis de la Situación de la Mujer y la Niñez**. Managua. 1996.
12. Ulanowicz María Gabriela, Parra Karina Elizabeth et al. **“Riesgos en el Embarazo en Adolescente”**. Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina UNAM – No. 153 – ENERO 2006 Pág. 13 – 17.
13. Organización Panamericana de la Salud (OPS). **“Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas.”** Washington, D.C. 1998 – 2001.
14. Valero, C; Nebot, M; Villalbi, JR.: **“Embarazo en Adolescentes en Barcelona: Distribución, antecedentes y consecuencias”**. Gaceta Sanitaria. Vol. 8. Núm. 43. (155 – 161). Julio - Agosto 1999
15. Richards, M.: **“La Psicología de los Jóvenes de Hoy”**. Biblioteca de Psicología. 196. Cap. 6. (421). Barcelona. Editorial Herder. 2005
16. Palau, M.: **“Embarazo en la adolescencia”**. Atención Primaria. Vol. 9. Núm. 6. (10 – 12). Abril 2002.
17. Molina R., Sandoval J., Luengo X.: **“Salud sexual y reproductiva del adolescente”** – Ruotti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, Cap. 8, 2 Edición, 2006 – EFACIM - EDUNA, Asunción, Paraguay. Pp. 213
18. Menacho Chioko., Luis Pedro: **“Embarazo Adolescente”**. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) Lima – Perú. 2004. Pp.178

19. Galdo Muñoz G.: **“Embarazo en la adolescencia”**. Actualidad medica, 2001; 87: pp 1- 14, Universidad de Granada, España.
20. Cortez Flores, Soledad; Taleno Espinoza Eduardo: **“Características de las Adolescentes Embarazadas en el año de 1994. Barrio Monimbó, Masaya”**. Managua 1997; pp. 110 (Monografía)
21. Calero Calero, Teóculo: **“Embarazo y parto en Gestantes Adolescentes menores de 16 años. Hospital Bertha Calderón Roque. 1994”**. Managua; 1997. Pp. 95 (Monografía)
22. Nicaragua. Ministerio de Salud. **“Estrategias y Lineamientos Básicos para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia.”** Managua: Dirección Primer Nivel de Atención. Atención Integral a la Adolescencia. 2003. Pp 48.

ANEXO

Cuadro N° 1

En el cuadro N° 1 de grupo de edad de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 1)

n=217

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
10-14 años	94	43,3%
15-19 años	123	56,7%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 2

Procedencia de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 2)

n=217

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	79	36,4%
Rural	138	63,6%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 3

Escolaridad de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 3)

n=217

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	17	7,8%
Primaria Incompleta	56	25,8%
Primaria Completa	73	33,6%
Secundaria Incompleta	45	20,7%
Secundaria Completa	26	12,0%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 4

Religión que profesan las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 4)

n=217

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	132	60,8%
Evangélica	74	34,1%
Testigo de Jehová	11	5,1%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 5

Estado civil de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 5)

n=217

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	41	18,9%
Soltera	103	47,5%
Acompañada	73	33,6%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 6

Ocupación de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 6)

n=217

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	93	42,9%
Estudiante	80	36,9%
Trabajadora	44	20,3%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 7

Ingreso mensual en la familia de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 7)

n=217

Promedio de Ingreso Familiar por mes	Frecuencia	Porcentaje
C\$ 1,000 – C\$ 2,000	120	55,3%
C\$ 3,000 – C\$ 5,000	63	29,0%
Mayor de C\$ 5,000	34	15,7%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 8

Con quién viven las adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 8 en anexo)

n=217

Con quién vives en este momento	Frecuencia	Porcentaje
Padre	0	0,0%
Madre	81	37,3%
Abuelos	16	7,4%
Tíos	6	2,8%
Esposo o Compañero	114	52,5%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 9

Cantidad de personas viven en el hogar de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. . (Ver grafico # 9)

n=217

Número de personas que viven contigo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 4 personas	27	12,4%
5 personas	61	28,1%
Mayor de 6 personas	129	59,4%
Total	217	100,0%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 10

Conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos que tienen las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

n=217

Conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos	Si		No		No sabe	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
¿Has recibido algún tipo de información sobre Educación Sexual?	71	32,7%	105	48,4%	41	18,9%
¿Has recibido información sobre los métodos anticonceptivos?	63	29,0%	99	45,6%	55	25,3%
¿El condón, las pastillas son métodos anticonceptivos?	97	44,7%	93	42,9%	27	12,4%
¿La píldora para la mañana siguiente (PPMS) es un método anticonceptivo?	91	41,9%	74	34,1%	52	24,0%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 11

Institución donde obtuvieron los conocimientos las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 11)

n=217

Fuente de información según Institución	Frecuencia	Porcentaje
Radio y televisión	116	53,5%
Colegio	15	6,9%
Hospital o Centro de Salud	86	39,6%
Pro familia	0	0,0%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 12

Personal que les brindo la información, para los conocimientos alas Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 12)

n=217

Fuente de información según Informante	Frecuencia	Porcentaje
Amigos	68	31,3%
Maestros	15	6,9%
Médico	54	24,9%
Padres	4	1,8%
Brigadistas de salud	8	3,7%
Otros	39	18,0%
Enfermera	29	13,4%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 13

Conocimientos sobre embarazo en adolescentes en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

n=217

Conocimientos sobre Conceptos Generales	Si		No		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) ¿La primera regla o menstruación en la Adolescente indica que ya puede quedar Embarazada si tiene relaciones sexuales?	55	25,3%	104	47,9%	58	26,7%
2) ¿Puede una mujer salir embarazada antes de que le baje por primera vez su menstruación (regla)?	35	16,1%	129	59,4%	53	24,4%
3) ¿Puede una Adolescente quedar embarazada con solo una relación sexual sin protección?	75	34,6%	81	37,3%	61	28,1%
4) ¿Durante la menstruación (regla) puede una adolescente quedar embarazada?	73	33,6%	96	44,2%	48	22,1%
5) ¿Es mayor la probabilidad de embarazo en una adolescente, si tiene relaciones sexuales aproximadamente 14 días después de iniciada su regla (ovulación)?	54	24,9%	81	37,3%	82	37,8%
6) ¿Sabes vos que existen métodos de planificación para evitar un embarazo no deseado?	63	29,0%	99	45,6%	55	25,3%
7) ¡Es adecuado que los y las jóvenes de tu edad utilicen métodos anticonceptivos, si deciden tener relaciones sexuales y evitar un embarazo no deseado?	76	35,0%	85	39,2%	56	25,8%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 14

Actitudes que tienen sobre el embarazo en Adolescentes, las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

n=217

Actitud ante el Embarazo Adolescente	A		D		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) En las relaciones sexuales es necesario el uso de Anticonceptivos para evitar un embarazo	77	35,5%	86	39,6%	54	24,9%
2) Toda mujer embarazada independientemente de si está sana o no debe acudir al Puesto de Salud para controlar su embarazo	185	85,3%	23	10,6%	9	4,1%
3) El condón disminuye las probabilidades de quedar embarazada	98	45,2%	72	33,2%	47	21,7%
4) El embarazo es responsabilidad de la mujer y NO del hombre	64	29,5%	49	22,6%	104	47,9%
5) Tener relaciones sexuales y acabar por fuera no es un buen método para evitar un embarazo no deseado	96	44,2%	64	29,5%	57	26,3%
6) Los métodos anticonceptivos no perjudican tu salud	72	33,2%	62	28,6%	83	38,2%
7) La mayoría de las mujeres embarazadas NO tienen el apoyo de su pareja por ser jóvenes	94	43,3%	60	27,6%	63	29,0%
8) Por lo general los y las adolescentes no están preparados psicológicamente, ni económicamente para asumir un embarazo	108	49,8%	65	30,0%	44	20,3%
9) El embarazo en la Adolescencia afecta los estudios y metas del Adolescente	113	52,1%	57	26,3%	47	21,7%

A: de acuerdo, **D:** duda, **DS:** desacuerdo / Fuente: Encuesta

Cuadro N° 15

Actitudes que tienen sobre las relaciones sexuales de riesgo las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

n=217

Actitud ante las Relaciones Sexuales de Riesgo	A		D		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Los Adolescentes por lo general tienen una suficiente y adecuada información para evitar el embarazo	100	46,1%	24	11,1%	93	42,9%
2) Es fácil obtener métodos para evitar un embarazo	92	42,4%	39	18,0%	86	39,6%
3) En las relaciones sexuales casuales (inesperadas) es necesario utilizar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo	74	34,1%	60	27,6%	83	38,2%
4) El uso de métodos anticonceptivos es responsabilidad de la pareja	62	28,6%	58	26,7%	97	44,7%
5) Para el hombre es penoso buscar métodos anticonceptivos	138	63,6%	61	28,1%	18	8,3%
6) Los hombres No piensan en la posibilidad de un embarazo en el momento de la relación sexual	163	75,1%	39	18,0%	15	6,9%
7) Antes de tener relaciones sexuales las parejas deben unirse en matrimonio	98	45,2%	24	11,1%	95	43,8%
8) Para tener hijos es necesario haber alcanzado un buen nivel educativo	93	42,9%	35	16,1%	89	41,0%
9) Para tener hijos es necesario ser económicamente independiente	109	50,2%	26	12,0%	82	37,8%

A: de acuerdo, **D:** duda, **DS:** desacuerdo. / Fuente: Encuesta

Cuadro N° 16

Prácticas de las Adolescentes con respecto al IVSA, que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 16)

n=217

Edad de Inicio de vida sexual activa en los Adolescentes	Frecuencia	Porcentaje
No ha iniciado	75	34,6%
11 – 13 años	11	5,1%
14-16 años	86	39,6%
17 – 19 años	45	20,7%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 17

Tipo de método anticonceptivo que utilizan las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 17)

n=142

Tipos de Métodos Anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Condón	82	25,2%
PPMS	83	25,5%
Pastillas	74	22,7%
Inyección	84	25,8%
Dispositivo Intrauterino (DIU)	0	0,0%
Métodos Naturales	3	0,9%
Esterilización Quirúrgica	0	0,0%

Fuente: Encuesta "hay más de una respuesta"

Cuadro N° 18

Tiempo de uso de los métodos anticonceptivos por las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 18)

n=142

Tiempo de uso de Método Anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un mes	36	25,4%
Hace un mes	47	33,1%
Hace 2 - 6 meses	32	22,5%
Hace 7 – 12 meses	18	12,7%
Mayor de 12 meses	9	6,3%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 19

Edad de la primera menstruación (menarquía) de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz, del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 19)

n=217

Edad de la Menarquía	Frecuencia	Porcentaje
10-12	102	47,0%
13-15	75	34,6%
16-19	40	18,4%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 20

Antecedentes de Embarazo en Adolescentes en la Familia de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, del Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz, del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

(Ver grafico # 20)

n=217

Antecedentes de Embarazo en Adolescentes	Frecuencia	Porcentaje
Si	143	65,9%
No	74	34,1%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 21

