



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2010 - 2012

Tesis para optar al Título de Maestro en Salud Pública

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
EN LAS Y LOS ADOLESCENTES RELACIONADOS AL
EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA,
SOMOTO-MADRIZ, I SEMESTRE DEL AÑO 2011.**

Autora: Anna Planck

Tutor: MSc. Dr. Edduvije Yovany Roa Traña

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, Noviembre 2011

INDICE

Dedicatoria

Agradecimiento

Resumen

- I. INTRODUCCIÓN
- II. ANTECEDENTES
- III. JUSTIFICACIÓN
- IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
- V. OBJETIVOS
- VI. MARCO CONCEPTUAL
- VII. DISEÑO METODOLOGICO
- VIII. RESULTADOS
- IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS
- X. CONCLUSIONES
- XI. RECOMENDACIONES
- XII. BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

- 1. Herramienta de Análisis
- 2. Operalización de Variables
- 3. Encuesta
- 4. Tablas y Gráficos
- 5. Calculo de Muestra

DEDICATORIA

A mis encantadoras hijas Clara y Sophie les regalo mi amor, mi esfuerzo constante y mi lucha día a día y les deseo una vida llena de prosperidad y de mucho éxito.

A mi compañero de vida, René Duarte, que con su apoyo incondicional, ha hecho posible que recorra este camino.

AGRADECIMIENTO

A toda mi Familia, repartidos en dos continentes, que me apoyan siempre.

A mis Compañeros estudiantes de Somoto, con las cuales compartí momentos de mucha tensión y de camaradería.... En especial a Hellen que me animó a comenzar este estudio.

A mi docente tutor: Edduvije Yovany Roa Traña por su enseñanza y su temple.

A todo el grupo de compañeros, por ser tan cariñosos y colaboradores.

Al personal del Centro de Salud de Somoto y del SILAIS-Madriz que, de una u otra forma me apoyaron.

Al ser supremo, por darme la vida misma, y por hacerme administradora de tantas cosas.

RESUMEN

Se trata de un estudio CAP, cuantitativo, cuyo objetivo ha sido analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población adolescentes de la ciudad de Somoto, de ambos sexos, que inciden en el aumento de embarazos en mujeres menores de 20 años. Se estudiaron las características socio demográficos del grupo, sus conocimientos respecto al embarazo y la prevención del mismo durante la adolescencia, las actitudes que influyen en la reducción o en el aumento de embarazos y las prácticas de protección o riesgo que mantienen los y las adolescentes respecto al embarazo.

Los principales resultados del estudio mostraron, que solo la mitad de los y las adolescentes tiene un nivel satisfactorio de conocimientos referente a la temática, persiste confusión sobre el uso de la anticoncepción de emergencia como es la “Píldora de la Mañana Siguiete” y un desconocimiento sobre el doble efecto del condón.

Las actitudes desfavorables en relación al embarazo durante la adolescencia, como por ejemplo el hecho de no usar una método anticonceptivo en una relación sexual para agradar a la pareja o por presión de la pareja, así como abandonar a la pareja si esta saliese embarazada, favorecen el incremento de los embarazos en este grupo etario.

Las prácticas, que ejercen respecto al embarazo, como el inicio de vida sexual activa en la adolescencia media en más de la mitad de los y las adolescentes, el hecho que muchos adolescentes sexualmente activos no usan un método anticonceptivo en la actualidad y que cerca de la mitad de las adolescentes con vida sexual activa han estado embarazadas, exponen al grupo, objeto de este estudio, al aumento de embarazos durante la adolescencia y disminuye su salud sexual y calidad de vida.

I. INTRODUCCION

El embarazo durante la adolescencia constituye condiciones de riesgo para las madres y los padres adolescentes y para sus hijos e hijas. El embarazo tiene un enorme impacto en la salud de la madre adolescente, especialmente cuando se trata de embarazos no planificados o no deseados que son la mayoría. La consecuencia en los aspectos psicosociales representa, en la mayoría de los casos, la puerta de entrada o la profundización en el ciclo de la pobreza.

El embarazo en la adolescencia es aquella gestación que ocurre durante los primeros dos años de edad ginecológica y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. (1)

El embarazo en la adolescencia es la principal causa de muerte en las mujeres que tienen edades comprendidas entre 15 y 19 años. De acuerdo a los estudios y análisis de UNICEF, cada año 15 millones de adolescentes dan a luz en el mundo. (2). En muchos países, los adolescentes llegan a representar del 20 al 25% de su población. (2). La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. (3). Más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes. (3).

Uno de los países de América Latina y el Caribe que presenta mayor porcentaje de adolescentes embarazadas es Nicaragua, con una tasa de embarazos de 24% según la Organización Panamericana de la Salud, (OPS), del año 2001 la tasa de fecundidad de las adolescentes es de 152 nacimientos para cada 1000 mujeres.

Los registros del centro de Salud de la ciudad de Somoto y del Sistema Local de Atención Integral de Salud (SILAIS – Madriz), muestran un porcentaje de embarazo en adolescente que alcanzó en el año 2010 un 19%.

Los factores determinantes que influyen en la fecundidad en la adolescencia son múltiples y entre ellos los más descritos son los de origen biológico, los que se relacionan con la conducta sexual, las condiciones dentro de la familias, el

desarrollo psicológico, factores socio culturales y accesibilidad a información y anticoncepción.

Por ello debe ser de interés constante realizar evaluaciones sobre lo que piensan los adolescentes, los conocimientos que tienen acerca de cada una de los aspectos psicosociales, económicos y culturales en torno al embarazo a temprana edad; los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) permiten monitorear tanto la información que continuamente se está recibiendo y compararla con la conducta del individuo ante una situación objeto de estudio.

II. ANTECEDENTES

El grupo de mujeres de 15 a 19 en América Latina subió desde 8 millones en 1950 a algo más de 22 millones a la vuelta del siglo. (4).

En datos recopilados por Population Reference Bureau en 1,996 se señala, que más de quince millones de mujeres adolescentes dan a luz cada año, lo que corresponde a un 10% de todos los nacimientos del mundo.

La OMS estima que el riesgo de morir debido a causas maternas es dos veces más altas para mujeres de 15 – 19 años y cinco veces más para mujeres de 10 – 14 años que para quienes tienen 20 años o más. (5).

Aunque a nivel mundial la tasa de fecundidad en adolescentes tiende a declinar, el mayor descenso de la tasa de fecundidad ocurre en edades superiores a los veinte años, esto hace que la proporción de embarazos e hijos en menores de 20 años aumenta y el número absoluto de hijos de adolescentes también aumenta por el aumento del número de población adolescente. (5).

Muchos de los embarazos y nacimientos que ocurren durante la adolescencia son involuntarios. En una selección de países de América Latina, del año 2009 un 20% a 60% de las mujeres menores de 20 años actualmente embarazadas, declararon que sus embarazos eran inoportunos o no deseados.

En América Latina cada año tres millones trescientos doce mil adolescentes llevan a término un embarazo, según una publicación de UNFPA (6) en el año 2001, Nicaragua tiene el mayor porcentaje de embarazos en la adolescencia de Centro América y el Caribe. En Nicaragua la mitad de las mujeres ya son madres al llegar a los veinte años. (3).

A medida que pasa el tiempo, Nicaragua se aleja más de la posibilidad de cumplir con uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como es la reducción de la mortalidad materna, ya que ha registrado un incremento en embarazos de

adolescentes, cuyo grupo tiene grandes riesgos de morir en el período de gestación o en el parto.

Según el recién publicado informe anual 2011 del observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos adolescentes, las cifras sobre paternidad no están disponibles y el 15% de las mujeres de entre 15 y 49 años no tiene la posibilidad de planificar sus embarazos. (7). De cada mil adolescentes nicaragüenses 158 se convierten en madre cada año y de 160 mil nacimientos anuales 40 mil corresponden a hijos de menores de edad. (3).

Respecto a la educación sexual por parte del estado en Nicaragua se observan limitantes enormes partiendo del hecho que cada gobierno trata de elaborar algún material sobre la temática, que en su mayoría carece de un enfoque preventivo y se muestra influenciado en mayor o menor rango por conceptos religiosos. A pesar de esto las investigaciones han identificado que el nivel de conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva ha aumentado entre las y los adolescentes en la última década en Nicaragua (21), sin embargo persisten deficiencias alrededor del ciclo y la ubicación de los días fértiles, de considerar el embarazo como responsabilidad de la mujer, así como el desconocimiento sobre las complicaciones del embarazo y se desconoce la edad óptima para un embarazo. (8).

Recientemente el MINED (Ministerio de Educación y Deporte) ha presentado el manual “Educación de la Sexualidad: Guía básica de consulta para docentes”, (9), la cual no ha llegado a las aulas de clase aun, pero ya hay opiniones muy discrepantes sobre su contenido, mientras uno lo elogian por ser *“un documento completo y ampliamente aceptado”* (Dr. Oscar Flores, miembro honorario de la Sociedad de Ginecología Obstetricia) otra (Mirna Blandón, activista del Movimiento Feminista y maestra retirada) menciona que *“su contenido sigue teniendo un enfoque biologicista, de la familia, anatómico, y no tiene un enfoque global, que incluya la sexualidad como condición humana”*.

Por parte del Ministerio de Salud han habido múltiples estrategias para enfrentar a los altos porcentajes de embarazos durante la adolescencia, como por ejemplo las Estrategias de Lineamientos básicos para la Prevención del Embarazo en la Adolescencia, (10), que contemplaba la instalación de clínicas de Adolescentes o Servicios Amigables para Adolescentes, dentro de las unidades de salud y la formación de clubes de adolescentes en barrios y comunidades. Actualmente se implementa el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), (11), que enfoca la problemática partiendo de la comunidad y familia y no prevé una atención específica al grupo etario en mención.

Se identifican tres tipos de barreras dentro de los servicios de salud, que interfieren con el acceso de las y los adolescentes y jóvenes a los servicios de salud, que se relacionan con características de las instalaciones, el diseño de los programas de salud sexual y reproductiva y el trato de los proveedores hacia los y las adolescentes. (12).

Un estudio de CAP realizado en el año 2010 en la Región Autónoma Atlántico Norte de Nicaragua en el marco de un proyecto de *Juventud y VIH*, presentó como sus principales resultados que a pesar de relativamente buenos conocimientos sobre salud sexual, los y las adolescentes muestran prácticas sexuales riesgosas y desconocen los derechos sexuales y reproductivos. (13).

La prácticas sexuales de riesgo que exponen a los y las adolescentes no solo a embarazos indeseados, si no también a infecciones de transmisión sexual/VIH-Sida se demuestra en el estudio de Ocón Milla, Leny Gioconda sobre Conocimientos y prácticas de riesgo sobre ITS de Adolescentes Valle de Ángeles, Francisco Morazán. Honduras. Octubre 2009. (21).

El embarazo y la maternidad de adolescentes es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos e hijas, familiares y a la comunidad en su conjunto.

III. JUSTIFICACION

La tasa de fecundidad entre las mujeres de 15 a 19 años es más alta en Nicaragua que en los demás países centroamericanos y en el Municipio de Somoto el porcentaje de embarazos durante la adolescencia se ha incrementando notablemente según los registros del departamento de estadísticas del Centro de Salud, (2009: 16%, 2010: 19%). Los adolescentes representan, según estimaciones y Proyecciones de Población 2000 – 2025, INIDE, el 23% de la población en el municipio de Somoto.

El momento de la maternidad tiene serias implicaciones para las mismas adolescentes y para el desarrollo social y económico de la nación. Los nexos entre la maternidad adolescente y las reducidas perspectivas de progreso socio económico están claramente establecidos.

En Somoto no se ha realizado un estudio CAP relacionado al embarazo durante la adolescencia. Aparte de las acciones de promoción, prevención y atención que realiza el Ministerio de Salud en la Ciudad de Somoto no existen otros actores que enfocan la temática de manera sistemática.

Resulta evidente indagar más acerca de los diversos componentes que intervienen en los conocimientos, actitudes y prácticas de adolescentes, identificar las fuentes principales de obtención de información que sin duda son importantes para la adquisición de habilidades de los y las adolescentes y por ende en el rol de protección o de riesgo ante el embarazo durante la adolescencia.

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas específicos que inciden en el aumento de embarazos adolescentes en Somoto ha sido la intención de esta investigación con el fin de diseñar estrategias integrales de prevención dentro de este grupo poblacional que posee un enorme potencial de cambio para sus vidas y sus comunidades.

Los resultados serán utilizados para crear actualizadas estrategias de intervención en salud sexual y reproductiva que pueden ser dirigidas a este segmento

poblacional. Además los hallazgos de este esfuerzo podrán servir de fundamento para diseñar campañas educativas con y para adolescentes que enfocan de manera específica la prevención del embarazo y la promoción de la salud sexual y reproductiva. Los resultados obtenidos en este estudio CAP, se pondrán a la disposición de organizaciones gubernamentales como no gubernamentales que tienen o tendrán presencia en el territorio.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta del estudio:

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los y las adolescentes con relación al embarazo, Somoto, Madriz, Nicaragua, en el primer semestre del año 2011?