Nivel de Conocimiento de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 21)

n=217

Nivel de Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	89	41,0%
Regular	56	25,8%
Malo	72	33,2%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 22

Nivel de actitud de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 22)

n=217

Nivel de Actitud ante Embarazo Adolescente	Frecuencia	Porcentaje
Favorable	121	55,8%
Desfavorable	96	44,2%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 23

Nivel de práctica de las adolescentes, que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 23 en anexo)

n=217

Nivel de Practica de las Adolescentes	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	62	28,6%
Regular	47	21,7%
Malo	108	49,8%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 24

Edad versus Conocimientos en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 24)

n=217

Edad	Conocimientos					
	Bueno		Regular		Malo	
	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia
10 – 14 Años	56	59,6%	24	25,5%	14	14,9%
15 – 19 Años	33	26,8%	32	26,0%	58	47,2%

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 25

Nivel de Escolaridad versus Conocimientos en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del

1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 25)

n=217

Nivel de Escolaridad	Conocimientos					
	Bueno		Regular		Malo	
	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia
Analfabeta	2	11,8%	1	5,9%	14	82,3%
Primaria Incompleta	14	25,0%	21	37,5%	21	37,5%
Primaria Completa	30	41,1%	18	24,7%	25	34,2%
Secundaria Incompleta	26	57,8%	12	26,7%	7	15,5%
Secundaria Completa	17	65,4%	4	15,4%	5	19,2%

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 26

Procedencia versus Conocimientos en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del

1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 26)

n=217

Procedencia	Conocimientos					
	Bueno		Regular		Malo	
	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia
Urbana	31	39,2%	26	33,0%	22	27,8%
Rural	31	22,5%	21	15,2%	86	62,3%

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 27

Religión versus Conocimientos en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 27)

n=217

Religión	Conocimientos					
	Bueno		Regular		Malo	
	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia
Católica	63	47,7%	20	15,2%	49	37,1%
Evangélica	21	28,4%	33	44,6%	20	27,0%
Testigo de Jehová	5	45,4%	3	27,3%	3	27,3%

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 28

Estado Civil versus Conocimientos en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del

1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 28)

n=217

Estado Civil	Conocimientos					
	Bueno		Regular		Malo	
	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia
Casada	23	56,1%	14	34,1%	4	9,8%
Soltera	26	25,2%	31	30,1%	46	44,7%
Acompañada	40	54,8%	11	15,1%	22	30,1%

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 29

Ocupación versus Conocimientos en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 29)

n=217

Ocupación	Conocimientos					
	Bueno		Regular		Malo	
	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia
Ama de Casa	24	25,8%	36	38,7%	33	35,5%
Estudiante	52	65,0%	2	2,5%	26	32,5%
Trabajadora	13	29,5%	18	41,0%	13	29,5%

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 30

Ingreso Familiar versus Actitud en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 30)

n=217

Promedio de ingreso mensual familiar por mes	Actitud			
	Favorable		Desfavorable	
	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia
C\$ 1,000 – C\$ 2,000	78	65,0%	42	35,0%
C\$ 3,000 – C\$ 5,000	41	65,1%	22	34,9%
Mayor de C\$ 5,000	2	5,9%	32	94,1%

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 31

Con quien viven las Adolescentes en este momento versus Actitud en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 31)

n=217

Con quien vives	Actitud			
	Favorable		Desfavorable	
	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia
Padre	0	0,0%	0	0,0%
Madre	42	51,9%	39	48,1%
Abuelos	2	12,5%	14	87,5%
Tíos	3	50,0%	3	50,0%
Esposo o Compañero	74	64,9%	40	35,1%

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 32

Edad versus Actitud en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 32)

n=217

Edad	Actitud			
	Favorable		Desfavorable	
	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia
10 a 14 años	24	25,5%	70	74,5%
15 a 19 años	97	78,9%	26	21,1%

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 33

Nivel de Escolaridad versus Práctica en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del

1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 33)

n=217

Nivel de Escolaridad	Nivel de Practica					
	Buena		Regular		Mala	
	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia
Analfabeta	1	5,9%	4	23,5%	12	70,6%
Primaria Incompleta	9	16,1%	9	16,1%	38	67,8%
Primaria Completa	23	31,5%	20	27,4%	30	41,1%
Secundaria Incompleta	17	37,8%	7	15,5%	21	46,7%
Secundaria Completa	12	46,2%	7	26,9%	7	26,9%

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 34

Edad versus Nivel de Práctica en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 34)

n=217

Edad	Nivel de Practica					
	Buena		Regular		Mala	
	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia
10 A 14 años	35	37,2%	42	44,7%	17	18,1%
15 a 19 años	27	21,9%	5	4,1%	91	74,0%

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 35

Religión versus Nivel de Práctica en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 35)

n=217

Religión	Nivel de Practica					
	Buena		Regular		Mala	
	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia
Católica	23	17,4%	22	16,7%	87	65,9%
Evangélica	35	47,3%	21	28,4%	18	24,3%
Testigo de Jehová	4	36,4%	4	36,4%	3	27,2%

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 36

Conocimiento versus Actitud en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 36)

n=217

Conocimiento	Nivel de Actitud			
	Favorable		Desfavorable	
	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia
Bueno	63	70,8%	26	29,2%
Regular	32	57,1%	24	42,9%
Malo	26	36,1%	46	63,9%

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 37

Conocimiento versus Nivel de Práctica en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Telpaneca, departamento de Madriz del 1° de enero al 31 de mayo del 2014. (Ver grafico # 37)

n=217

Conocimiento	NIVEL DE PRÁCTICA					
	Buena		Regular		Mala	
	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia	Número	Frecuencia
Bueno	21	23,6%	19	21,3%	49	55,1%
Regular	19	33,9%	16	28,6%	21	37,5%
Malo	22	30,5%	12	16,7%	38	52,8%

Fuente: Encuesta.

Grafico N° 1

Edad de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

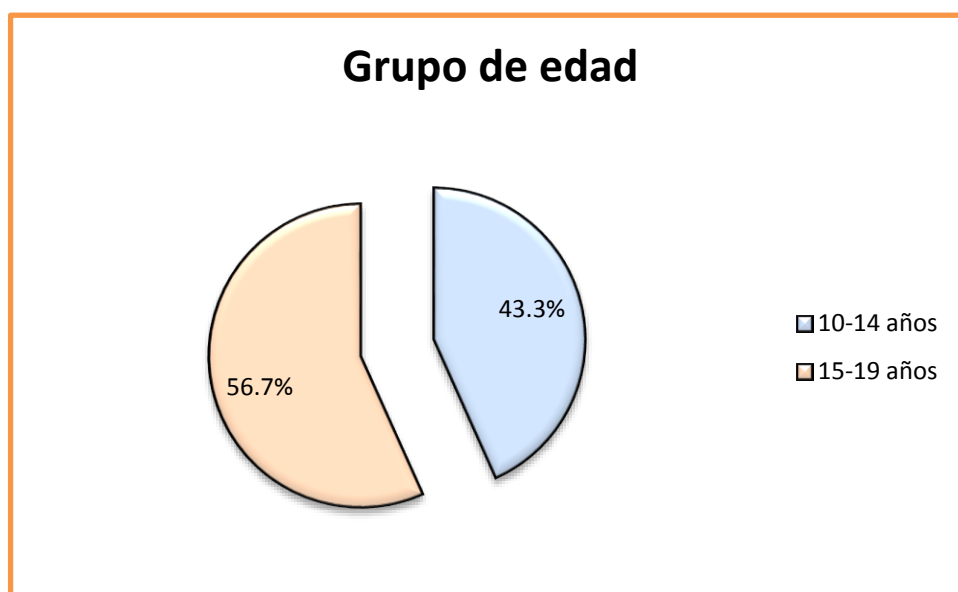


Grafico N° 2

Procedencia de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

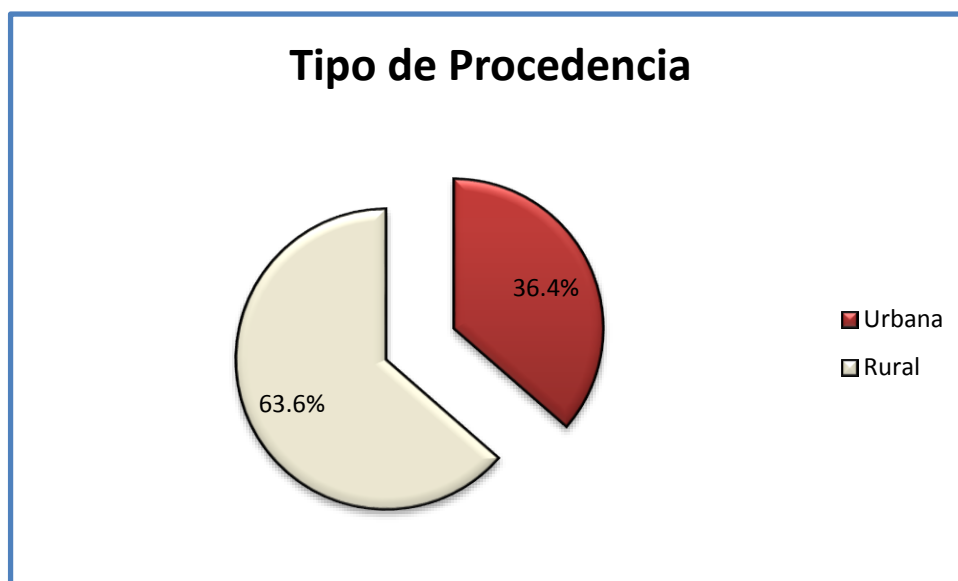


Grafico N° 3

Escolaridad de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

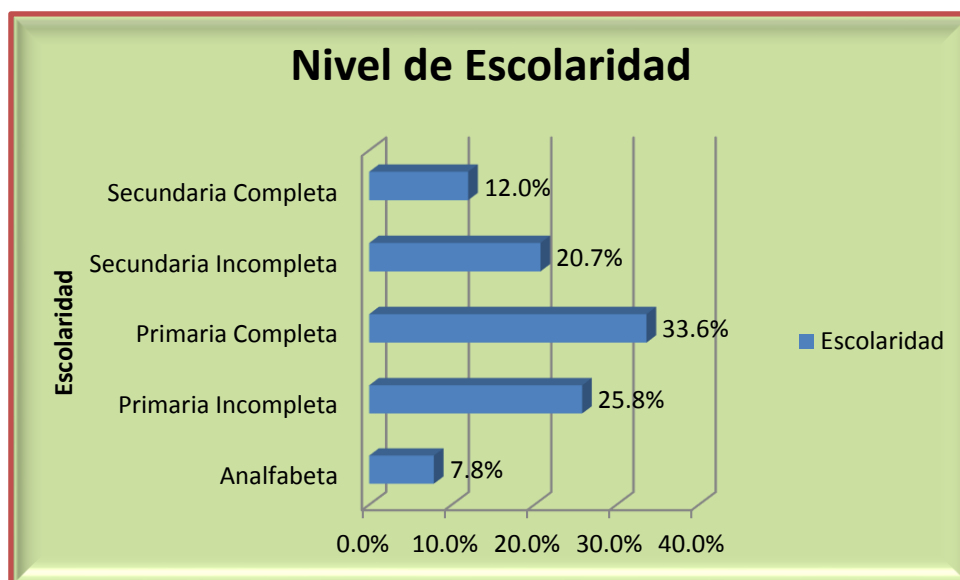


Grafico N° 4

Religión que profesan las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

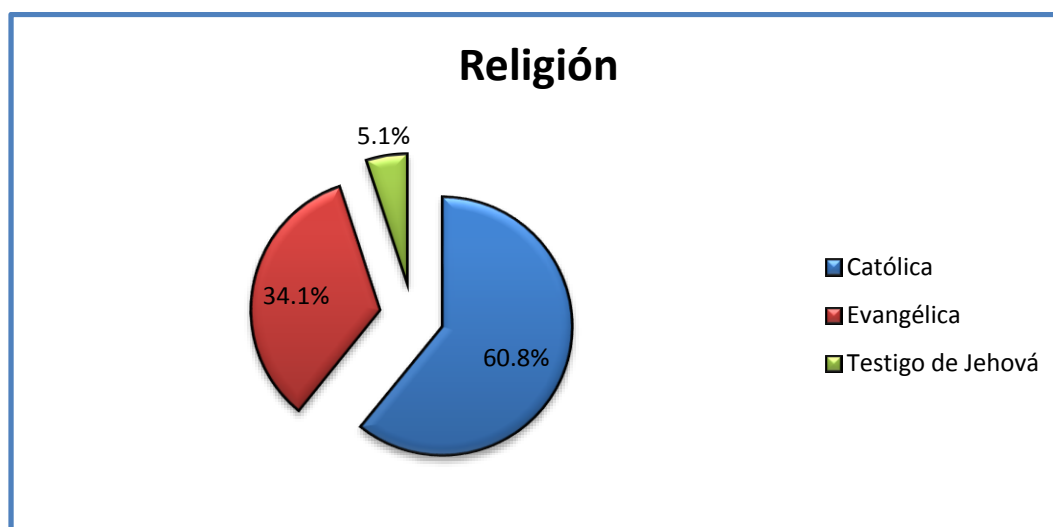


Grafico N° 5

Estado civil de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

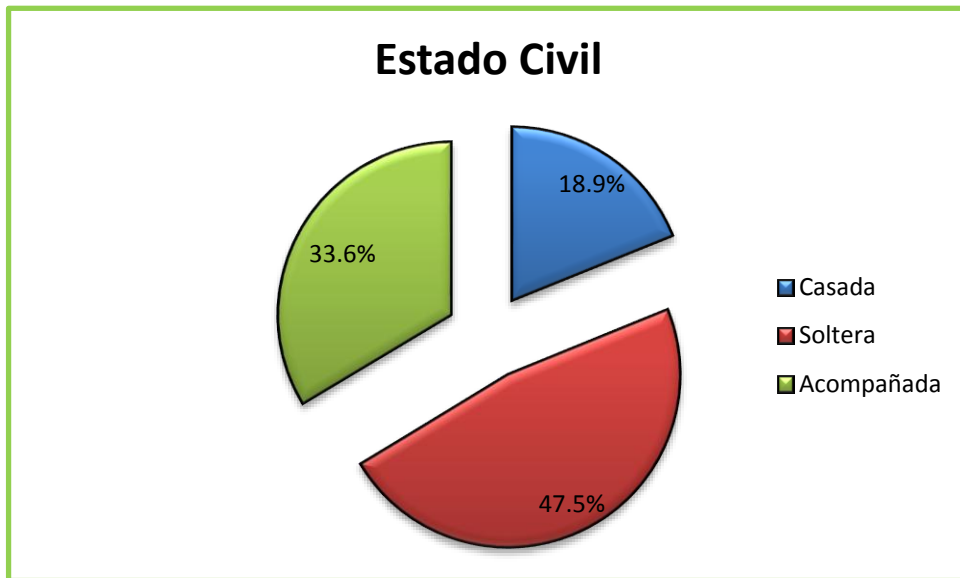


Grafico N° 6

Ocupación de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

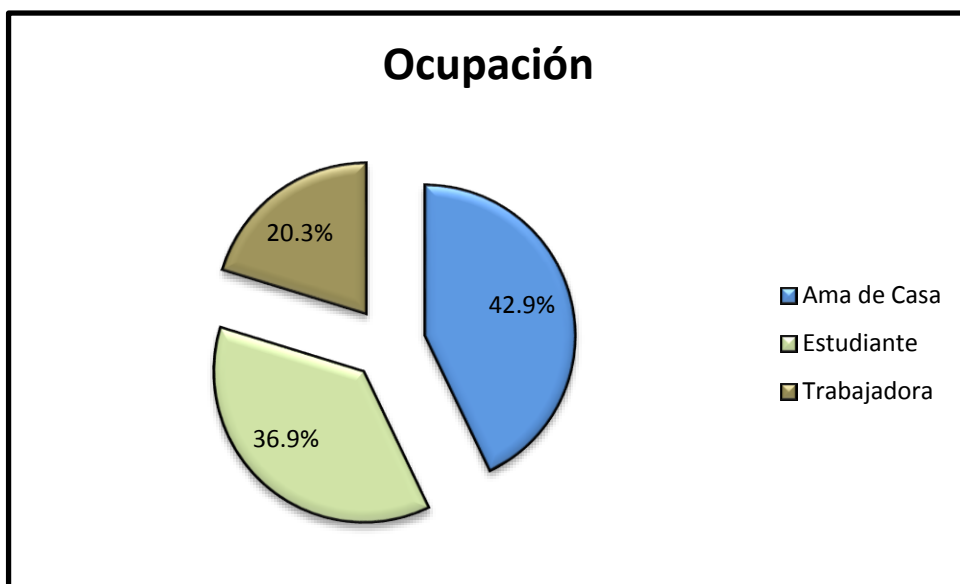


Grafico N° 7

Ingreso mensual en la familia de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

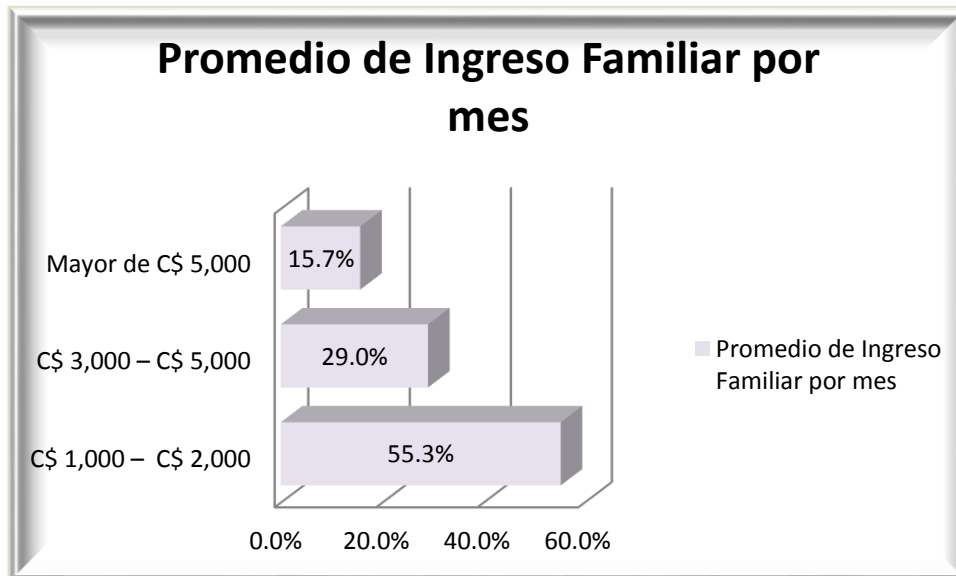
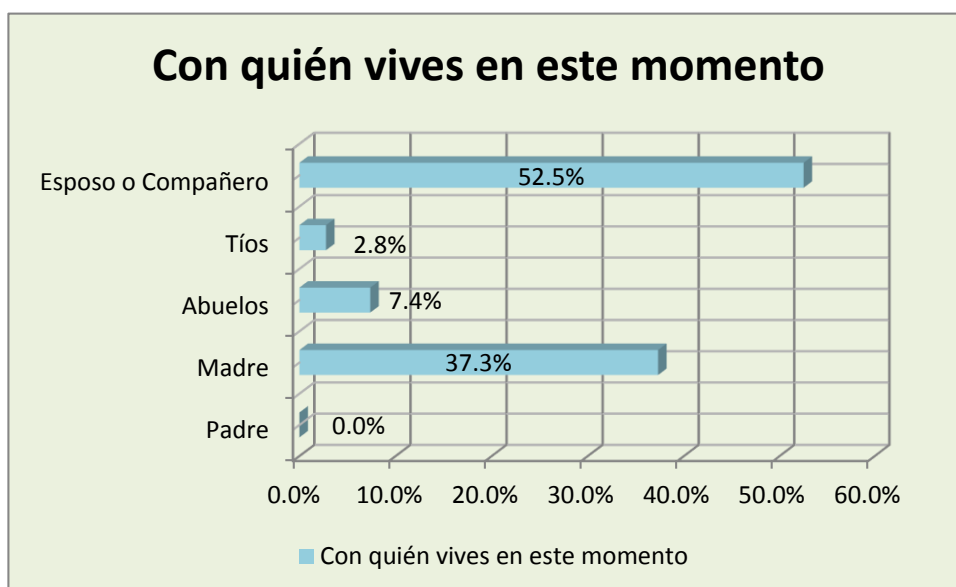


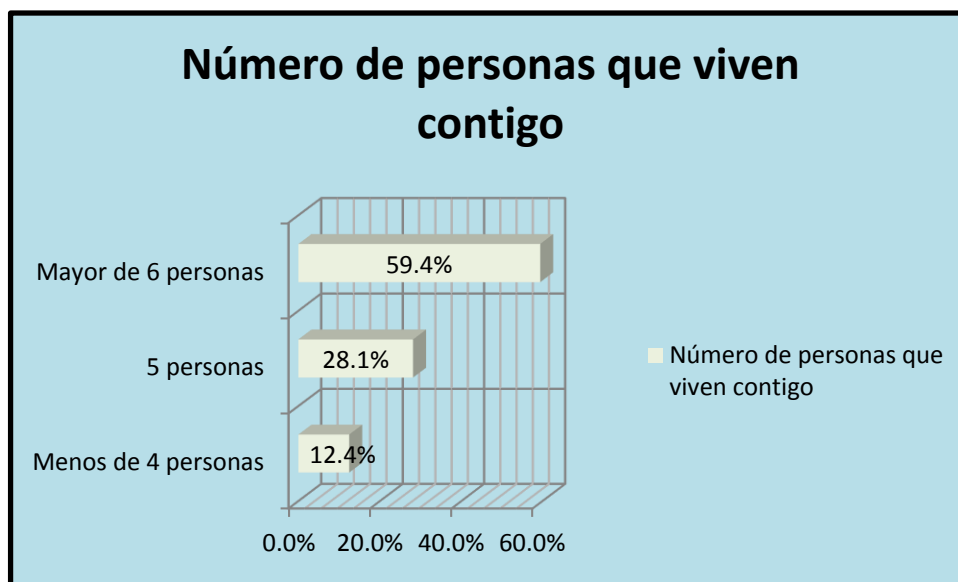
Grafico N° 8

Con quién viven las adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.