Otras Preguntas:

¿Cuáles son las características sociales y demográficas del grupo de estudio?

¿Qué nivel de conocimiento tienen adolescentes sobre el embarazo durante la adolescencia?

¿Cuáles son las actitudes sobre el embarazo que tienen adolescentes?

¿Cuáles son las prácticas relacionadas con el embarazo?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General:

Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los y las adolescente la Ciudad de Somoto, Madriz, Nicaragua en el primer semestre del año 2011.

5.2 Objetivos Específicos:

1. Describir las características sociales y demográficas del grupo de estudio.
2. Valorar los conocimientos que tienen los y las adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia.
3. Conocer las actitudes de los y las adolescentes relacionados al embarazo.
4. Identificar las prácticas sexuales de los y las adolescentes relacionados al embarazo.

VI. MARCO CONCEPTUAL Y DE REFERENCIA:

La Organización Mundial de La Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años de edad, coincidiendo su comienzo con los cambios puberales (10 a 14 años) y finalizando al cumplir gran parte del crecimiento y desarrollo morfológico entre la edad de 15 a 19 años. (3). Se subdivide esta etapa del desarrollo humano en 3 etapas:

Adolescencia temprana: 10 a 13 años.

Adolescencia media: 14 a 16 años.

Adolescencia tardía: 17 a 19 años

En la adolescencia comienza un largo proceso de autodefinición, siendo la definición sexual y de género dos procesos claves. El deseo y el interés sexual se incrementan en la medida que se acelera el desarrollo hormonal y al mismo tiempo se enfrentan en mayor o menor escala presiones y expectativas de la familia, de los pares y de la sociedad en general. (3)

El embarazo es el estado de la mujer gestante, en el cual se desarrolla un feto en su útero. El embarazo comprende desde la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide, el proceso físico de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos, metabólicos y psicológicos, hasta el parto o expulsión del feto al exterior. Su duración normal es de 38 semanas desde la fecundación, es decir 40 semanas desde la fecha de última regla.

El embarazo humano es posible desde la primera menstruación hasta la menopausia, aunque se recomienda la edad "ideal" en mujeres mayores de 20 y menores de 35 años de edad.

El embarazo adolescente o también llamado embarazo precoz es aquel que ocurre en niñas o adolescentes es decir en mujeres de 19 años o menor.

Son muchos los factores que influyen en la fecundidad, entre los principales se destacan:

La educación sexual, la edad de la primera relación sexual, el uso de métodos anticonceptivos, la edad al casarse, la disponibilidad de programas de planificación y calidad del servicio de salud, la relación entre madre, padre y adolescente, personalidad del individuo, pares, el nivel de educación del adolescente, el nivel de ingreso económico familiar, la posición de la mujer en la sociedad.

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.

Determinantes de la fecundidad en la adolescencia:

Ver anexo 1, modelo explicativo del problema.

Factores biológicos:

La edad de menarquia es un factor determinante de la capacidad reproductiva, la que está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios que alcanzan cerca del 50% de las adolescentes 2 años después de la primera menstruación.

Entre los fenómenos que constituyen la aceleración secular del crecimiento está el adelanto de la edad de menarquia. En el último siglo, la menarquía se ha adelantado entre 2 y 3 meses por década, descendiendo desde más o menos los 15 años de edad a alrededor de los 12 (últimos 150 años). Así, los adolescentes son fértiles a una edad menor. (14).

Factores psicosociales:

El adelanto de la menarquía es un factor biológico que se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad. Los factores psicosociales que acompañan a la modernización y su influencia en los roles personales y familiares son también contribuyentes, al existir grandes contradicciones: por una parte las características biológicas permiten la reproducción más temprana, por otra, la sociedad retarda la edad en que se considera adulto con todos los derechos y deberes (hay sociedades en las que se ha intercalado una década entre la menarquia/espermarquia y la independencia económica y laboral). Este conjunto de elementos hace que aumente el período de exposición al riesgo de embarazo fuera del marco, socioculturalmente aceptado, del matrimonio estableciéndose, además, expectativas poco realistas sobre el comportamiento sexual de los adolescentes. (15).

Conducta sexual:

Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos, aunque algunos estudios estiman que el 50% de los adolescentes menores de 17 años es sexualmente activo. En 8 países participantes de las encuestas de demografía y salud se encontró que entre 53 y 71% de las mujeres habían tenido relaciones antes de los 20 años. En Chile distintos estudios indican que el 40% de los adolescentes escolares han tenido relaciones sexuales (47% de los hombres, 32% de las mujeres), siendo más alto en el nivel socioeconómico bajo (63%), seguido del medio (49%), y menor en el alto (17%). (16)

Disfunción familiar:

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia

se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana y madre con historia de embarazo adolescente.

Psicológicos y Culturales:

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas "eso no les va a pasar". La necesidad de probar su fecundidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo.

Sociales:

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Anticoncepción y embarazo adolescente:

La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. De estos adolescentes, no más de un 30% usó algún método anticonceptivo en ese período, aduciendo que estaban convencidos que "eso no iba a pasarles", lo no planificado del momento del coito, ignorancia de los métodos de anticoncepción,

temor a ser criticados si usaban un método anticonceptivo, o a que los padres supieran que tenían actividad sexual. (3) y (19).

El uso de anticonceptivos en adolescentes es inferior que el de las mujeres de toda edad, aún en las casadas, con tasas de 9% en Guatemala, 30% en Colombia y hasta 50% en Brasil. Las cifras son más bajas en áreas rurales. Los métodos más utilizados son el coito interrumpido, y el método de calendario, (no siempre bien utilizados) seguido de la píldora. (3).

La literatura señala que durante el año siguiente al parto, el 30% de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas, y entre el 25 y 50% durante el segundo año. Como factores de riesgo para la recidiva se han identificado: primer embarazo antes de los 16 años, pareja mayor de 20 años, deserción escolar, estar en un nivel escolar menor al que le correspondería, haber requerido asistencia social en el primer embarazo, haber tenido complicaciones durante el primer embarazo, y haber salido del hospital sin conocer métodos de planificación familiar. (3)

Fenomenología del embarazo en la adolescente

El embarazo de la adolescente es una crisis que se sobre impone a la crisis de la adolescencia y que presenta características diferentes según la etapa de desarrollo de la adolescente en que se presente.

Actitud frente al embarazo y la maternidad:

a. Etapa de adolescencia temprana

El impacto del embarazo se suma al del desarrollo puberal en esta etapa de desarrollo, donde el foco de preocupación es su propio cuerpo y la separación de la madre. No hay concepto de desarrollo de una vida individual y no son capaces de dibujar un bebé de aspecto real. No hay lugar para el padre en sus planes.

El tema de la maternidad provoca depresión y aislamiento y si, como muchas veces ocurre, el embarazo es causado por abuso sexual, la situación se complica mucho más. Puede presentarse una incidencia elevada de trastornos emocionales y negación patológica.

b. Etapa de adolescencia media

Como ya tiene establecida la identidad del género, el embarazo se relaciona con la expresión del erotismo. Es muy común que "*dramaticen*" la experiencia corporal y emocional. Frecuentemente las adolescentes en esta etapa oscilan entre la euforia y la depresión frente al embarazo.

c. Etapa de adolescencia tardía

El foco del desarrollo es la consolidación de la identidad y de las relaciones interpersonales, por lo que el embarazo puede ser visto como una forma de consolidar la intimidad y comprometer al varón como un futuro compañero. Es en la etapa de la adolescencia tardía que se ve el impacto de la realidad y las jóvenes desarrollan gran preocupación por adaptarse a su rol de madre: sentimientos maternales protectores y sensación de anticipación del hijo.

Referencias internacionales de convenciones y leyes.

En general se considera que los adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año dan a luz aproximadamente 16 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años.

Para el año 2015 los 191 Estados Miembros de las Naciones Unidas, se han comprometido a cumplir Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM), de las cuales algunos se refieren específicamente al desarrollo y la salud de adolescentes y al

embarazo durante la adolescencia y sus consecuencias: ODM 4: Reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes en el periodo 1990-2015

- $\frac{3}{4}$ Tasa de mortalidad materna
- $\frac{3}{4}$ Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado
- $\frac{3}{4}$ La mortalidad materna en menores de 15 años que es 4 veces mayor que en otras edades

ODM 5: Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad en menores de cinco años en el periodo 1990-2015

- $\frac{3}{4}$ Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
- $\frac{3}{4}$ Tasa de mortalidad infantil
- $\frac{3}{4}$ Porcentaje de niños de un año vacunados contra el sarampión

Lanzamiento de la Agenda de Salud para las Américas 2008 – 2017

En la Agenda de Salud para las Américas en la Declaración de los Ministros y Secretarios de Salud, Presentada por los Ministros de Salud de las Américas en la Ciudad de Panamá, junio de 2007 se indica que los embarazos de adolescentes, en su mayoría no deseados, llegan al 20% del total de embarazos en muchos países y son un desafío evidente para las futuras madres, los padres y sus hijos.

Estado Actual del tema:

Desde la década de 1970, la fecundidad ha caído fuertemente en América Latina y el Caribe a consecuencia de una combinación de cambios socioeconómicos (industrialización, urbanización, modernización), culturales (secularización de valores, individualización en proyectos de vida, nuevos estilos de familia), de género (creciente inserción laboral y protagonismo social de las mujeres) y tecnológicos (especialmente en el plano anticonceptivo).

En algunos países, este proceso ha sido apoyado por políticas y campañas públicas en favor de la planificación familiar. Y también contribuye la difusión de

ideas y pautas de conducta afines al control reproductivo y con mayor variedad de roles sociales y trayectorias de vida, sobre todo para las mujeres.

En este marco histórico hasta la década de 1980 bajo la incidencia de embarazos en la adolescencia paulatinamente, sobre todo en algunos países de la región con una elevada fecundidad.

Pero desde entonces la fecundidad antes de los 20 años ha presentado una tendencia distinta, con una nueva propensión al aumento en varios países.

Esta resistencia al descenso de la fecundidad adolescente ha conducido a la región a una posición ambigua a escala global. Por una parte, ella presenta niveles de fecundidad inferiores a la media mundial y de los países en desarrollo. Pero por otra, registra niveles de fecundidad adolescente que rebasan sensiblemente la media mundial, solo superados por los índices de África. América Latina y el Caribe es la región del mundo en que los nacimientos de madres adolescentes representan la mayor fracción del total de nacimientos. (Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años, año 2007, 75.57, para un porcentaje del total de nacimientos vivos, cuya madre es adolescente del 18%). (17).

La persistencia de altas tasas de embarazo y maternidad adolescente en la región inquieta y tiene diversas causas. Entre las primeras se destaca el inicio cada vez más temprano del ejercicio de la sexualidad en los y las jóvenes, y el impacto incierto que ejercen los medios de comunicación en esta temática, incluso en programas dirigidos a niños y adolescentes. En lo político, debe constatarse la insuficiente educación sexual en el sistema educativo en muchos de los países, la falta de políticas públicas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y mujeres jóvenes, y la no consideración de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.

Además de su resistencia al descenso, la fecundidad adolescente preocupa por que genera una gama de adversidades que afectan tanto al binomio madre-hijo como a la generación precedente, los padres de los y las adolescentes, que

suelen actuar como soporte ante las diversas dificultades que implica la crianza para las y los adolescentes.

La trayectoria de la fecundidad adolescente antes descrita desconcierta por al varias razones. A escala global se observa una correlación entre el descenso de la fecundidad total y el de la fecundidad de las adolescentes, mientras en la región se aprecia una estabilidad de la fecundidad adolescente pese al fuerte descenso de la TGF (tasa global de fecundidad).

La transición demográfica clásica es seguida, en general, de la denominada segunda transición demográfica, entre cuyos componentes se encuentra el retraso en que se tiene el primer hijo, lo que no ocurre en la región. (18).

La reproducción en la adolescencia, en todo estrato socioeconómico, se relaciona con probabilidades más altas de pérdida intrauterina, mortalidad materna e infantil y con complicaciones obstétricas y en el puerperio para las madres. Los mayores riesgos se constatan con claridad en los embarazos de menos de 18 años, pues pasada dicha edad la biología reproductiva esta mas próxima a alcanzar su plenitud.

Hay dificultades objetivas para compatibilizar el embarazo y la crianza con la educación y la inserción laboral. La mayoría de las madres adolescentes viven con sus padres o suegros y se dedican a actividades domésticas. Muchas veces no asisten a la escuela pero tampoco ingresan al mercado de trabajo, y cuando lo hacen suele ser en condiciones precarias. A estas vulnerabilidades se agrega la presión sobre el presupuesto de los padres de las adolescentes progenitoras, que frecuentemente terminan por asumir parte importante del proceso de crianza. Esto se verifica con más intensidad a menor edad de la madre adolescente. (2).