Grafica N° 9

Cantidad de personas viven en el hogar de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.



Grafica N° 11

Institución donde obtuvieron los conocimientos las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

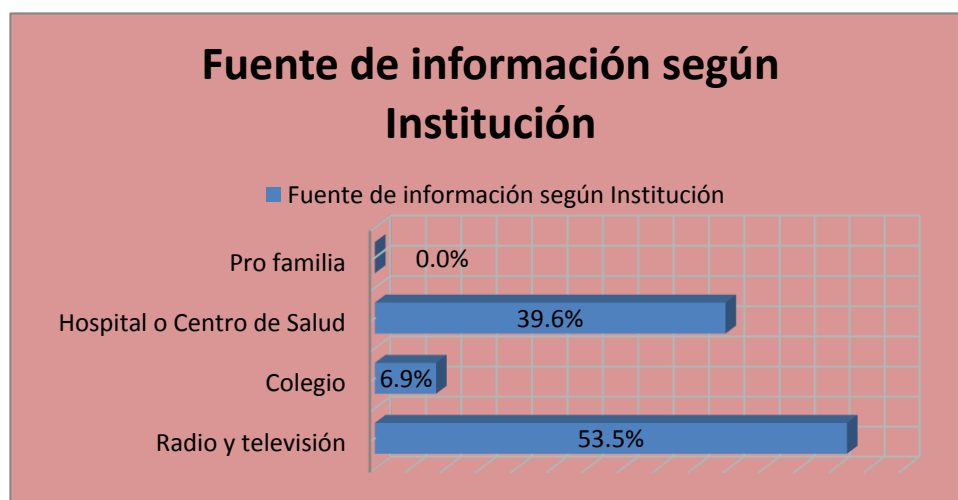


Grafico N° 12

Personal que les brindo la información, para los conocimientos alas Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

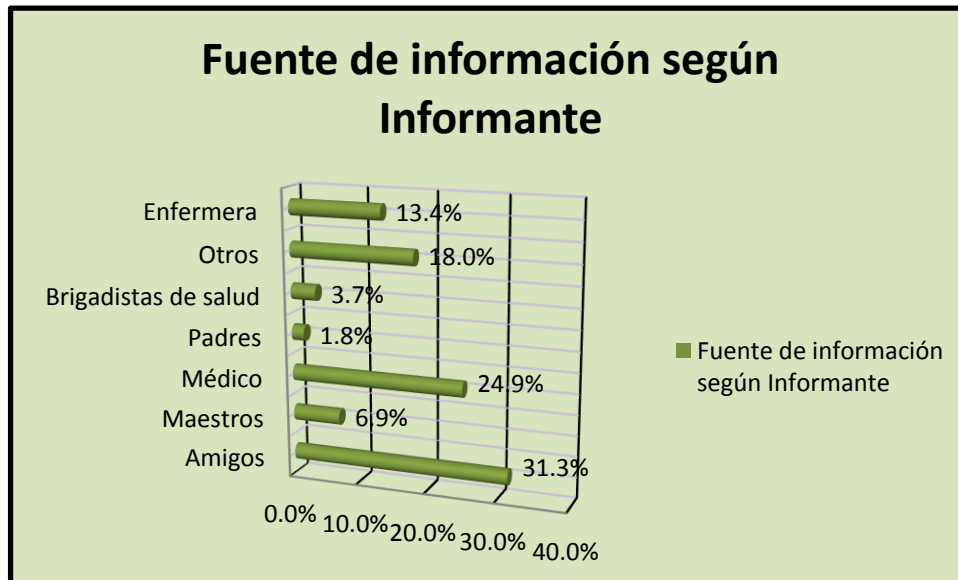


Grafico N° 16

Prácticas de las Adolescentes con respecto al IVSA, que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

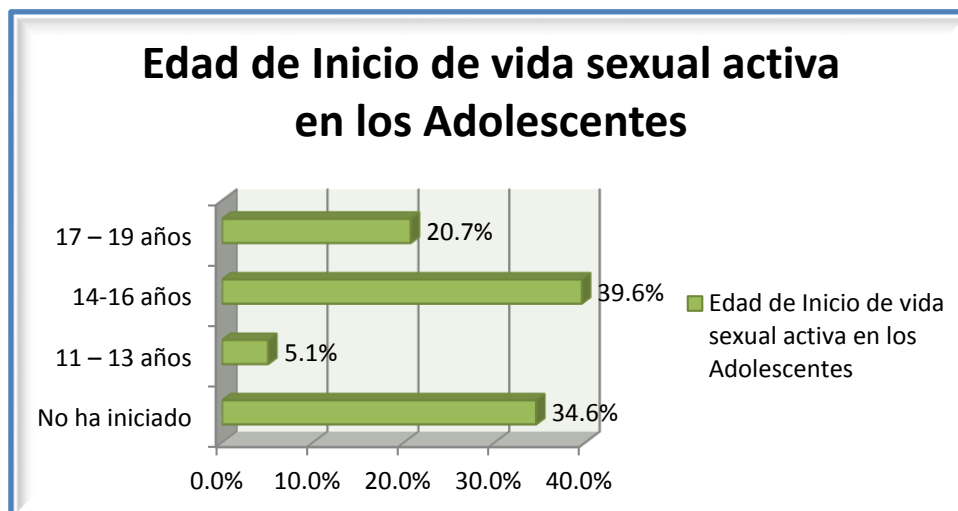


Grafico N° 17

Prácticas del tipo de método anticonceptivo que utilizan las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

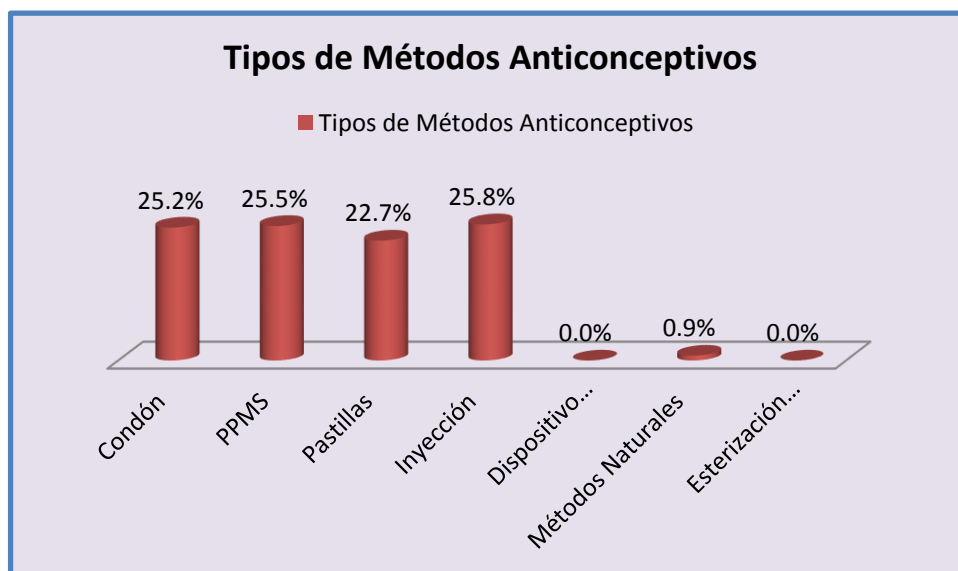


Grafico N° 18

Prácticas del tiempo de uso de los métodos anticonceptivos por las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

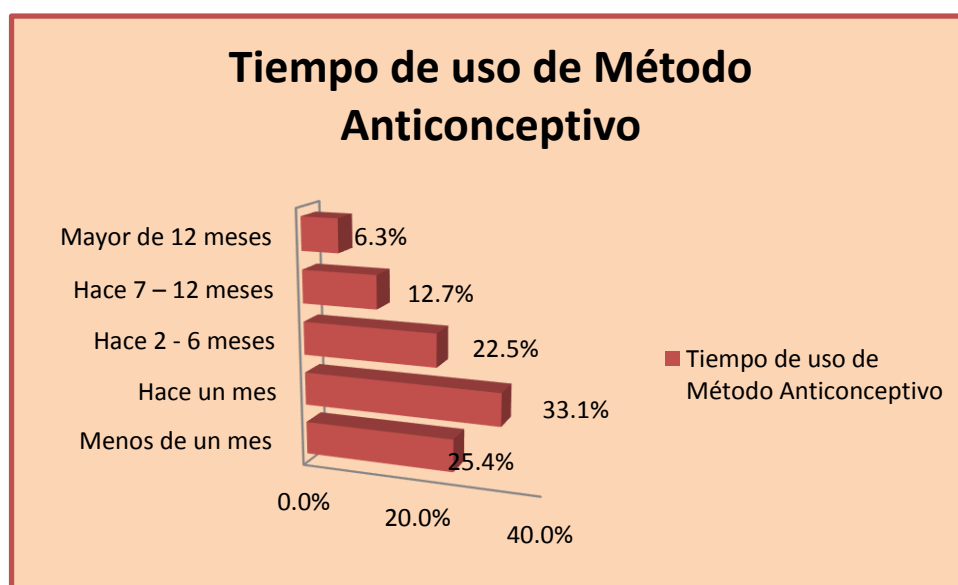


Grafico N° 19

Edad de la primera menstruación (menarquía) de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz, del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