En el ámbito educativo, en la región todavía persisten mecanismos que redundan en la expulsión o marginación de la escuela de las estudiantes embarazadas. La deserción es frecuente y la reanudación escolar en lo general no ocurre seguidamente.

Las embarazadas adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres solteras y enfrentan la ausencia e irresponsabilidad de los hombres.

En América Latina y en el Caribe la fecundidad es mucho más frecuente entre adolescentes pobres. La probabilidad de ser madre en esa etapa de la vida aumenta entre las adolescentes de dicho estrato poblacional. Según estudios más reciente en la región, basado en el procesamiento de micro datos censales, durante los últimos años esta concentración de los riesgos de ser madre adolescente entre los pobres se incrementó, tanto a escala nacional como para las zonas urbanas. Según dicho censo de las rondas de 1990 y de 2000 la tasa de fecundidad adolescente por 1000 en estratos socioeconómicos extremos muestra en todos los países analizados que la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre (4) triplica al menos la del quintil más rico y en varios la relación es de 5 a 1.

Muchos embarazos durante la adolescencia son no deseados. Estos altos índices de fecundidad no deseada sugieren que no se están ejerciendo los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes. Tales limitaciones deberían estar en el centro del debate actual sobre este tema y también la manera adecuada de intervenir en dicha temática.

En esta relación entre fecundidad no deseada y privación en el ejercicio de derechos destaca particularmente la inequidad de género, pues son las mujeres quienes viven y padecen con mayor fuerza las consecuencias del embarazo no deseado. Sea porque los hombres (adolescentes o no) tienden a eludir su responsabilidad. Sea porque la responsabilidad de la prevención se imputa unilateral e injustamente a la mujer, cuando los hombres deberían ser al menos igualmente activos en protegerse contra embarazos no deseados. Sea porque las adolescentes sexualmente activas que se cuidan suelen ser objeto de estigmas y descalificaciones por parte de sus contrapartes masculinas y de otras mujeres. Y más dramático aún, sea porque una parte de la reproducción adolescente, difícil de cuantificar, tiene su origen en la violencia y en el abuso sexual, o bien en el aprovechamiento desleal, muchas veces cometido por adultos.

La resistencia a la baja en la reproducción en la adolescencia, junto con todos los problemas que conlleva, desafía a las políticas públicas puesto que delata debilidades diagnósticas y fracasos programáticos, y muestra claramente la necesidad de criterios transversales y de complementariedad en campos diversos de intervención.

VII. DISEÑO METODOLOGICO:

a). Tipo de estudio:

Es un estudio CAP o KPC, cuantitativo, sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de la población adolescentes de la ciudad de Somoto, de ambos sexos, que inciden en el aumento de embarazos en mujeres menores de 20 años.

b). Universo:

Comprende los y las adolescentes de la ciudad de Somoto, departamento de Madriz, Nicaragua., según INIDE para el año 2010, 3238 personas, correspondiendo 50% a cada sexo.

c). Marco Muestral:

Abarcó los 22 barrios que integran la ciudad de Somoto.

d). Muestra:

La muestra se conformó por adolescentes de ambos sexos que habitan en la ciudad de Somoto, con un nivel de confianza del 95% y un error máximo permitido de 5%. Se estimó el tamaño muestral con la fórmula para el cálculo de muestras en estudios descriptivos obteniéndose el valor de 66 adolescentes, 3 de cada barrio que conforman a la ciudad de Somoto.

Ver Anexo 5. 38 de los y las adolescentes que participaron en la investigación se encontraron en el Instituto Nacional Autónomo de Madriz (escuela secundaria que atiende 85% de adolescentes de la ciudad), los restantes 28 adolescentes se buscaron en los barrios a lazar para cumplir con la muestra de 3 adolescentes por sector.

e). Unidad de análisis:

Los adolescentes residentes de la ciudad de Somoto.

f). Variables del estudio:

A. Características socio demográficas:

- Edad,
- Sexo,
- Escolaridad,
- Estado civil,
- Ocupación,
- Tipo de familia: midiendo la presencia de familias nucleares completas, padre, madre e hijos, o incompletas con ausencia de uno de los padres, o familias reconstituidas con padrastros o madrastras.

B. Nivel de conocimiento sobre el embarazo y la prevención del mismo, durante la adolescencia:

- Conocimientos sobre ciclo menstrual.
- Conocimientos sobre riesgos del embarazo para la mujer adolescente.
- Conocimientos sobre riesgos en niños de madres adolescentes.
- Conocimientos sobre métodos anticonceptivos.
- Conocimientos sobre consecuencias del embarazo durante la adolescencia.
- Principal fuente de información sobre el embarazo en adolescencia

C. Actitudes relacionadas con el embarazo durante la adolescencia

- Opinión respecta a tener varias parejas sexuales
- Actitud de usar un método anticonceptivo en cada relación sexual
- Actitud frente al uso de métodos anticonceptivos en el futuro
- Actitud al tener la oportunidad de tener relaciones sexuales sin un método anticonceptivo
- Opinión sobre relaciones sexuales sin MAC para agradar a su pareja
- Actitud frente a la maternidad o paternidad

D. Prácticas relacionados al embarazo durante la adolescencia

- Inicio de vida sexual activa
- Cantidad de compañeros/as sexuales
- Uso de método anticonceptivo
- Abstinencia sexual
- Embarazo
- Hijos/as
- Responsabilidad paterna o materna

g). Criterios de selección:

Los criterios de selección fueron:

- ser adolescente, (tener entre 15 y 19 años de edad),
- vivir en la ciudad de Somoto,

Exclusión: enfermedad mental, discapacidad física relevante.

h). Fuentes y obtención de datos:

Encuestas CAP.

i). Técnicas e Instrumentos:

El cuestionario, **ver anexo 3**, se aplicó de manera individual al o a la adolescente bajo condiciones de privacidad y confidencialidad. La participación era voluntaria. Se construyó una encuesta con 23 preguntas cerradas y abiertas, que fueron divididas en 4 secciones correspondientes a las variables del estudio y abarcaron:

1. Características socio demográficas.
2. Preguntas encaminadas a la búsqueda de información y conocimiento que tienen los adolescentes con relación al embarazo durante esta etapa de desarrollo. Se establecieron escala de valores que permitieron identificar el nivel de conocimiento encontrado.
3. Actitudes frente al embarazo, buscando la disposición psicológica adquirida a través de la propia experiencia de los adolescentes.

4. Prácticas en Sexualidad y Reproducción que inciden en salir o no embarazada, o embarazar o no.

Las actitudes se midieron en base a la escala de Likert, mediante porcentajes, ubicando las opciones en: Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, Indeciso, totalmente de acuerdo y de acuerdo, dándoles un valor numérico en donde los valores altos reflejan una actitud adecuada y los porcentajes bajos indican una actitud inadecuada.

Las variables de conocimientos y prácticas fueron medidas a través del número de respuestas correctas y se ubicaron en una escala por nivel de conocimiento.

j). Procesamiento de la información:

Recolección de los datos: Se realizó por la investigadora, al o a la adolescente en un ambiente privado con previo explicación de la razón del estudio y consentimiento previo del participante.

Procesamiento de Datos: Los datos fueron procesados en EPI Info 3.5.1 con codificación de las encuestas.

k). Análisis de Datos, cruce de variables:

Análisis de datos: Los datos fueron analizados y presentados en tablas de salida y gráficos según las características de las variables utilizadas, reflejando datos relevantes para ser presentados.

l). Trabajo de campo o de terreno

El instrumento fue validado en una población con características similares, (Municipio de San Lucas, Madriz), las adecuaciones fueron incorporadas al cuestionario y aplicadas en la población adolescente que era sujeto del estudio.

m). Tabla de operacionalización de las variables

La operacionalización de variables se realizó antes de aplicar la encuesta con el fin de poder elaborar el instrumento. **Ver anexo 2.**

n). Aspectos éticos

La autonomía refleja para este estudio que cada adolescente tenía el derecho de participar o no en la entrevista. Condición necesaria para que el o la adolescente pudiera hacer valer su autonomía era el ejercicio de la libertad (independencia de influencias controladoras) en la toma de decisiones. Requisitos para ejercer la autonomía era disponer de la información adecuada, la cual se brindó a cada participante.

Otro aspecto ético a tomar en cuenta en este estudio era el derecho al anonimato del adolescente que brindó información a través de sus respuestas en la encuesta.

VIII. RESULTADOS

8.1. Características socio demográficas:

- El 68% (45) de los adolescentes entrevistadas oscilan en el rango de edad de los 15 a los 17 años, y el 32% (21) corresponde a los de 18 y los 19 años.
- En cuanto al sexo el 50% (33), corresponde a adolescentes varones y el otro 50% (33) a adolescentes mujeres.
- 68% (45) de los y las adolescentes no han concluido su secundaria, mientras el 32% (21) tienen secundaria completa.
- Con relación al estado civil de los y las adolescentes participantes en el estudio, el 77% (51) son solteros, el 20% (13) tiene una relación de pareja de unión libre y el 3% (2) de las adolescentes están casadas.
- De los adolescentes entrevistados el 70% (46) no trabaja y 30% (20) ya tienen una ocupación. De los que trabajan el 60% (12) corresponden al sexo masculino y el restante 40% (8) al sexo femenino. Los varones se desempeñan como comerciantes 25% (3), en albañilería un 25% (3), como micro empresario 25% (3) y otro 25% (3) en otras áreas. Las adolescentes se desempeñan en un 50% (4) como empleada domestica y 25% (2) en otros oficios.
- Respecto al tipo de familia que pertenecen los adolescentes entrevistados 57% (38) provienen de una familia nuclear, 20% (13) viven en una familia incompleta y 23% (15) son de una familia reconstituido.

8.2 Conocimientos sobre el embarazo y la prevención del mismo, durante la adolescencia.

a) Ciclo Menstrual:

- Sobre la duración del ciclo menstrual fisiológico el 65.1% (43) poseen un conocimiento correcto (el ciclo menstrual dura entre 23 y 35 días), mientras el 34.9% (23) de adolescentes tienen un conocimiento erróneo respecto a la duración del ciclo menstrual, refiriendo que el ciclo menstrual dilata menos de 23 o más de 35 días, o no responden..
- En lo que se refiere al período menstrual resulta que 84.8% (56) de los adolescentes cuentan con conocimiento correcto, (dura entre 3 y 5 días), mientras el 15.2% (10) refiere que el periodo menstrual fisiológico dilata menos de 3 días o más de 8 días al mes.
- 39.4% (13) de los varones adolescentes saben que en un ciclo menstrual fisiológico de 28 días, los días fértiles se ubican alrededor del día 14 del ciclo, de las adolescentes mujeres este porcentaje se aumenta a 63.6% (21). El 60.6% (20) de de los entrevistados varones no saben ubicar los días fértiles correctamente, mientras que en el sexo femenino este porcentaje se ubica en un 36.4% (12).

b) Embarazo:

- El 86.4% (57) de todos los adolescentes saben que un embarazo ocurre durante una relación coital durante los días fértiles sin uso de un método anticonceptivo (MAC). Sin embargo un 13.6% (9) creen que un embarazo resulta al tener relaciones sexuales durante la menstruación o unos días antes de que inicia un periodo menstrual.

- Respecto al conocimiento sobre la prevención del embarazo el 72.8% (48) de los adolescentes refieren que un embarazo se previene a través del uso de un MAC, 27.2% (18) mencionan a la abstinencia y al uso de un MAC.

- Los riesgos que corre una adolescente embarazada fueron mencionados en los siguientes porcentajes:
 - 47% (31) problemas médicos (infecciones, complicaciones en el embarazo, infecciones, desnutrición materna)
 - 15.1% (10) problemas médicos y muerte.
 - 13.6% (9) problemas familiares.
 - 9% (6) problemas familiares y discriminación
 - 6.1% (4) abandono por pareja
 - 6.1% (4) problemas médicos y fracaso en el estudio y para el futuro.
 - 3.1% (2) otros riesgos.

- Los riesgos que corre un niño o una niña de una madre adolescente fueron mencionados en los siguientes porcentajes:
 - 33.3% (22) maltrato y abandono
 - 28.9 (19) problemas médicos (desnutrición, prematuro, enfermedades).
 - 22.7 (15) maltrato.
 - 9% (6) abandono, problemas médicos y muerte
 - 6.1% (4) muerte.

- Las consecuencias futuras para una madre adolescente fueron mencionados en los siguientes porcentajes:
 - 28.9% (19) abandono por la pareja y por la familia.
 - 22.7% (15) abandono por pareja
 - 22.7% (15) mucha responsabilidad y falta de libertad
 - 13.6% (9) fracaso en el estudios.
 - 9% (6) problemas económicos.
 - 3.1% (2) problemas psicológicos.

c) Métodos de Anticoncepción:

- 15.1% (10) adolescentes entrevistados conocen 1 o 2 MAC, 25.8% (17) conocen 3 MAC, 28.8% (19) mencionan 4 MAC y 30.3% (20) conoce más de 4 MAC.

- El 50% (33) de los y las adolescentes conocen la pastilla, el condón y la inyección, 25.8% (17) mencionan la pastilla, el condón, la inyección y la pastilla para la mañana siguiente, solamente la pastilla y el condón conocen e 17.6% (5), otro 7.6% (5) conocen la pastilla, el condón la inyección y el dispositivo intrauterino y 9% (6) mencionan otras combinaciones.

- La pastilla para la mañana siguiente mencionan 47% (31) de los y las adolescentes como un método anticonceptivo.

- Respecto al momento adecuado para iniciar con el uso de un MAC posee el 65.2% (43) de los y las adolescentes un conocimiento adecuado mientras un 34.8% (23) tienen conocimientos incorrectos (nunca en menores de 16 años y al cumplir los 16 años).

- Para acceder a un MAC los adolescentes de ambos sexos refieren los siguientes lugares:
 - 33.3% (22) Centro de Salud y Hospital.
 - 28.8% (19) Centro de Salud, Hospital y Farmacia.
 - 21.2% Centro de salud y organización no gubernamental
 - 10.6% (7) venta y farmacia.
 - 6.1% (4) otros lugares.

- Las ventajas del preservativo que refieren conocer los y las adolescentes fueron en un 40.9% (27) el doble efecto (prevención del embarazo y de infecciones de transmisión sexual), 7.6% (5) refieren que el condón es de uso fácil, mientras un 51.5% (34) no identifica ninguna ventaja en este MAC.

- Como desventajas mencionan los y las adolescentes:
 - 36.4% (24) no evita las infecciones de transmisión sexual en cien por ciento.
 - 33.3% (22) puede romper.
 - 12.1% (8) disminuye la satisfacción sexual.
 - 8% otras.

- Las ventajas de la pastilla que refieren conocer los y las adolescentes fueron en un 60.6% (40) su eficacia contra el embarazo, 21.1% (14) mencionan como ventaja su uso fácil, 6.1% (4) refieren como ventaja la plena satisfacción sexual, 6.1% (4) dicen que las pastillas son gratuitas en el centro de salud y 6.1% (4) no conocen las ventajas de este MAC.

- La principal desventaja de la pastilla, que conocen adolescentes de ambos sexos son los problemas físicos para la mujer mencionándolos un 27.2% (8), el hecho de que la pastilla no evita ITS lo refieren 21.2% (14), un 18.3% (12) no conoce ninguna desventaja, 12.1% (8) poseen creencias erróneas, otro 12.1% (8) menciona que hay que tomarlas diariamente y un 9.1% (6) dicen que las pastillas no protegen totalmente contra un embarazo. Entre los problemas físicos que provoca este método en la mujer mencionan los y las adolescentes los siguiente: manchan la cara, causan dolor de cabeza, provocan vómitos, descontrolan el ciclo, engordan.

- Los y las adolescentes en un 50% (33) mencionan que la principal ventaja de DIU (dispositivo uterino) es su eficacia contra el embarazo. Las adolescentes mujeres refieren además que otras ventajas son su uso local 7.6% (5). El 42.4% (28) no conocen ninguna ventaja de este MAC.
- Respecto a las desventajas del DIU un 24.2% (16) de los adolescentes de ambos sexos mencionan que se puede “encarnar” o desviar, 12.1% (8) refiere que es incomodo y causa dolor, 6.1% (4) que no protege contra ITS, 45.4% (30) no conocen ninguna desventaja acerca de este método anticonceptivo y 12.1% (8) mencionan otras desventajas.
- 53% (35) de los y las adolescentes refieren que la principal ventaja de la inyección es su eficacia contra el embarazo, 36.4% (24) mencionan que la inyección es un método de uso fácil, ya que solo se inyecta una vez al mes o cada tres meses. 4.5% (3) mencionan que la inyección no tiene costo en el centro de salud y el 6.1% no responde.
- Respecto a las desventajas de la inyección, 48.4% (32) mencionan problemas físicos en la mujer (mancha la cara, engorda, descontrola el ciclo), 24.2% (16) expresan que no evita ITS, 6.1% (4) dicen que provoca infertilidad y otro 6.1% (4) que son costosos. Un 15.2% no conoce desventajas de la inyección.

d) Fuentes de información:

- Las fuentes de información que mencionan los y las adolescentes son en orden de mayor a menor las siguientes:
 - 33.3% (22) centro de salud.
 - 19.7% (13) centro de salud y escuela.
 - 16.7% (11) centro de salud y hospital.
 - 16.7% (11) radio y ONG.
 - 9.1% (6) amigos/ amigas y TV.
 - 4.5% (3) otras.

8.3 Actitudes relacionadas al embarazo y la prevención del mismo, durante la adolescencia.

- En relación a la opinión de los adolescentes varones sobre tener varias parejas sexuales al mismo tiempo, resulta que el 12.1% (4) opina que definitivamente que si y probablemente que si 27.3% (9), mientras el 6.1% (2) están indecisos y el 54.5% (18) opinan que probablemente o definitivamente no tendrían varias parejas sexuales simultaneas.
- Las adolescentes mujeres tienen las siguientes opiniones respecto a tener varias parejas sexuales simultáneas: El 6.1% (2) opinan que definitivamente, 12.1% (4) probablemente, 15.2% (5) están indecisas, 18.2 (6) refieren que probablemente no y 48.4% (16) definitivamente no tendrían múltiples parejas sexuales.
- La opinión de los adolescentes respecto al uso de un MAC en relaciones sexuales futuras la encuesta refleja lo siguiente: El 57.5% (19) opina que definitivamente que si, el 27.3% (9) probablemente que si, 9.1% (3) están indecisos, 6.1% (2) dicen que probablemente que no y ninguno opina que definitivamente que no.

- Las adolescentes mujeres opinan sobre el potencial uso de un MAC en una relación sexual futura los siguiente: El 63.6% (21) opina que definitivamente que si, el 30.3% (10) probablemente que si, 6.1% (2) están indecisas, y ninguna opina que probablemente o definitivamente que no.
- Respecto a la actitud de los adolescentes varones en usar en cada relación sexual un MAC, se obtiene la siguientes opiniones: El 54.5% (18) definitivamente que si, el 30.3% (10) probablemente que si, 9.1% (3) están indecisos, 6.1% (2) dicen que probablemente que no y ninguno refiere definitivamente que no.
- En las adolescentes mujeres se obtiene las siguientes opiniones referente al uso de un MAC en cada relación sexual: 63.6% (21) definitivamente que si, 33.3% (11) probablemente que si, 3% (1) son indecisas, y ninguna dice que probablemente o definitivamente que no.
- Sobre la actitud que tomarían los adolescentes varones teniendo relación sexual sin MAC, si la pareja se lo pediría se obtuvo las siguientes opiniones: El 12.1% (4) definitivamente que si, 12.1% (4) probablemente que si, el 27.3% (9) está indeciso, otro 30.3% (10) refiere que probablemente que no y un 18.1% (6) opinan que definitivamente que no.
- Sobre la actitud que tomarían las adolescentes mujeres si tendrían relación sexual sin MAC, si la pareja se lo pidiera se obtuvo las siguientes opiniones: Ninguna dice que definitivamente que si, 3% (1) probablemente que si, 15.2% (5) están indecisas, el 18.2% (6) refieren que probablemente que no y un 63.6% (21) opinan que definitivamente que no.

- Respecto a la actitud que optaran los adolescentes varones, de dejar a su pareja si esta saliera embarazada, resultó lo siguiente: El 18.2% (6) opinan que definitivamente que si, 21.2% (7) probablemente que si, 15.2% (5) están indecisos, 21.2% (7) probablemente que no y 24.2% (8) definitivamente que no.
- Respecto a la actitud que optaran las adolescentes mujeres si abortarían si en caso saldrían embarazada durante la adolescencia resultó de la siguiente manera: El 6.1% (2) opinan que definitivamente que si, 12.1% (4) probablemente que si, 9.1% (3) están indecisas, 18.2% (6) probablemente que no y 54.5% (18) definitivamente que no.
- Acerca de la actitud que toman los adolescentes varones si tuvieran relaciones sexuales coitales sin MAC para agradar a su pareja opinan como sigue: El 12.1% (4) opinan que definitivamente que si, 15.2% (5) probablemente que si, 27.3% (9) están indecisos, 27.3% (9) probablemente que no y 18.1% (6) definitivamente que no.
- La actitud de las adolescentes mujeres si tuvieran relaciones sexuales coitales sin MAC para agradar a su pareja resultó de la siguiente manera. 3% (1) menciona que definitivamente que si, 6.1% (2) adolescentes afirman que probablemente si, 15.2% (5) son indecisas, 18.2% (6) refieren que probablemente no lo harían y 57.5% (19) dicen definitivamente que no.

8.4 Prácticas relacionadas al embarazo y la prevención del mismo, durante la adolescencia.

- Relacionado al inicio de la vida sexual los adolescentes varones muestran la siguiente práctica: 60.6% (20) ya iniciaron vida sexual activa, 39.4% (13) no han iniciado vida sexual activa.
- Las prácticas de las adolescentes mujeres respecto al inicio de la vida sexual activa muestra que 39.3% (13) ya han comenzado a tener relaciones sexuales coitales, mientras que el 69.7% (23) refieren que aun no han iniciado.
- Al indagar sobre la edad de inicio de la vida sexual activa contestaron los varones adolescentes, que el 40% (8) comenzó a tener relaciones sexuales a los 16 años cumplidos, 25% (5) con la edad de 17 años, 15% (3) a los 18 años, 10% (2) a los 15 y 10% (2) a la edad de 14 años.
- Respecto a la práctica de inicio de vida sexual activa de las adolescentes mujeres resulta que 30.7% (4) comenzaron con 18 años y 23.1% (3) respectivos para las edades de 16 y 17 años y 15.4% (2) a los 14 años, 7.7% (1) a los 14 años.
- También se indagó a los adolescentes sobre el número de parejas sexuales que han tenido desde que iniciaron vida sexual activa: los varones muestran al respecto las siguientes prácticas: 65% (13) han tenido una sola pareja, 25% (5) refieren haber tenido dos parejas sexuales y 10% (2) tuvieron cuatro parejas sexuales. Las adolescentes mujeres tienen las siguientes practicas relacionados al número de parejas sexuales: 69.2% (9) una sola pareja, 15.4% (2) dos parejas y otros 15.4% (2) no quiso manifestarse al respecto.

- Respecto al uso actual de un MAC en los adolescentes sexualmente activos, resulta que: En los varones el 75% (15) usa un MAC y 25% (5) no usan, de las adolescentes mujeres un 61.5% (8) si usa un MAC y 38.5% (5) no lo usan.
- De los adolescentes sexualmente activos un 45% (9) ya ha engendrado un hijo/a, mientras el 55% (11) no. De las adolescentes mujeres el 38.5% (5) no se ha embarazado, mientras el 61.5% (8) ha estado embarazada.
- Se los adolescentes varones que han causado un embarazo, 33.3% (3) son padres adolescentes y de las adolescentes que han estado embarazadas 37.5% (3) son madres.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

9.1. Características socio demográficas:

Al conocer las características socio demográficas de los adolescentes participantes en la presente investigación, la edad predominante corresponde a la adolescencia media, la mitad son adolescentes varones y la otra mitad corresponde al sexo femenino.

Todos los adolescentes estudian secundaria o han concluido su secundaria, lo cual corresponde a su edad.

De acuerdo a la edad de los adolescentes se supone que la mayoría están solteros o solteras, sin embargo un cuarto de ellos ya viven en unión libre o casados.

La etapa de la vida que cursan, debería estar destinada principalmente a estudios y preparación técnica para su futuro, no obstante una tercera parte de ellos ya están laborando, y el tipo de ocupación que refieren realizar refleja su extracto socio económico bajo a medio.

Un poco más de la mitad de los adolescentes viven en una familia nuclear, los demás son de familias lideradas por mujeres o familias reconstituidas lo que corresponden estadísticamente a los niveles nacionales del país reflejados en la “Encuesta de Hogares para la medición de la pobreza en Nicaragua, FIDEG 2009”. (24).

9.2 Conocimientos sobre el embarazo y la prevención del mismo, durante la adolescencia.

Solamente la mitad del grupo estudiado alcanza un nivel satisfactorio de conocimientos sobre el ciclo menstrual, el período menstrual y la ubicación de los días fértiles. Es evidente entonces que existe carencia de información especialmente en torno a la localización de los días fértiles en un ciclo menstrual fisiológico.

La gran mayoría sabe como ocurre un embarazo y todos indican que los métodos anticonceptivos son para prevenir un embarazo y casi la mitad de adolescentes refiere adicionalmente a la abstinencia sexual como prevención.

Respecto a los riesgos a los cuales se afronta una adolescente embarazada y un niño o niña de una madre adolescente existe una amplia gama de conocimientos, resaltando principalmente los problemas médicos e incluso la muerte. Sobre las consecuencias psico-sociales tanto para la embarazada adolescente, madre adolescente y niño o niña de ella, el grupo de los estudiados está bien informado, mencionando múltiples situaciones, de las cuales sobresalen los problemas familiares, el abandono, la discriminación social y el fracaso en los estudios. Llama la atención que la mayoría de los y las adolescentes no visibilizan las dificultades económicas a las cuales se afronta una madre adolescente.