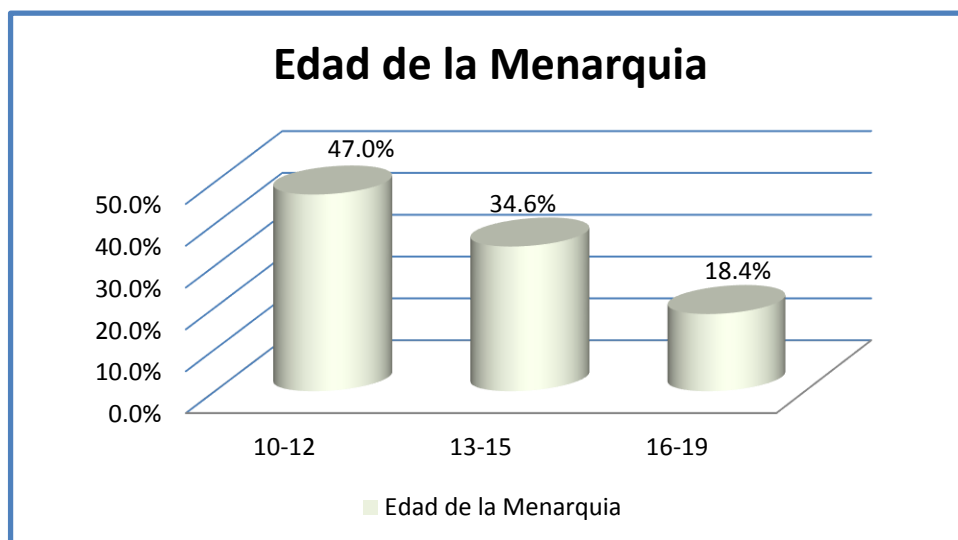


Grafico N° 20

Antecedentes de Embarazo en Adolescentes en la Familia de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, del Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz, del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

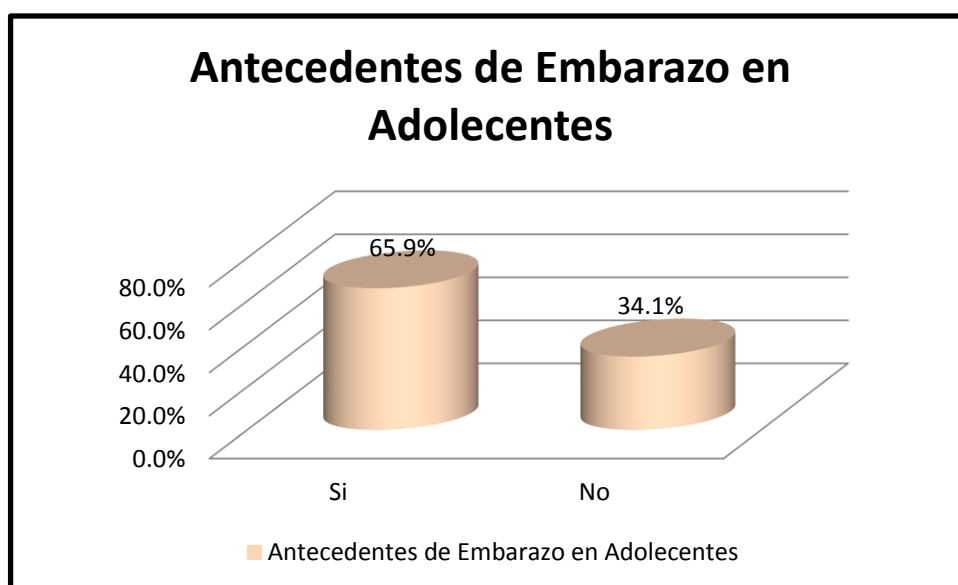


Grafico N° 21

Nivel de Conocimiento de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

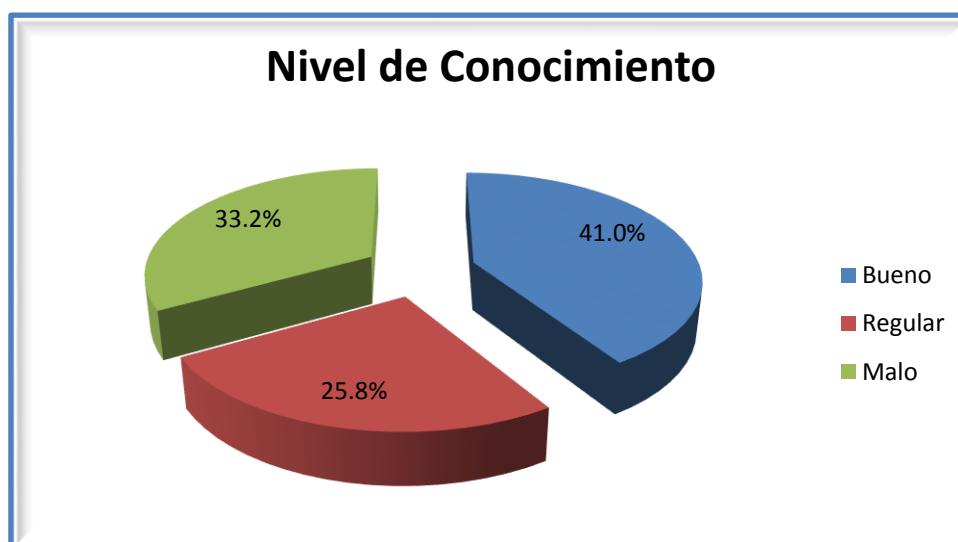


Grafico N° 22

Nivel de actitud de las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

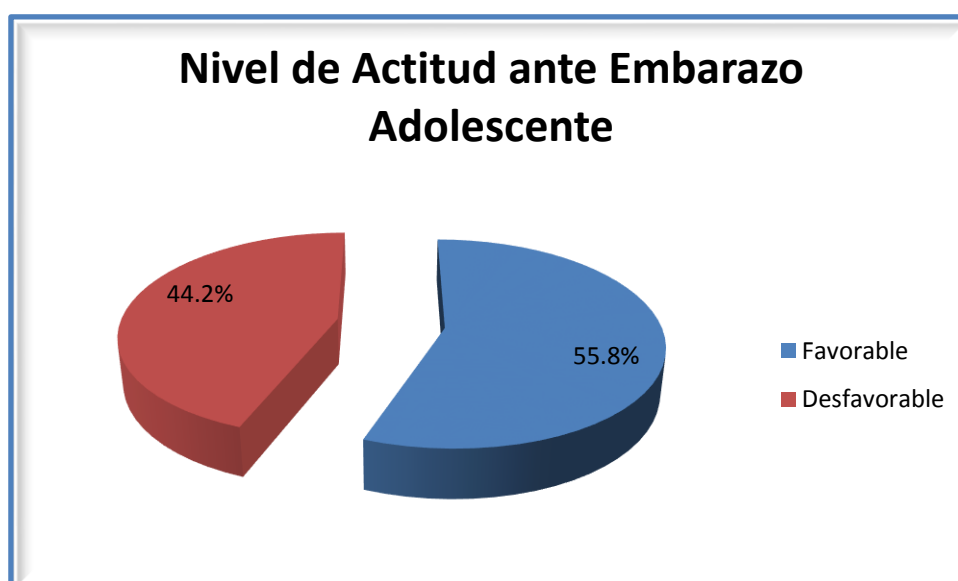


Grafico N° 23

Nivel de práctica de las adolescentes, que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

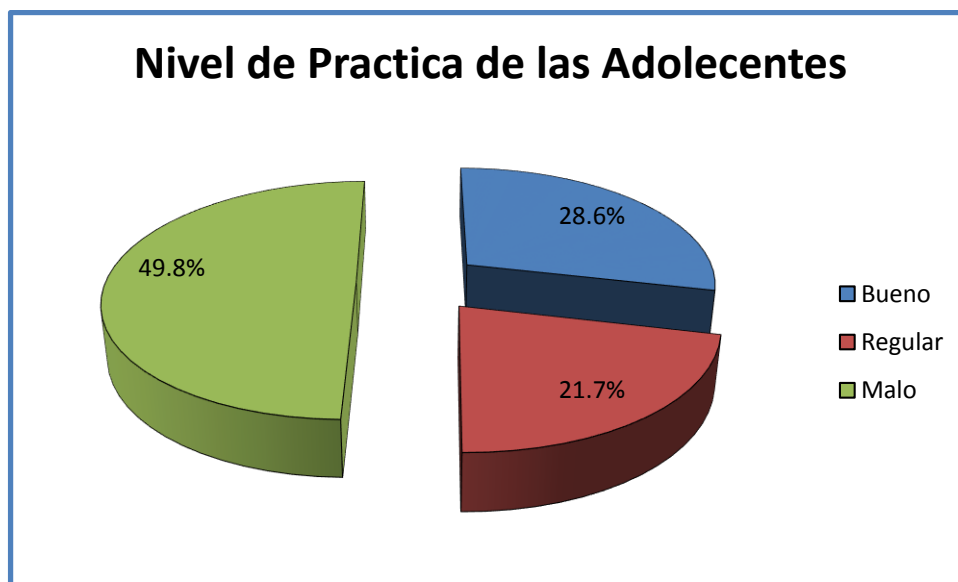


Grafico N° 24

Edad versus Conocimientos en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

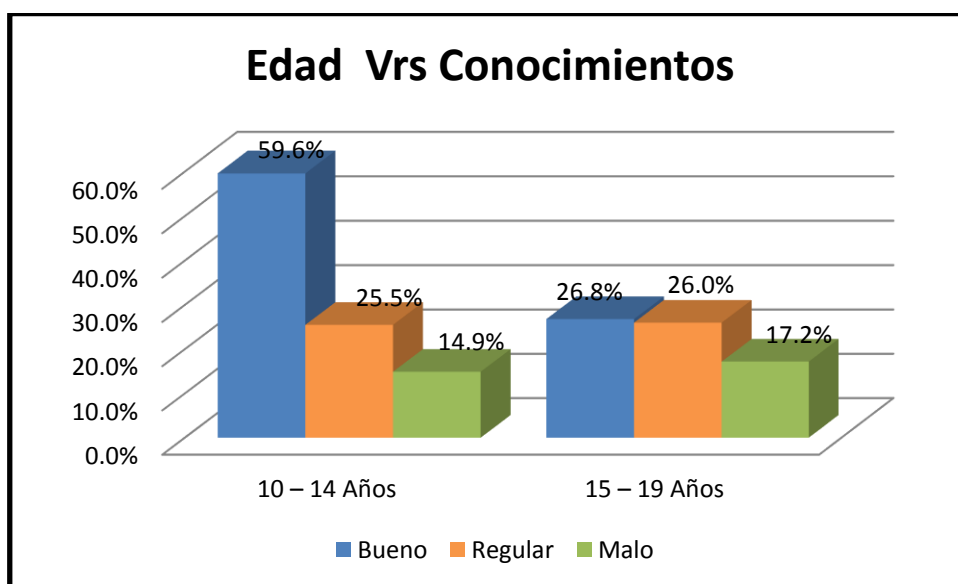


Grafico N° 25

Nivel de Escolaridad versus Conocimientos en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