Todos los adolescentes conocen varios métodos anticonceptivos, entre ellos la gran mayoría conoce tres o más métodos.

Existe una marcada confusión respecto a la “Pastilla para la mañana siguiente” (levonorgestrel), ya que cerca la mitad de los encuestados la mencionan como un MAC de uso rutinario.

Preocupa que solamente muy pocos adolescentes (19%) refieren como fuente de información a los centros educativos, dato que muestra la debilidad generalizada en el abordaje del tema en las escuelas públicas del lugar. Sin embargo muchos estudios como por ejemplo: “La educación sexual ayuda a preparar a los jóvenes, FHI, The science of improving lives, 2000”, (25), llegan a la conclusión de que la educación sexual no da lugar a que adolescentes tengan relaciones sexuales precoces o que éstas sean más frecuentes, más bien puede favorecer el retraso para su primera relación sexual o, si ya están sexualmente activos, que usen la anticoncepción.

Alarmante es la casi ausencia (2%) de padres y madres respecto a la información sobre salud sexual, indicando que la comunicación alrededor de la temática está muy limitada en las familias. Este resultado se corrobora en muchas

investigaciones que afirman que la familia debe ser la base de una buena educación sexual brindando una precisa información sexual, libre de tabúes y mitos comunes que rodean a todo lo que tiene que ver con la sexualidad. (26).

Existe un desconocimiento marcado respecto al doble efecto del preservativo, ya que solamente 41% de los y las adolescentes mencionaron su efectividad anticonceptiva y prevención contra infecciones de transmisión sexual. Notablemente también la cantidad de adolescentes que no saben mencionar ninguna ventaja respecto al condón, especialmente en las adolescentes mujeres. Sin embargo mencionan una variedad de desventajas respecto a este MAC, de los cuales la mayoría indican su uso inadecuado, (causa dolor, no queda en algunos es incomodo).

La eficacia contraceptiva de los métodos anticonceptivos hormonales y del dispositivo intrauterino es la principal ventaja que conocen los y las adolescentes. La desventaja principal de estos métodos que es, la no protección contra infecciones de transmisión sexual es muy poco conocido por adolescentes de Somoto, solo el 25% la identifican.

Las adolescentes mujeres son las que tienen un poco más conocimientos sobre los MAC que los varones de su misma edad, especialmente sobre ventajas y desventajas de los MAC que son utilizados por la mujer.

El MAC menos conocidos por los adolescentes es el dispositivo intrauterino (DIU), lo que se correlaciona con el hecho que este no es un MAC que se promueve en este grupo etario.

Existen aun creencias erróneas relacionadas a los anticonceptivos, especialmente referentes al DIU y a la inyección. (Los dispositivos intrauterinos se desvían o “encarnan”, la inyección envenena la sangre, la pastilla provoca esterilidad.

Investigaciones han identificado tres tipos de barreras que interfieren con el acceso de adolescentes a información sobre salud sexual y acceso a métodos anticonceptivos, estas se relacionan con las características de las instalaciones,

el diseño de los programas y el trato de los proveedores, demostrado en Mejorando el Acceso de Jóvenes a Métodos Anticonceptivos en América Latina, Advocates for Youth, 2001, (27). Es significativo que más de la mitad de los adolescentes somoteños mencionan una unidad de salud estatal del Ministerio de Salud como primer opción para acceder a información relacionado al embarazo y su prevención y a un MAC. La farmacia representa la segunda opción.

9.3 Actitudes sobre el embarazo y la prevención del mismo, durante la adolescencia.

Como actitudes favorables relacionado a la prevención del embarazo es la afirmación de adolescentes de ambos sexos respecto al uso consecuente de un método anticonceptivo en cada relación sexual coital. A esto se contraponen sin embargo, la opinión de una tercera parte de adolescentes que vincula el inicio del uso de una MAC con una edad específico y refiriendo que no se puede usar un MAC en menores de 16 años.

Práctica que exponen a adolescentes al riesgo de embarazar o quedar embarazado es el hecho de tener varias parejas sexuales simultáneas, actitud que exteriorizan adolescentes varones, (39%). La actitud de adolescentes de tener relaciones sexuales sin MAC por presión de la pareja o para agradar a la pareja, resultó igualmente en los varones desfavorable, aunque algunos adolescentes de sexo masculino, tienden a sobre declarar su conducta sexual, al contrario que los de sexo femenino. "Barella Balboa JL, et al. – Conocimientos y Actitudes sobre la sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno, 2002", (28).

Las adolescentes mujeres tienen una actitud favorable al respecto, manifestando en su mayoría que no se dejarían presionar por su pareja y que no tendrían relaciones sexuales sin MAC para agradar a su pareja.

Si se suma el hecho de que cerca de la mitad de los adolescentes dejarían a su pareja si esta saldría embarazada a las actitudes que inciden en el aumento del embarazo en la adolescencia, la situación alrededor de la temática se torna preocupante.

9.4. Prácticas sobre el embarazo y la prevención del mismo, durante la adolescencia.

Cerca de dos tercios de los varones adolescentes y un tercio de las adolescentes mujeres ya iniciaron vida sexual activa, lo que corresponde a estadísticas nacionales y mundiales, que muestran, que entre adolescentes prevalece un conocimiento teórico sobre métodos anticonceptivos para evitar el embarazo, pero en la práctica muchos no lo usan, resultados descritos en “Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales. Algunos factores desencadenantes. Facultad de Ciencias Médicas, Dr. Faustino Pérez Hernández, 2008”. (29).

Predominante es el inicio de vida sexual activa entre los 15 y 17 años para ambos sexos, correspondiendo esta situación a la adolescencia media. Un tercio de los adolescentes varones indica haber tenido más de una pareja sexual en el período del estudio, y A pesar de estar sexualmente activo, 25% de los adolescentes varones y 20% de las adolescentes mujeres no han utilizado un MAC, prácticas que indudablemente inciden directamente en el aumento de embarazos adolescentes y probablemente no deseados. (26).

Las prácticas desfavorables se corroboran entre los y las adolescentes con vida sexual activa, al analizar el dato respectivo al haber engendrado un hijo o haber estado ya embarazada. Reafirman las prácticas desfavorables el hecho de que los varones que han engendrado un hijo solamente un tercio son padres y de las embarazadas adolescentes solamente una cuarta parte son madres.

IX. CONCLUSIONES:

1.) Los y las adolescentes sometidos a estudio se encuentran en su mayoría en la adolescencia media, masculino y femenino en igual distribución, con un nivel de estudio de secundaria, aunque deberían estar solteros/as, existe una cuarta parte de ellos que ya mantienen una unión, bajo el núcleo familiar de sus padres.

2.) Solamente el 50% de los y las adolescentes en estudio tienen un nivel satisfactorio de conocimientos sobre el ciclo menstrual, el embarazo, el uso de métodos anticonceptivos, reconociendo a la abstinencia como la mejor manera de evitar a un embarazo, pero muestran grave confusión al mencionar la PPMS como un método rutinario de anticoncepción, desconocen el doble efecto protector del condón y persisten creencias erróneas sobre los MAC.

3.) El no usar una método anticonceptivo en la relación sexual para agradar a la pareja o por presión de la pareja, vincular el inicio de uso de un método a la edad después de los 16 años, así como el dejar a la pareja si saliese embarazada y abortar, son aspectos desfavorables de actitud que resaltaron en los adolescentes en este estudio y favorecen el incremento de los embarazos en la adolescencia.

4.) Más de la mitad de los varones adolescentes iniciaron vida sexual activa en la adolescencia media, de las adolescentes mujeres un tercio están con vida sexual activa y aunque permanece el conocimiento sobre la prevención del embarazo no lo practican, un tercio de todos los adolescentes con vida sexual activa no usa métodos anticonceptivos actualmente, más de la mitad de los adolescentes sexualmente activos han estado embarazadas o han engendrado y de estos la mayoría no se responsabiliza en la práctica de la paternidad o maternidad.

XI. RECOMENDACIONES

Para el Ministerio de Salud de Somoto, que sin duda resalta en el estudio como ente que brinda más información a adolescentes relacionados al embarazo y es la institución que facilita al grupo los métodos anticonceptivos:

1). En los clubes de adolescentes formados, se deben desarrollar planes de información y educación relacionados a masculinidad, género, responsabilidad materna y paterna, el fin de los métodos de planificación emergentes (P.P.M.S) y fortalecer los conocimientos sobre el ciclo menstrual, en especial relacionado a la ubicación de los días fértiles en un ciclo fisiológico.

2). En las clínicas de adolescentes o en la atención médica a este grupo poblacional, tanto en el Centro de Salud como en el Hospital Juan Antonio Brenes Palacios de la ciudad de Somoto, se debe promover de manera sistemática la salud sexual y reproductiva, haciendo énfasis en los beneficios que tienen los métodos anticonceptivos y en especial los de doble efecto. Este esfuerzo debe estar acompañado por el continuo suministro de métodos anticonceptivos en las unidades de salud, eliminando barreras de acceso.

Para el Ministerio de Educación de Somoto:

1). El Ministerio de Educación, debe abrir espacios reales para el abordaje de temas relacionados a la salud sexual y reproductiva desde un enfoque preventivo, utilizando dentro del pensum de primaria y secundaria, instrumentos valiosos como por ejemplo la recién publicada guía: “Educación de la Sexualidad, Guía básica de consulta para docentes, 2011”.

2). Los y las consejeras escolares deben incluir en su espectro de consejería temáticas relacionadas a actitudes y prácticas que inciden en la postergación del inicio de vida sexual activa, en la prevención del embarazo y alertar sobre los riesgos que corren adolescentes de ambos sexos al tener relaciones sexuales sin medidas anticonceptivos.

XII. BIBLIOGRAFÍA:

1.

OPS, Boletín de la Organización Mundial de la Salud,

Embarazo en adolescentes: Un problema culturalmente complejo, Enero 2009

<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>

2.

UNICEF, Embarazo en Adolescentes, Supervivencia Infantil.

Estado Mundial de la Infancia. /UNICEF, 2006

http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10191.htm

3.

Desafíos

ISSN 1816-7527

Maternidad adolescente en América Latina y el Caribe, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio, 2007

http://www.eclac.org/dds/noticias/desafios/1/27871/desafios_4_esp_Final.pdf

4.

World population, Youth,

Population pyramid and List of countries by median age, 2006

http://en.wikipedia.org/wiki/World_population#Youth

5.

OMS

Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina N° 107 - Agosto/2001

Embarazo en Adolescencia, Prof. Dr. Juan R. Issler

6.

UNFPA

Embarazo en la Adolescencia,

Porcentaje de embarazos en la adolescencia en países del Cento América y el Caribe, 2001

http://www.unfpanic.org.ni/Salud_Materna/embarazo_adolescencia.htm

7.

Redes de Solidaridad

Observatorio de Igualdad de Genero de América Latina y el Caribe, Informe Anual 2011. Managua, Nicaragua

rsolidaridad@gmail.com

8.

Martinez, Oscar Soto

Embarazo en la adolescencia y conocimientos sobre sexualidad, 2003

9.

MINED

Educación de la Sexualidad: Guía básica de consulta para docentes 2011

www.nicaraguaeduca.edu.ni

10.

MINISTERO DE SALUD

Dirección Primer Nivel de Atención, Estrategia y Lineamientos básicos para la Prevención del Embarazo en Adolescencia, 2003

<http://www.puntos.org.ni/>

11.

Ministerio de Salud

Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF)

www.modelo-de-salud-familiar

12.

Advocats for Youth

Mejorando el acceso de los jóvenes a métodos anticonceptivos en América Latina.

2005

<http://www.advocatesforyouth.org/publications>

13.

Cuadra, Pablo

Estudio Comparativo CAP sobre VIH- Sida. RAAS. 2004-2010. Bluefields.

Asociación Campaña Costeña Contra el Sida, Noviembre 2010.

14.

Donaire Chamorro, Tomás Erniee

Factores familiares, socioeconómicos y educación sexual asociados al embarazo en adolescentes del área urbana de la ciudad de León. 2009

Managua; s.n; ; jun. 2009. 52 p. ilus, tab,

<http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t458/t458.htm>

15.

González, Juan C.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre la Sexualidad en una Población

Adolescente Escolar 2008

<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n1/v11n1a03.pdf>

16.

Bombaert, Pauline

“Es mi vida” La centrale Sanitaire Suisse Romande (Suiza) y Arriba Films (Belgica), Nicaragua – 2009

Documental de embarazo en adolescencia en Nicaragua, Somoto, Madriz y Matagalpa.

www.arribafilms.com

17.

CEPAL UNICEF

Desafíos 7. Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio, 2007

<http://dds.cepal.org/infancia/publicaciones>

18.