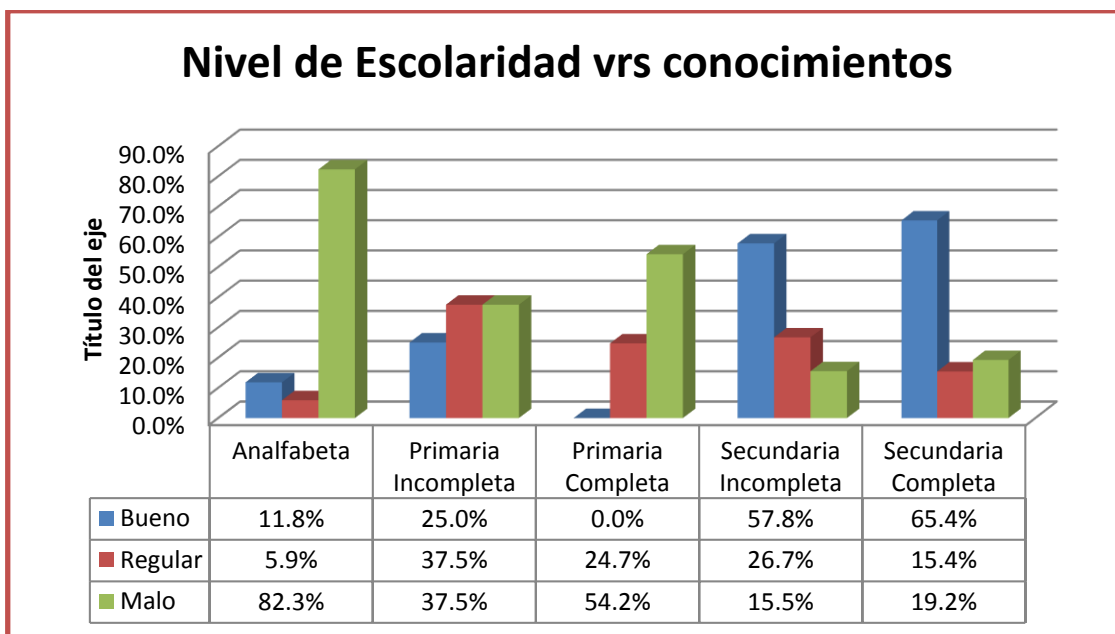


Grafico N° 26

Procedencia versus Conocimientos en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

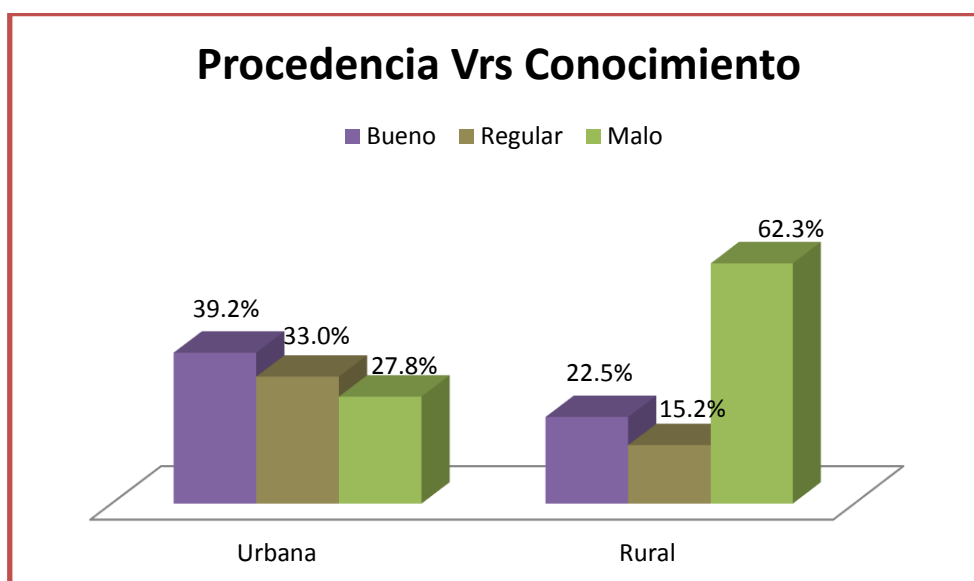


Grafico N° 27

Religión versus Conocimientos en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

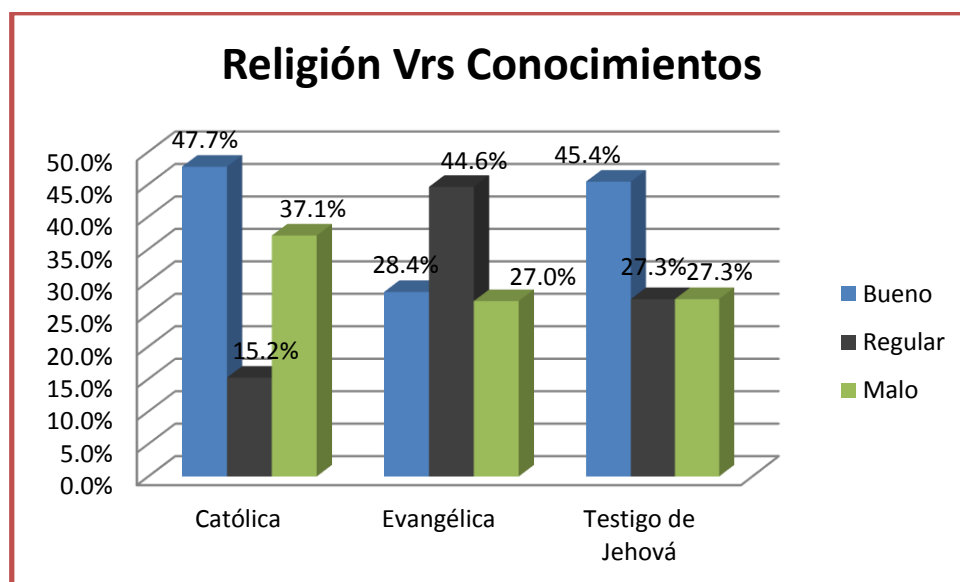


Grafico N° 28

Estado Civil versus Conocimientos en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

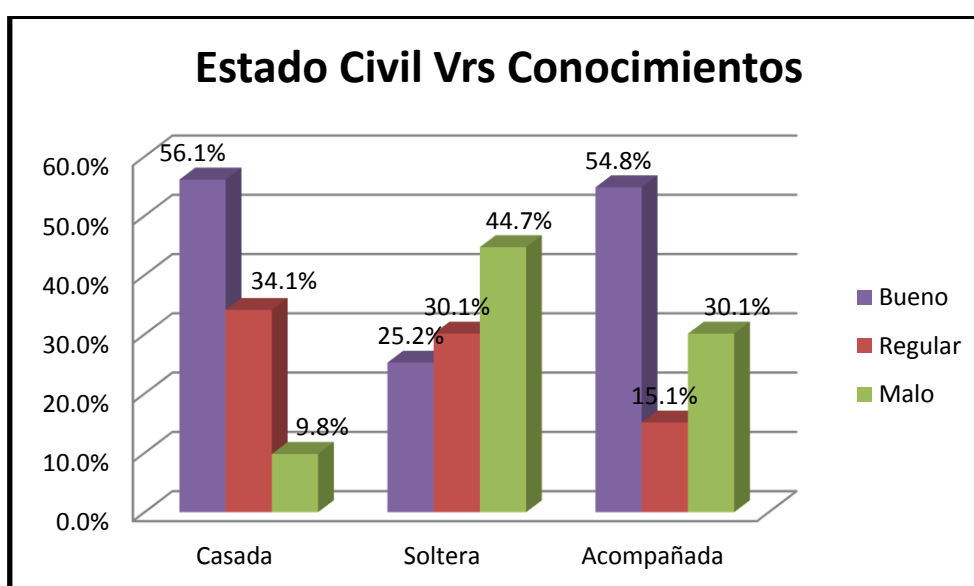


Grafico N° 29

Ocupación versus Conocimientos en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del

1 de enero al 31 de mayo del 2014.

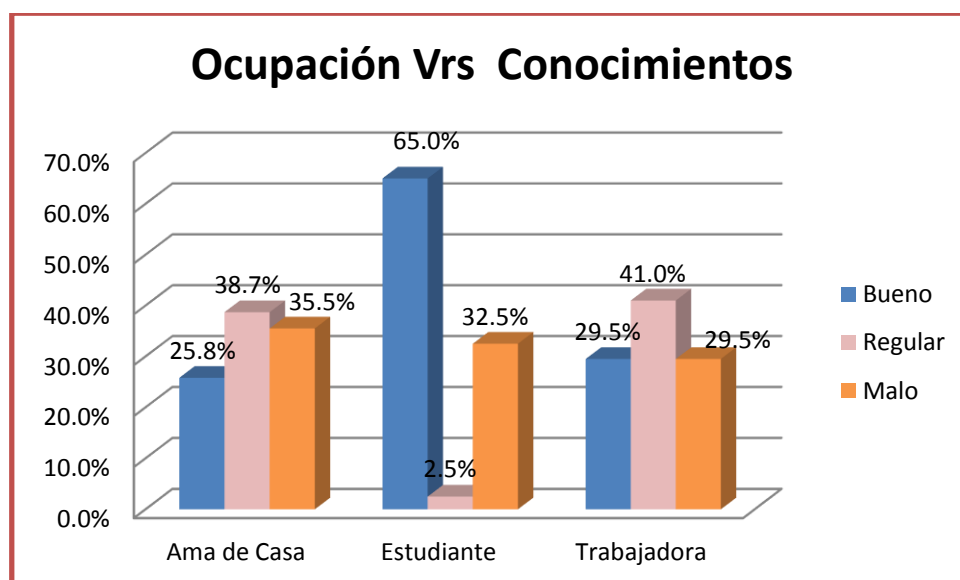


Grafico N° 30

Ingreso Familiar versus Actitud en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del

1 de enero al 31 de mayo del 2014.

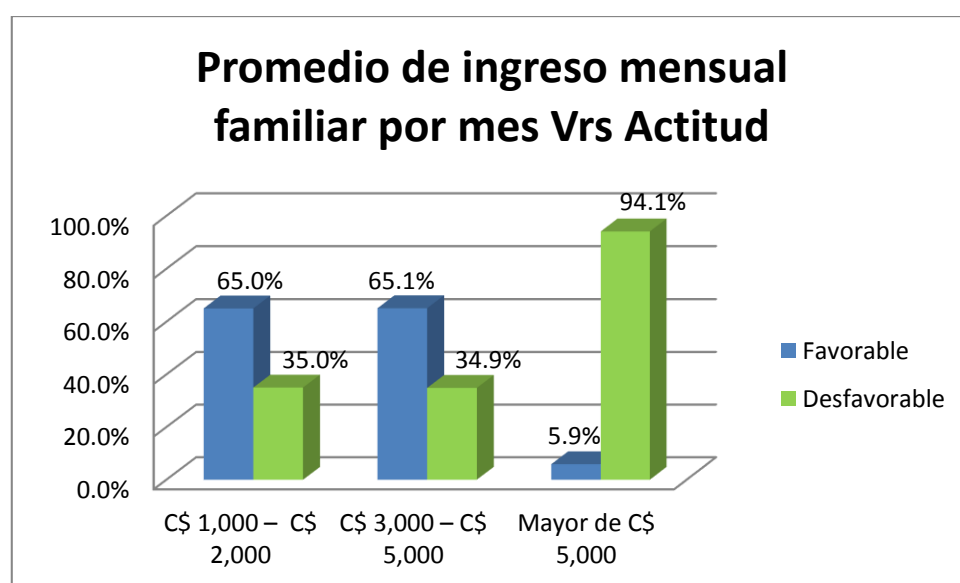


Grafico N° 31

Con quien viven las Adolescentes en este momento versus Actitud en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del

1 de enero al 31 de mayo del 2014.