CEPAL, Población y Desarrollo

Interacciones entre transición demográfica y epidemiológica en Nicaragua: implicancias para las políticas públicas en salud, 2007

<http://www.eclac.org>

19.

Castillo Pérez, Evette

UNAN, Hospital Aleman Nicaraguense, CAP de métodos de planificación familiar, adolescentes puérperas , 2007.

http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/2007/medicina_familiar/Conocimientos,%20Actitudes

20.

Núñez Herrera, Emma Ruth

Conocimientos, actitudes y prácticas de adolescentes embarazadas en relación al control prenatal y el embarazo. Municipio Jocón, Yoro, Honduras. Junio 2007
Ocotal, Nueva Segovia; CIES UNAN Managua; ; Jun. 2007. 74 p. (NI).

21.

Ocón Milla, Leny Gioconda

Conocimientos y prácticas de riesgo sobre ITS de Adolescentes Valle de Angeles, Francisco Morazán. Honduras. Octubre 2009
<http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t481/t481.htm>

22.

Kelly Levy, Dayann

Conocimientos y prácticas de salud sexual y reproductiva de estudiantes de cuarto y quinto año de los colegios Moravo y San Marcos de Bluefields RAAS. Junio 2006 a Junio 2007
Bluefields; CIES UNAN Managua, feb. 2008.
<http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t434/t434.htm>

23.

Lion, Katherine C.

La maternidad en adolescentes de Nicaragua:
Una evaluación cuantitativa de factores asociados, Departamento de Pediatría, Universidad de Washington, Seattle, WA, EEUU, 2007
<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3601610S.pdf>

24.

FIDEG

Encuesta de Hogares para la medición de la pobreza en Nicaragua, 2009
<http://fideg.org/investigacion/8>

25.

FHI, The science of improving live

La educación sexual ayuda a preparar a los jóvenes, 2000.

http://www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Network/v20_3/NWvol20-3youthed.htm

26.

Organización Panamericana de la Salud

Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe, Copyright © 2000 Organización Panamericana de la Salud

<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Perfilweb.pdf>

27.

Barella Balboa JL, et al. - CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE NUESTRO ENTORNO.

Medicina de Familia (And) Vol. 3, N.º 4, noviembre 2002

<http://www.samfyc.es>

28.

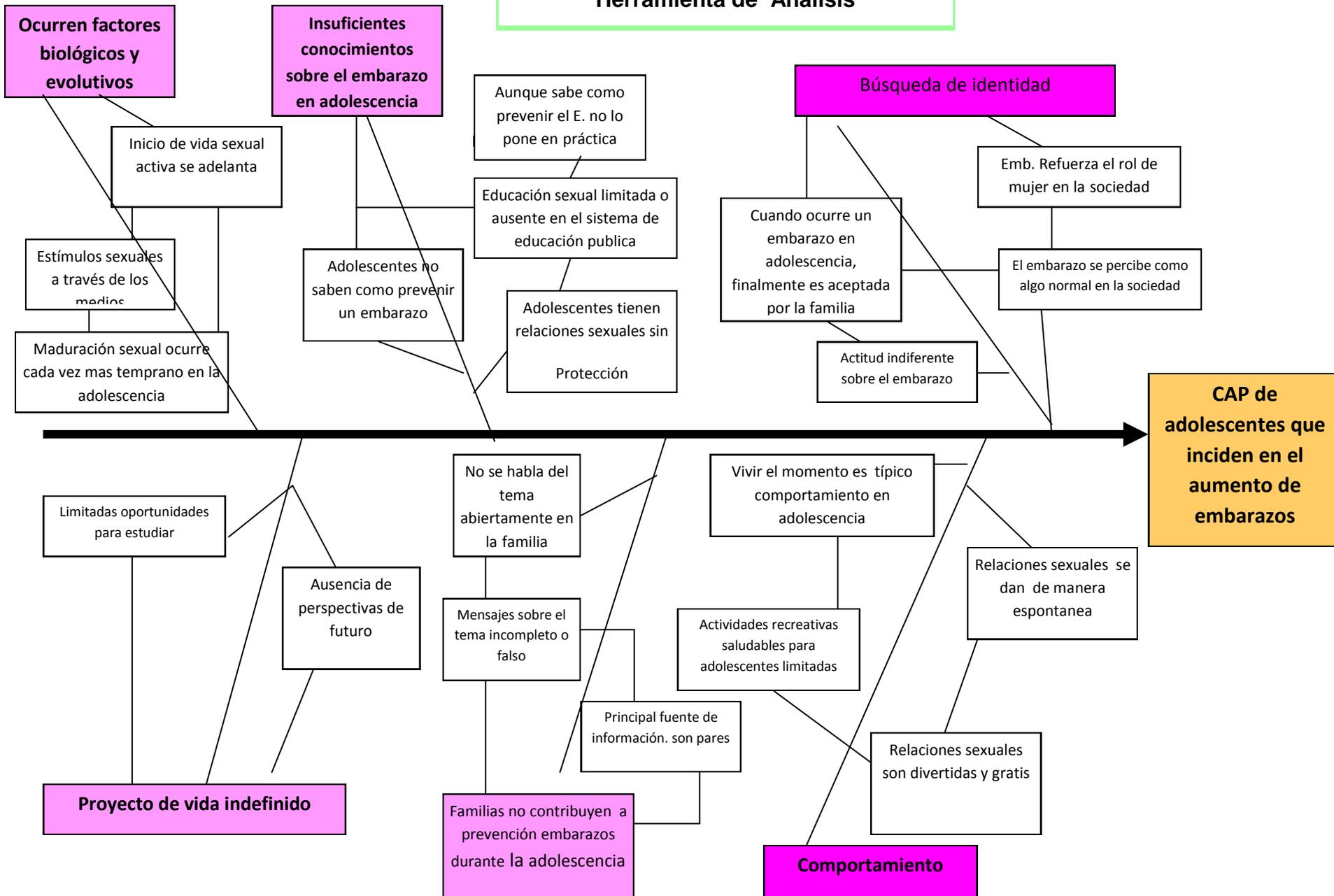
Adolescencia e inicio precoz de las relaciones sexuales.

Algunos factores desencadenantes. Facultad de Ciencias Médicas, Dr. Faustino Pérez Hernández, 2008.

[http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.\(2\)_01/p1.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.10.(2)_01/p1.html)

Anexos

ANEXO 1
Herramienta de Análisis



ANEXO 2:

Operacionalización de las variables

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLE (Indicadores)	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
1. Describir las características sociales y demográficas del grupo de estudio.	Edad	Años cumplidos	Años	Continua
	Sexo	Masculino/ Femenino	F/M	Discreta
	Escolaridad	Nivel alcanzado	Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta, secundaria completa y universitaria	Ordinal
	Estado civil		Soltero/a, Casado/a Juntado/a	Nominal
	Ocupación		Si / No Tipo de trabajo	Nominal
	Tipo de familia:		nuclear completa, incompletas, reconstituida	Ordinal

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLE (Indicadores)	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
2. Identificar los conocimientos que tienen adolescentes sobre el embarazo en la adolescencia.	Duración del ciclo menstrual	Dilata entre 23 y 35 días, Dilata menos de 23 días, Dilata más de 35 días.	Correcto/ Incorrecto	Ordinal
	Duración de un período menstrual	Dilata entre 3 a 5 días, Dilata menos de 3 días o más de 8 días, Dilata más de 8 días.	Correcto/ Incorrecto	Ordinal
	Ubicación de días fértiles	Alrededor del día 14 del ciclo menstrual, Durante la regla o menstruación, Unos días antes de que baja nuevamente la regla	Correcto/ Incorrecto	Ordinal
	Ocurrencia del embarazo	Al tener r/s sin protección durante los días fértiles, Al tener r/s cuando la mujer esta con la regla, Al tener r/s usando u método anticonceptivo	Correcto/ Incorrecto	Ordinal

	Prevención del embarazo	abierta	Correcto/ Incorrecto	Nominal
	Conocimientos sobre riesgos en embarazada adolescente	abierta	Correcto/ incorrecto	Nominal
	Conocimientos sobre riesgos en niños de madres adolescentes.	abierta	Correcto/ incorrecto	Nominal
	Conocimientos sobre consecuencias del embarazo durante la adolescencia.	abierta	Correcto/ incorrecto	Nominal
	Conocimientos sobre anticoncepción	Conoce 1-2 MAC, Conoce 3 MAC, Conoce 4 MAC, Conoce más de 4 MAC.	Número	Ordinal
	Conocimientos sobre momento adecuada para iniciar el uso de un MAC	Se inicia cuando se inicia a tener r/s, Antes de 16 Años o se puede, Cuando se cumple 16	Correcto/ Incorrecto	Ordinal
	Variedad de		Métodos anticonceptivos	Nominal

	MAC que conocen	abierta		
	Conocimiento sobre lugar donde se consigue un MAC	abierta	lugres de adquisición de métodos anticonceptivos	Nominal
	Conocimiento sobre ventaja y desventaja del condón	abierta	Correcto/incorrecto	Nominal
	Conocimiento sobre ventaja y desventaja del condón	abierta	Correcto/incorrecto	Nominal
	Conocimiento sobre ventaja y desventaja del condón	abierta	Correcto/incorrecto	Nominal
	Conocimiento sobre ventaja y desventaja del condón	abierta	Correcto/incorrecto	Nominal

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLE (Indicadores)	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
3. Conocer las actitudes de los y las adolescentes relacionados al embarazo.	Tener varias parejas sexuales simultaneas	Grado de acuerdo/ desacuerdo	Definitivamente que SI, Probablemente que SI, Indeciso, Probablemente que NO, Definitivamente que NO	Escala
	Usar anticonceptivo en relaciones sexuales futuras	Grado de acuerdo/ desacuerdo	Ídem	Escala
	Usar anticonceptivo en cada relación r/s	Grado de acuerdo / desacuerdo	Ídem	Escala
	Tener relaciones sexuales sin MAC, si pareja se lo pide	Grado de acuerdo / desacuerdo	Ídem	Escala
	M: Abandonar a pareja por embarazo	Grado de acuerdo / desacuerdo	Ídem	Escala
	F: Tratar de abortar si sale	Grado de		

	embaraza en adolescencia	acuerdo / desacuerdo	Ídem	Escala
	Tener relaciones sexuales sin MAC para agradar a la pareja	Grado de acuerdo / desacuerdo	Ídem	Escala

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VARIABLE (Indicadores)	DEFINICION OPERACIONAL	VALORES	ESCALA DE MEDICION
4. Identificar las prácticas sexuales de los y las adolescentes relacionados al embarazo.	Inicio de vida sexual activa	Ha iniciado VSA No ha iniciado VSA	No SI,	Nominal
	Edad de inicio de VSA	Años cumplidos Número	Edad	Ordinal
	Número de parejas sexuales en este años	Cantidad de parejas	número	Nominal
	Uso actual de un MAC	Usa método Anticonceptivo/ No usa método anticonceptivo	Si, No	Nominal
	Ha estado embarazada o ha embarazado a alguien	Embarazada/ Engendrado	Si, No	Nominal
	Es madre o padre	Maternidad/ paternidad	Si, No	Nominal
	Responsabilidad paterna o materna	Responde por hijo/a No responde por hijo/a	Si, No	Nominal

ANEXO 3: Encuesta

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA

INSTRUMENTO:

Cuestionario

a) Código: _____, b) Fecha: _____, c) Sector No: _____

I. Características socio demográficas de la población:

1. Edad

a) 15-17 años: _____ b) 18-19 años: _____

2. Sexo

a) M: _____, b) F: _____

3. Escolaridad

a) Primaria incompleta: _____, b) primaria completa: _____, c) secundaria incompleta: _____,

d) secundaria completa: _____, e) universitaria: _____

4. Estado Civil

a) Soltero/a: _____, casado/a: _____, juntado/a: _____

5. Ocupación

a) trabaja: NO _____, SI _____, tipo de trabajo: _____

6. Tipo de Familia:

a) Nuclear completa: _____, b) incompleta: _____, c) reconstituida: _____

II. Nivel de conocimiento:

7. Ciclo menstrual

7.1 ¿Cuánto tiempo dilata un ciclo menstrual normal?

a). 14 días: _____, b) 21- 32 días: _____, c) mas de 32 días: _____

8. Periodo menstrual:

8.1. ¿Cuánto tiempo dilata un período menstrual (regla)?

a). 3-5 días: _____, b) 2 días: _____, c) más de 8 días: _____

8.2. ¿En qué periodo del ciclo menstrual se encuentran los días fértiles?

a). durante el periodo menstrual o regla: _____, b). unos días antes de que baja la regla: _____,

c). alrededor del día 14 del ciclo mesnstrual: _____

9. Embarazo:

9.1 ¿Cómo ocurre un embarazo?

a) al tener relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles: _____

b) al tener relaciones sexuales cuando la muchacha esta con la regla: _____

c) al tener relaciones sexuales usando un método anticonceptivo: _____

9.2 ¿Cómo se previene un embarazo?

a) _____, b) _____,

9.3 Mencione los riesgos que conoce para una adolescente embarazada.

a) _____, b) _____, c) _____

d) _____, e) _____, f) _____

9.4 Mencione los riesgos que conoce para un niño/a de una adolescente embarazada.

a) _____, b) _____, c) _____

d) _____, no sabe: _____

9.5 Mencione qué consecuencias tiene la maternidad para una adolescente

a) _____, b) _____, c) _____

d) _____, no sabe: _____

10. Anticoncepción

10.1. ¿Cuáles métodos de anticoncepción conoce?

a) _____, b) _____, c) _____

d) _____, e) _____, ninguno: _____

10.2 ¿A partir de que edad se puede utilizar un método anticonceptivo?

a) Cuando se cumple 16 años: _____,

b) no importa la edad, se puede empezar de usar cuando la persona inicia relaciones sexuales,

c) en menores de 16 años no se puede usar un método anticonceptivo: _____

10.3. ¿A dónde reparten o vendes métodos anticonceptivos?

a) _____, b) _____, c) _____, no sabe: _____

10.4 Menciones de mayor a menor cual es el método anticonceptivo más seguro

a) _____, b) _____, c) _____

d) _____, no sabe: _____

10.5. Menciones las ventajas y desventajas del preservativo

Ventajas:

a) _____, b) _____, no sabe: _____

Desventajas:

c) _____, d) _____, no sabe: _____

10.6 Mencione las ventajas y desventajas de la pastilla anticonceptiva

Ventajas:

a) _____, b) _____, no sabe: _____

Desventajas:

c) _____, d) _____, no sabe: _____

10.7 Mencione las ventajas y desventajas del Dispositivo Intrauterino o T de cobre

Ventajas:

a) _____, b) _____, no sabe: _____

Desventajas:

c) _____, d) _____, no sabe: _____

10.8 Mencione las ventajas y desventajas de la inyección anticonceptiva

Ventajas:

a) _____, b) _____, no sabe: _____

Desventajas:

c) _____, d) _____, no sabe: _____

11. Fuente de información:

11.1 ¿Donde recibe la información sobre el embarazo en adolescencia?

Anote e orden de mención:

_____, _____, _____
 _____, _____, _____

III. Actitudes relacionadas al embarazo durante la adolescencia

12. ¿Qué opinas sobre la edad adecuado para iniciar vida sexual activa?

Marque o indique con una X la respuesta que corresponda a tu caso.

Definitivamente Si

Probablemente Si

Indeciso

Probablemente No

Definitivamente No

No	Pregunta	Def. Si	Prob Si	Indeciso	Prob No	Def. NO
13	¿Serías capaz de tener más de 2 parejas al año?					
14	¿Tomarías un método anticonceptivo si quisieras tener relaciones sexuales en el futuro?					
15	¿Usarías métodos anticonceptivos en todas tus relaciones sexuales?					
16	¿Tendrías relaciones sexuales sin protección si tu pareja te pediría no usar un método? a) varones: ¿Dejarías a tu novia si ella saliera embarazada? b) Mujeres: ¿tratarías de abortar si salieras embarazada?					
17	¿Al tener la oportunidad de tener relaciones sexuales y para agradar a tu pareja tendrías relaciones sexuales sin usar un método?					

VI. Practicas en relación al embarazo durante la adolescencia

18. ¿Ha iniciado vida sexual activa? NO: _____, SI: _____, ¿A qué edad? _____
19. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en este año? _____
20. ¿Ha usado un método anticonceptivo? NO: _____, SI: _____, ¿Cuál? _____
21. ¿Está usando actualmente un método anticonceptivo actualmente? NO: _____, SI: _____, ¿Cuál? _____
22. ¿Ha estado embarazada o ha embarazada a una mujer?
NO: _____, SI: _____
23. ¿Es madre o padre?
NO: _____, SI: _____, ¿cuántos hijos tiene? _____, ¿tiene sus hijos bajo su responsabilidad? NO: _____, SI: _____

ANEXO 4: Tablas y Gráficos

Tabla 1. Frecuencia de los Adolescentes según Edad y Sexo, Somoto, I semestre 2011

Edad	M		F	
	No.	%	No.	%
15-17	20	60.6	25	75.7
18- 19	13	39.4	8	24.3
Total	33	100	33	100

Fuente: Entrevista

Tabla 2. Distribución de los Adolescentes según Escolaridad y Sexo, Somoto, I semestre 2011

Escolaridad	M		F	
	No.	%	No.	%
Secundaria incompleta	20	60.6	25	75.7
Secundaria completa	13	39.4	8	24.3
Total	33	100	33	100

Fuente: Entrevista

Tabla 3. Distribución del Estado Civil en Adolescentes según y Sexo, Somoto, I semestre 2011

Estado civil	M		F	
	No.	%	No.	%
Soltero/a	24	72.7	27	81.8
Juntado/a	9	27.3	4	12.1
Casado/a	0	0	2	6.1
Total	33	100	33	100

Fuente: Entrevista

Tabla 4. Distribución de la Ocupación en Adolescentes según Sexo, Somoto, I semestre 2011

Ocupación	M		F	
	No.	%	No.	%
Comerciante	3	9.1	2	6.1
Albañil	3	9.1	-	-
Microempresario	3	9.1	-	-
Domestica	-	-	4	12.1
Otras	3	9.1	2	6.1
No trabaja	21	63.6	25	75.7
Total	33	100	33	100

Fuente: Entrevista

Tabla 5. Distribución de los y las Adolescentes según tipo de Familia, Somoto, I semestre 2011

Tipo de familia	M		F	
	No.	%	No.	%
Nuclear	17	51.5	21	63.6
Incompleta	7	21.2	6	18.2
Reconstituida	9	27.3	6	18.2
Total	33	100	33	100

Fuente: Entrevista

Tabla 6. Conocimiento de los y las Adolescentes sobre el Ciclo Menstrual, Somoto, I semestre 2011

Conocimiento sobre el ciclo menstrual	Adolescentes	
	No.	%
Dilata entre 23 y 35 días	43	65.1
Dilata menos de 23 días	10	15.2
Dilata más de 35 días	8	12.1
No sabe/responde	5	7.6
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 7. Conocimiento de los y las Adolescentes sobre el Período Menstrual, Somoto, I semestre 2011

Conocimiento sobre periodo menstrual	Adolescentes	
	No.	%
Dilata entre 3 a 5 días	56	84.8
Dilata menos de 3 días o más de 8 días	5	7.6
Dilata más de 8 días	3	4.5
No sabe/responde	2	3.1
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 8. Conocimiento de Adolescentes sobre Días Fértiles según Sexo, Somoto, I semestre 2011

Conocimiento sobre días fértiles	M		F	
	No.	%	No.	%
Alrededor del día 14 del ciclo menstrual	13	39.4	21	63.6
Durante la regla o menstruación	13	39.4	9	27.3
Unos días antes de que baja nuevamente la regla	4	12.1	2	6
No sabe/responde	3	9.1	1	3.1
Total	33	100	33	100

Fuente: Entrevista

Tabla 9. Conocimiento de Adolescentes sobre Causa del Embarazo según Sexo, Somoto, I semestre 2011

Causa del embarazo	No.	%
	%	%
Al tener relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles del ciclo menstrual	57	86.4
Al tener relaciones sexuales durante la menstruación	7	10.6
Al tener relaciones sexuales usando un método de anticoncepción	2	3
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 10. Conocimiento de Adolescentes sobre Prevención del Embarazo según Sexo, Somoto, I semestre 2011

Prevención del embarazo	M		F	
	No.	%	No.	%
MAC	20	60.6	28	85
MAC y Abstinencia	13	39.4	5	15
Total	33	100	33	100

Fuente: Entrevista

Tabla 11. Conocimiento de los y las Adolescentes sobre Riesgos para la Adolescente Embarazada, Somoto, I semestre 2011

Riesgos	No.	%
Problemas médicos	31	47
Problemas médicos y muerte	10	15.1
Problemas familiares	9	13.6
Problemas familiares y discriminación	6	9
Abandono por pareja	4	6.1
Problemas médicos y Fracaso en estudio y futuro	4	6.1
Otros	2	3.1
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 12. Conocimiento de los y las Adolescentes sobre Riesgos para un niño/a de una Adolescente, Somoto, I semestre 2011

Riesgos	No.	%
Maltrato y abandono	22	33.3
Problemas médicos	19	28.9
Maltrato	15	22.7
Abandono, problemas médicos y muerte	6	9
Muerte	4	6.1
Total	100	100

Fuente: Entrevista

Tabla 13. Conocimiento de los y las Adolescentes sobre Riesgos para un niño/a de una Adolescente, Somoto, I semestre 2011

Consecuencias psicosociales	No.	%
Abandono por pareja	15	22.7
Abandono por pareja y abandono por familia	19	28.9
Mucha responsabilidad y falta de libertad	15	22.7
Abandono de estudios	9	13.6
Problemas económicos	6	9
Problemas psicológicos	2	3.1
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 14. Cantidad de Métodos Anticonceptivos que conocen los y las Adolescentes, Somoto, I semestre 2011

Cantidad de métodos anticonceptivos	No.	%
1 - 2	10	15.1
3	17	25.8
4	19	28.8
Más de 4	20	30.3
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 15. Distribución de Tipo de Método Anticonceptivo que conocen los y las Adolescentes, Somoto, I semestres 2011

Métodos Anticonceptivos	No.	%
Pastillas, condón, inyección	33	50
Pastillas, condón, inyección y pastilla p.la mañana sigui.	17	25.8
Pastillas y condón	5	7.6
Pastillas, condón, inyección y dispositivo intrauterino	5	7.6
Otros	6	9
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 16. Frecuencia de los y las adolescentes que mencionan la Pastilla para la Mañana Siguiende como Método Anticonceptivo. Somoto, I semestres 2011

Pastilla p.la mañana siguiente	No.	%
Si	31	47
No	35	53
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 17. Conocimientos de los y las Adolescentes sobre el inicio de Anticoncepción, Somoto, I semestres 2011

Inicio de Anticoncepción	M	
	No.	%
Al momento de iniciar relaciones sexuales	43	65.2
En menores de 16 años no se puede iniciar con anticoncepción	15	22.7
Al cumplir 16 años	8	12.1
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 18. Conocimientos de los y las Adolescentes sobre lugares para adquirir Métodos Anticonceptivos, Somoto, I semestres 2011

Lugares	No.	%
Centro de salud, Hospital	22	33.3
Centro de salud, Hospital y Farmacia	19	28.8
Centro de Salud y ONG	14	21.2
Venta y Farmacia	7	10.6
Venta	4	6.1
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 19. Conocimientos de los y las Adolescentes sobre las Ventajas del Condón, Somoto, I semestres 2011 Tabla 21.

Ventajas del condón	No.	%
Doble efecto	27	40.9
Uso fácil	5	7.6
No conocen	34	51.5
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 20. Conocimientos de los y las Adolescentes sobre las Desventajas del Condón, Somoto, I semestres 2011.

Desventajas del condón	No.	%
No evita al 100% las ITS	24	36.4
Puede romperse	22	33.3
Disminuye la satisfacción sexual e incómodos	8	12.1
Otras	12	18.2
Total	100	100

Fuente: Entrevista

Tabla 21. Conocimientos de los y las Adolescentes sobre las Ventajas de la Pastilla Anticonceptiva, Somoto, I semestres 2011

Ventajas de pastillas anticonceptivas	No.	%
Muy eficaz contra el embarazo	40	60.6
Uso fácil	14	21.1
Buena satisfacción sexual	4	6.1
Gratuito en el centro de salud	4	6.1
No sabe/no responde	4	6.1
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 22. Conocimientos de los y las Adolescentes sobre las Desventajas de la Pastilla Anticonceptiva, Somoto, I semestres 2011.

Desventajas de pastillas anticonceptivas	No.	%
Problemas físicos en la mujer	18	27.2
No evita ITS/VIH	14	21.2
Hay que tomarla diario	8	12.1
Creencias erróneas	8	12.1
No protege en un 100% contra el embarazo	6	9.1
No sabe	12	18.3
Total	33	100

Fuente: Entrevista

Tabla 23. Conocimientos de los y las Adolescentes sobre las Ventajas del Dispositivo Intrauterina, Somoto, I semestres 2011

Ventajas del dispositivo intrauterino	No.	%
Muy eficaz contra el embarazo	33	50
Uso local	5	7.6
No sabe	28	42.4
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 24. Conocimientos de Adolescentes sobre las Desventajas del Dispositivo Intrauterina, según Sexo, Somoto, I semestres 2011.

Desventajas del dispositivo intrauterino	No.	%
Se puede desviar/encarnar	16	24.2
Incomodo y causa dolos	8	12.1
No protege contra ITS/VIH	4	6.1
Otro	8	12.1
No sabe/no responde	30	45.4
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 25. Conocimientos de los y las Adolescentes sobre las Ventajas de la Inyección Anticonceptiva, Somoto, I semestres 2011.