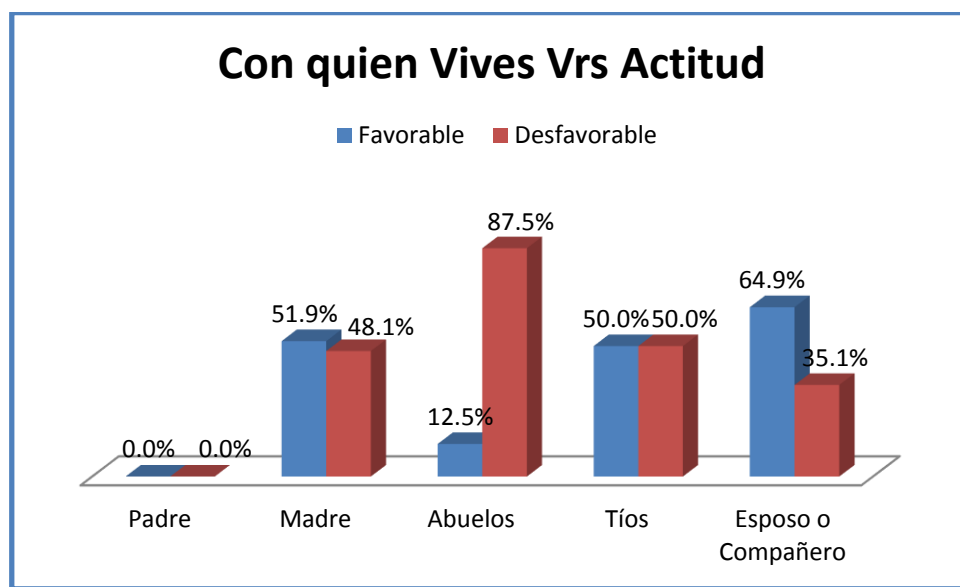


Grafico N° 32

Edad versus Actitud en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del

1 de enero al 31 de mayo del 2014.

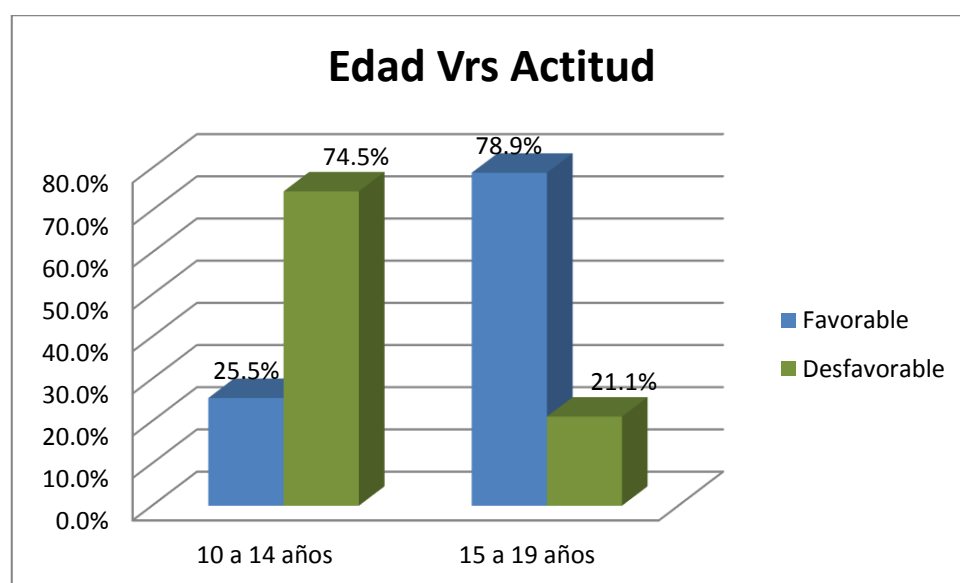


Grafico N° 33

Nivel de Escolaridad versus Práctica en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

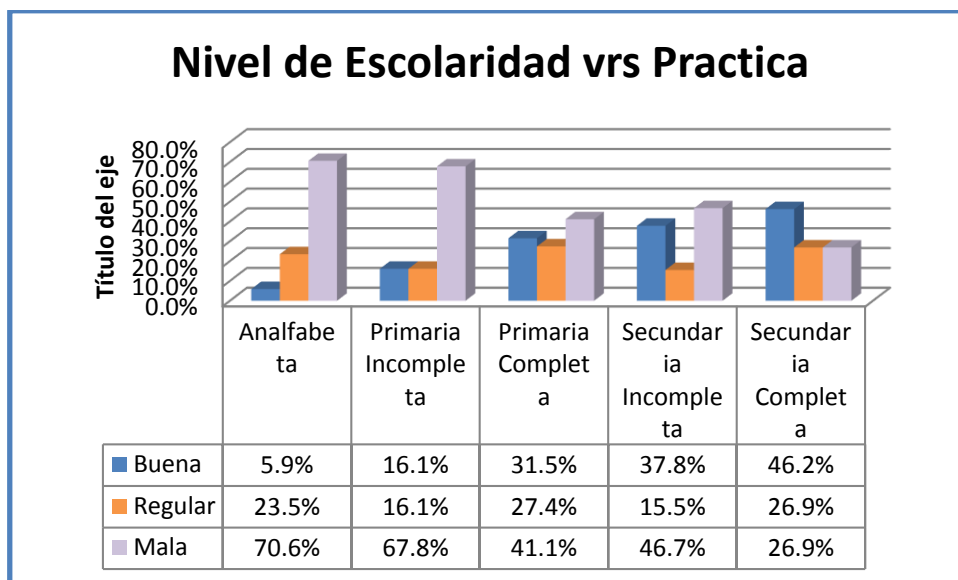


Grafico N° 34

Edad versus Nivel de Práctica en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

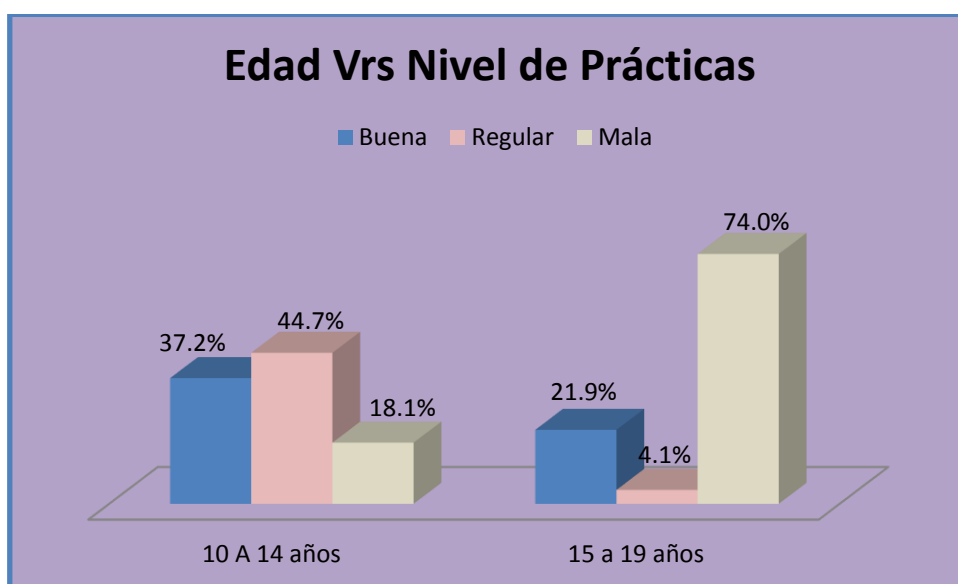


Grafico N° 35

Religión versus Nivel de Práctica en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

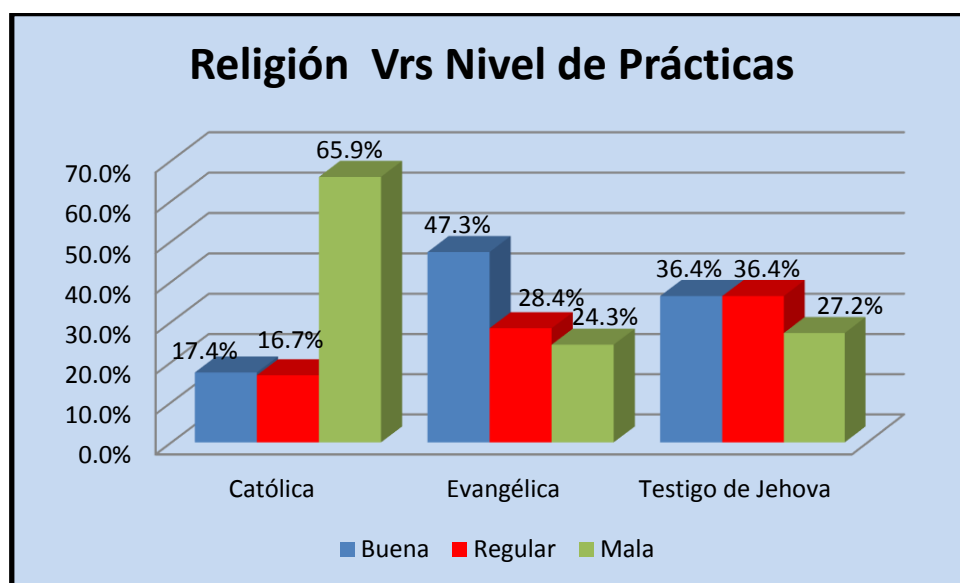


Grafico N° 36

Conocimiento versus Actitud en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Municipio de Telpaneca, departamento de Madriz del 1 de enero al 31 de mayo del 2014.

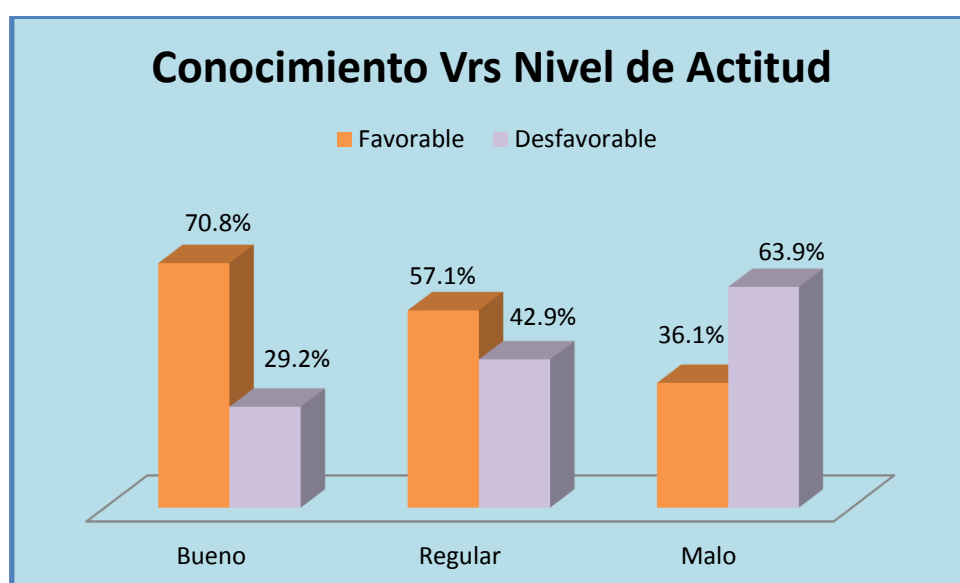
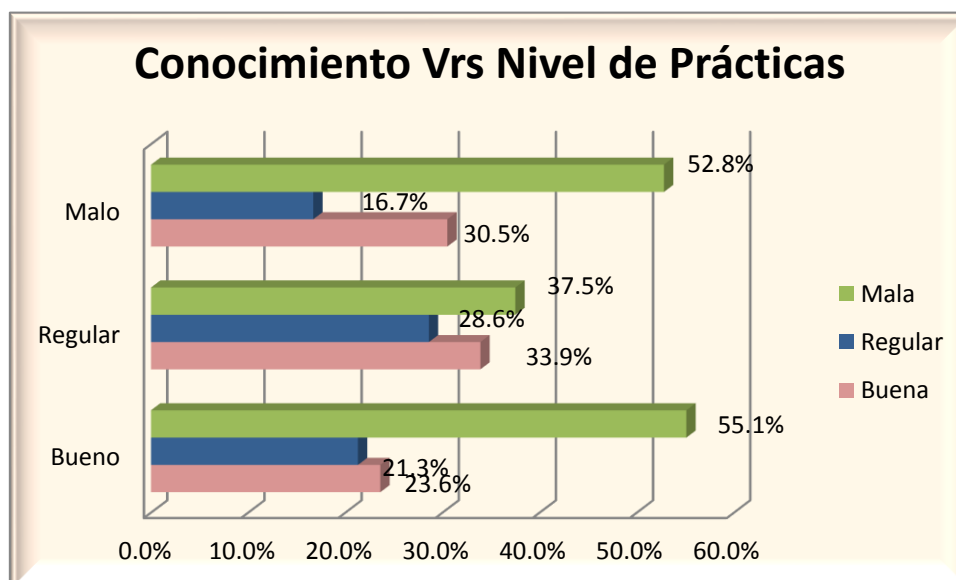


Grafico N° 37

Conocimiento versus Nivel de Práctica en las Adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo, Telpaneca, departamento de Madriz del 1° de enero al 31 de mayo del 2014.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
RECINTO UNIVERSITARIO "RUBÉN DARÍO"



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha de Realización: _____ N° de encuesta _____

I.- CARACTERÍSTICAS GENERALES:

- 1) Tipo de Procedencia: 1. Urbana _____ 2. Rural _____
- 2) Edad: 1. 10-14 años _____ 2. 15-19 años _____
- 3) Estado Civil: 1. Casada _____ 2. Soltera _____ 3. Unión de Hecho _____
- 4) Ocupación: 1. Ama de Casa _____ 2. Estudiante _____ 3. Trabaja _____
- 5) Promedio de ingreso mensual en la familia
1. C\$1,000 – C\$2,000 _____
2. C\$3,000 – C\$ 5,000 _____
3. >C\$5,000 _____
- 6) ¿Con quién vives en este momento
1. Padre _____ 2. Madre _____ 3. Abuelos _____ 4. Tia _____ 4. Esposo/Compañero _____
- 7) Número de personas que habitan en la casa.
1. Menos de 4 habitantes _____
2. 5 habitantes _____
3. Mayor de 6 Habitantes _____
- 8) ¿Antes de salir embarazada en qué año de estudio te encontrabas?

1. Analfabeta	
2. Primaria Incompleta	
3. Primaria Completa	
4. Secundaria Incompleta	
5. Secundaria Completa	

9) Tipo de religión

1. Católica _____ 2. Evangélica _____ 3. Testigo de
Jehová _____

10) ¿Qué edad tenias cuando tuviste tu primera menstruación? _____

II.- Nivel de conocimiento de las adolescentes.

1) Ha recibido algún tipo de información acerca de Educación Sexual

1. SI _____ 2. NO _____

2) A través de qué medio:

1. Charlas Educativas _____ 2. Hogar _____ 3. Talleres _____
4. Televisión _____ 5 Conferencias _____ 6. Radio _____

3) En qué lugar recibiste la Información:

1. Hogar _____
2. Escuela _____
3. Instituto _____
4. Universidad _____
5. Clínica de Salud Reproductiva _____
6. Organismos No Gubernamentales (ONG) _____

Conocimientos sobre Conceptos Generales	Si		No		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) ¿La primera regla o menstruación en la Adolescente indica que ya puede quedar Embarazada si tiene relaciones sexuales?						
2) ¿Puede una mujer salir embarazada antes de que le baje por primera vez su menstruación (regla)?						
3) ¿Puede una Adolescente quedar embarazada con solo una relación sexual sin protección?						
4) ¿Durante la menstruación (regla) puede una adolescente quedar embarazada?						
5) ¿Es mayor la probabilidad de embarazo en una adolescente, si tiene relaciones sexuales aproximadamente 14 días después de iniciada su regla (ovulación)?						
6) ¿Sabes vos que existen métodos de planificación para evitar un embarazo no deseado?						
7) ¿Es adecuado que los y las jóvenes de tu edad utilicen métodos anticonceptivos, si deciden tener relaciones sexuales y evitar un embarazo no deseado?						

Conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos	Si		No		No sabe	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
¿Has recibido algún tipo de información sobre Educación Sexual?						
¿Has recibido información sobre los métodos anticonceptivos?						
¿El condón, las pastillas son métodos anticonceptivos?						
¿La píldora para la mañana siguiente (PPMS) es un método anticonceptivo?						

II.- Actitud

Actitud ante el Embarazo Adolescente	A		D		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) En las relaciones sexuales es necesario el uso de Anticonceptivos para evitar un embarazo						
2) Toda mujer embarazada independientemente de si está sana o no debe acudir al Puesto de Salud para controlar su embarazo						
3) El condón disminuye las probabilidades de quedar embarazada						
4) El embarazo es responsabilidad de la mujer y NO del hombre						
5) Tener relaciones sexuales y acabar por fuera no es un buen método para evitar un embarazo no deseado						
6) Los métodos anticonceptivos no perjudican tu salud						
7) La mayoría de las mujeres embarazadas NO tienen el apoyo de su pareja por ser jóvenes						
8) Por lo general los y las adolescentes no están preparados psicológicamente, ni económicamente para asumir un embarazo						
9) El embarazo en la Adolescencia afecta los estudios y metas del Adolescente						

A: de acuerdo, **D:** duda, **DS:** desacuerdo / Fuente: Encuesta

Actitud ante las Relaciones Sexuales de Riesgo	A		D		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
1) Los Adolescentes por lo general tienen una suficiente y adecuada información para evitar el embarazo						
2) Es fácil obtener métodos para evitar un embarazo						
3) En las relaciones sexuales casuales (inesperadas) es necesario utilizar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo						
4) El uso de métodos anticonceptivos es responsabilidad de la pareja						
5) Para el hombre es penoso buscar métodos anticonceptivos						
6) Los hombres No piensan en la posibilidad de un embarazo en el momento de la relación sexual						
7) Antes de tener relaciones sexuales las parejas deben unirse en matrimonio						
8) Para tener hijos es necesario haber alcanzado un buen nivel educativo						
9) Para tener hijos es necesario ser económicamente independiente						

A: de acuerdo, **D:** duda, **DS:** desacuerdo. / Fuente: Encuesta

III Prácticas que poseen las adolescentes.

1) Inicio de Vida Sexual Activa (I..V.S.A)

1. 11 – 13 años _____

2. 14- 16 años _____

3. 17 – 19 años _____

4. No ha iniciado _____

2) ¿Conoces los Métodos Anticonceptivos? (Si su respuesta es sí, pasar a la siguiente pregunta)

1. SI _____ 2. NO _____

3) Ha usado algún tipo de Método Anticonceptivo. (Si su respuesta es sí, pasar a la siguiente pregunta)

1. SI _____ 2. NO _____

4) Tipo de Método Anticonceptivo Utilizado

1. Anticonceptivos Orales _____
2. Inyectables _____
3. Dispositivos Intrauterinos (DIU) _____
4. Condones _____
5. Métodos Naturales _____
6. Esterilización Quirúrgica _____

5) Por cuánto tiempo:

1. 1 mes _____
2. 2 – 6 meses _____
3. 7 – 12 meses _____
4. >12 meses _____

6) Numero de Compañeros Sexuales _____

7) Edad de pareja/ compañero

1. 12 – 14 años _____ 2. 15 – 19 años _____ 3. >19 años _____

8) Antecedente de embarazo adolescente en mujeres cercanas a tu entorno.

1. Madre _____
2. Hermana _____
3. Mejor Amiga _____
4. Prima _____

GRACIAS POR SU COLABORACION.

CONSENTIMIENTO INFORMADO



TEMA DEL ESTUDIO:

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre el Embarazo Adolescente en las adolescentes que asisten al puesto de salud de Santo Domingo del municipio de Telpaneca, departamento de Madriz en el periodo del 1° de enero al 31 de mayo del 2014.

AUTORES: Br. Eleazar Lenin Rojas Rojas.

PROPOSITO DEL ESTUDIO:

Evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre Embarazo Adolescente en las mujeres en estudio, dicha información será empleada en la realización de tesis monográfica, y podrá ser utilizada como referencia para la toma de decisiones para la elaboración de programas o campañas educativas sobre Embarazo Adolescente.

La presente encuesta sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre el Embarazo Adolescente en las adolescentes que asisten al Puesto de salud de Santo Domingo del municipio de Telpaneca, Departamento de Madriz en el periodo del 1° de enero al 31 de mayo del 2014, consta de una serie de preguntas, redactadas en forma sencilla, con el objetivo de evaluar el nivel de Conocimientos, Actitudes y Practicas acerca del tema antes descrito.

La persona encuestada puede contestar de la manera más tranquila posible dado que no se pide nombre ni identificación alguna, por lo que se asegura privacidad de la encuestada, además la información se utilizara para fines estrictamente investigativos. Se pide a la encuestada que lea detenidamente y conteste con el mayor interés posible, la respuesta que estime conveniente para cada pregunta.

Firma del participante._____.

Firma del investigador._____.