Ventajas de inyección anticonceptiva	No.	%
Muy eficaz contra el embarazo	35	53
De uso fácil, solo se inyecta 1 vez o cada 3 meses	24	36.4
Gratuita en centro de salud	3	4.5
No sabe/no responde	4	6.1
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 26. Conocimientos de los y las Adolescentes sobre las Desventajas de la Inyección Anticonceptiva, Somoto, I semestres 2011.

Desventajas de inyección anticonceptiva	No.	%
No evita ITS/VIH	16	24.2
Descontrola el ciclo menstrual	16	24.2
Engorda	10	15.2
Costo alto	4	6.1
Provoca infertilidad	4	6.1
Mancha la cara	6	9
No sabe	10	15.2
Total	100	100

Fuente: Entrevista

Tabla 27. Fuentes de Información de los y las Adolescentes sobre Embarazo y Prevención del embarazo, Somoto, I semestres 2011.

Fuente de Información	No.	%
Centro de salud	22	33.3
Centro de Salud y Escuela	13	19.7
Centro de Salud y Hospital	11	16.7
Radio y ONG	11	16.7
Amigos y amigas, TV	6	9.1
Otros	3	4.5
Total	66	100

Fuente: Entrevista

Tabla 28. Distribución de actitudes de adolescentes varones sobre embarazo en Adolescencia, Somoto, I semestres 2011.

Actitud	No	%	Total									
											No.	%
Tener varias parejas sexuales simultaneas	4	12.1	9	27.3	2	6.1	8	24.2	10	30.3	33	100
Usar anticonceptivo en relaciones sexuales futuras	19	57.5	9	27.3	3	9.1	2	6.1	0	0	33	100
Usar anticonceptivo en cada relación	18	54.5	10	30.3	3	9.1	2	6.1	0	0	33	100
Tener relaciones sexuales sin MAC, si pareja se lo pide	4	12.1	4	12.1	9	27.3	10	30.3	6	18.2	33	100
Abandonar a pareja por embarazo	6	18.2	7	21.2	5	15.2	7	21.2	8	24.2	33	100
Tener relaciones sexuales sin MAC para agradar a la pareja	4	12.1	5	15.2	9	27.3	9	27.3	6	18.1	33	100

Fuente: Entrevista

Tabla 29. Distribución de actitudes de adolescentes mujeres sobre embarazo en Adolescencia, Somoto, I semestres 2011.

Actitud/Puntaje	No	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	Total	
											No.	%
Tener varias parejas sexuales	2	6.1	4	12.1	5	15.2	6	18.2	16	48.4	33	100
Usar anticonceptivo en relaciones sexuales futuras	21	63.6	10	30.3	2	6.1	0	0	0	0	33	100
Usar anticonceptivo en cada relación	21	63.6	11	33.3	1	3	0	0	0	0	33	100
Tener relaciones sexuales sin MAC, si pareja se lo pide	0	0	1	3	5	15.2	6	18.2	21	63.6	33	100
Abortar si sale embarazo en adolescencia	2	6.1	4	12.1	3	9.1	6	18.2	18	54.5	33	100
Tener relaciones sexuales sin MAC para agradar a la pareja	1	3	2	6.1	5	15.2	6	18.2	19	57.5	33	100

Fuente: Entrevista

Tabla 30. Frecuencia de Adolescentes Sexualmente Activos, según Sexo, Somoto, I semestres 2011.

Sexo	Sexualmente Activo		No ha iniciado Vida Sexual Activo	
	No.	%	No.	%
M	20	60.6	13	39.4
F	13	39.4	20	60.6
Total	33	100	33	100

Fuente: Entrevista

Tabla 31. Distribución de Adolescentes, según inicio de Vida Sexual Activo, Edad y Sexo, Somoto, I semestres 2011.

Edad de inicio de vida sexual activa	M		F	
	No.	%	No.	%
14 años	2	10	1	7.7
15 años	2	10	2	15.4
16 años	8	40	3	23.1
17 años	5	25	3	23.1
18 años	3	15	4	30.7
Total	20	100	13	100

Fuente: Entrevista

Tabla 32. Distribución de Adolescentes, según Número de Parejas Sexuales en el años y sexo, Somoto, I semestres 2011.

Número de parejas sexuales en este año	M		F	
	No.	%	No.	%
1	13	65	9	69.2
2	5	25	2	15.4
3	0	0	0	0
4	2	10	0	0
No responde	0	0	2	15.4
Total	20	100	13	100

Fuente: Entrevista

Tabla 33. Frecuencia de Adolescentes utilizando un Método anticonceptivo, según sexo, Somoto, I semestres 2011.

Utilización actual de un MAC	M		F	
	No	%	No	%
Si	15	75	8	61.5
No	5	25	5	38.5
Total	20	100	13	100

Fuente: Entrevista

Tabla 34. Frecuencia de los Adolescentes según embarazo y sexo, Somoto, I semestres 2011.

Embarazo	M		F	
	No	%	No	%
Si	11	55	8	61.5
No	9	45	5	38.5
Total	20	100	13	100

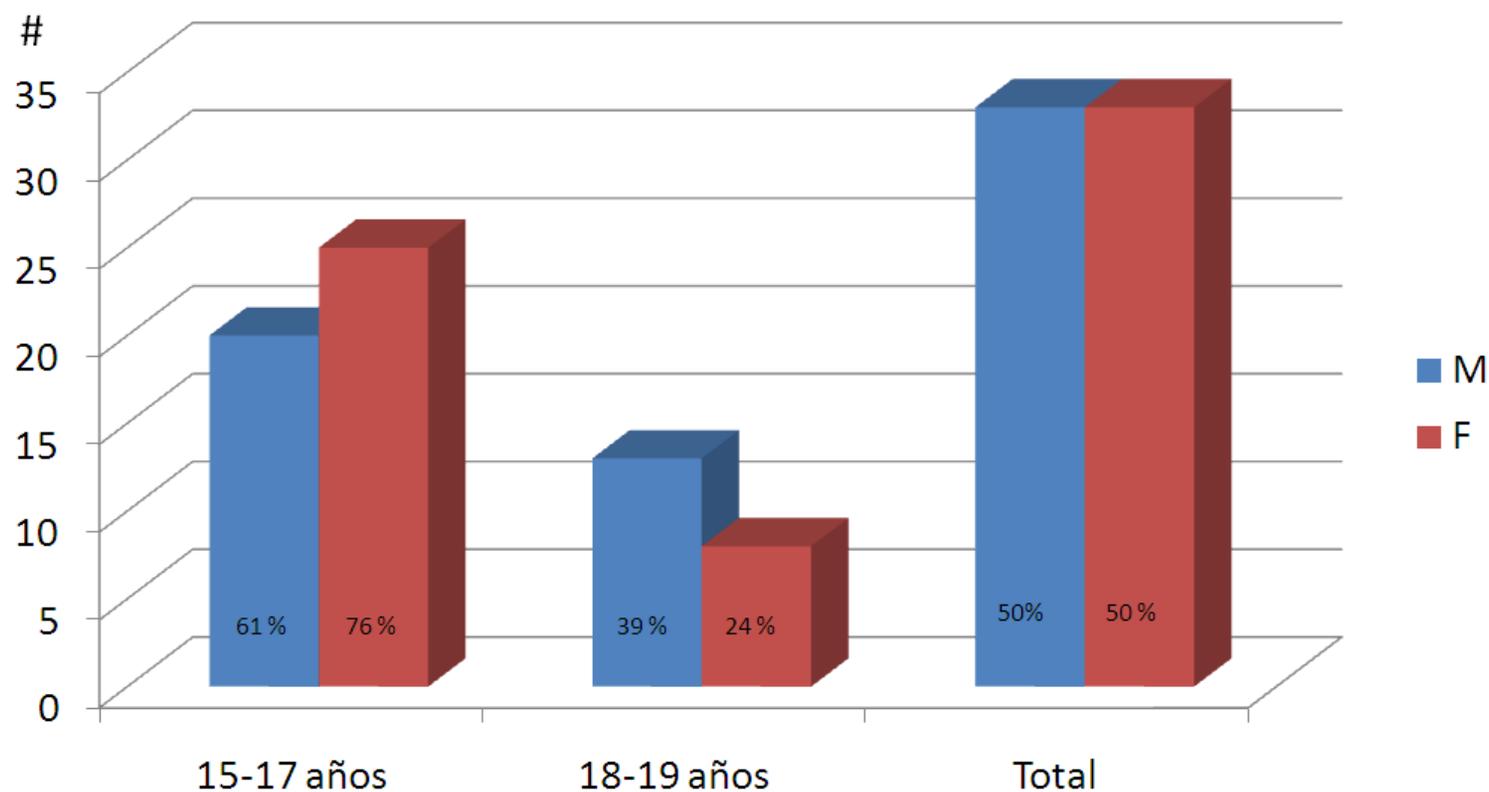
Fuente: Entrevista

Tabla 35. Frecuencia de los Adolescentes según maternidad, paternidad y sexo, Somoto, I semestres 2011.

Maternidad / Paternidad	M		F	
	No	%	No	%
Si	4	36.4	3	37.5
No	7	63.6	10	62.5
Total	11	100	13	100

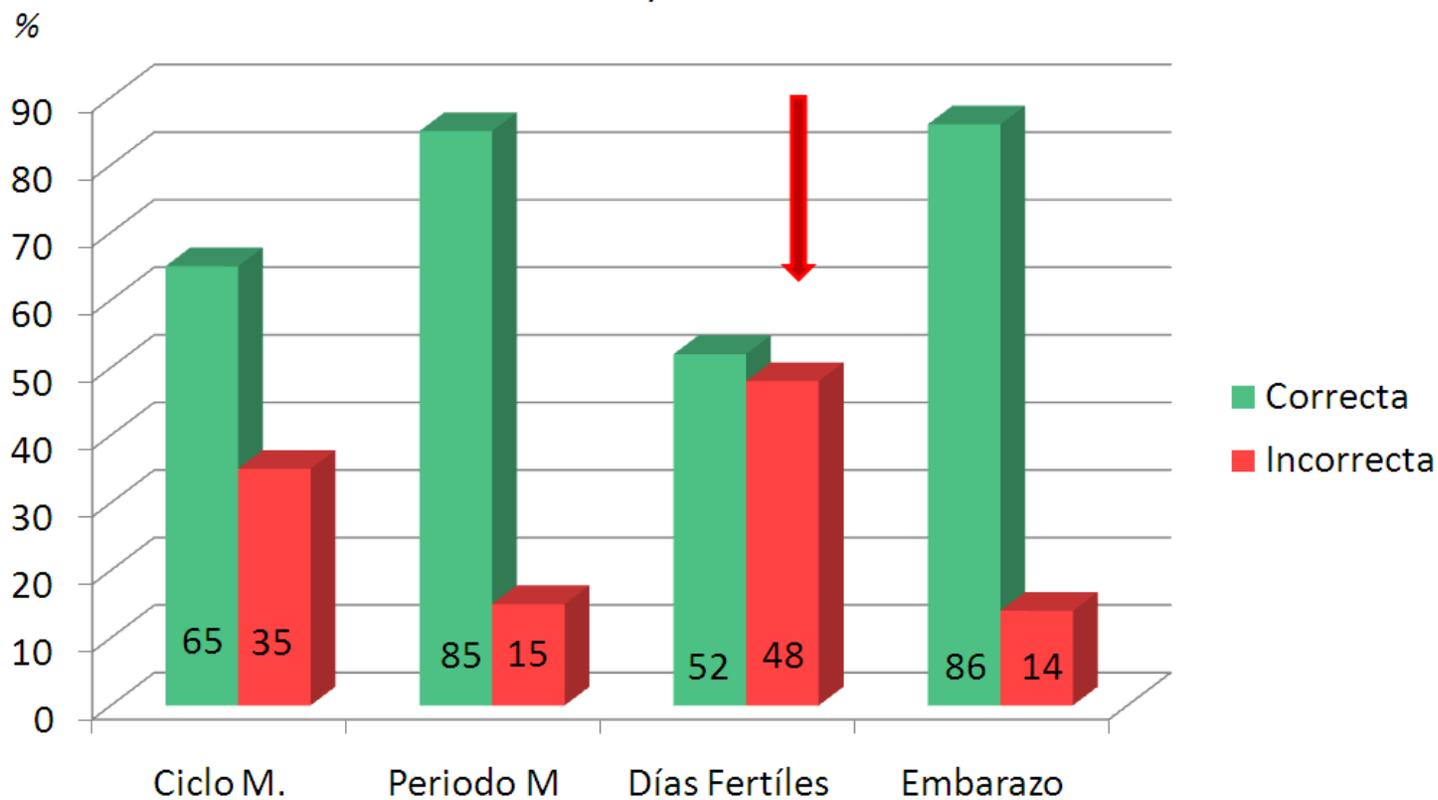
Fuente: Entrevista

Grafico 1.
Frecuencia de Adolescentes según Edad y Sexo,
Somoto, I semestre 2011



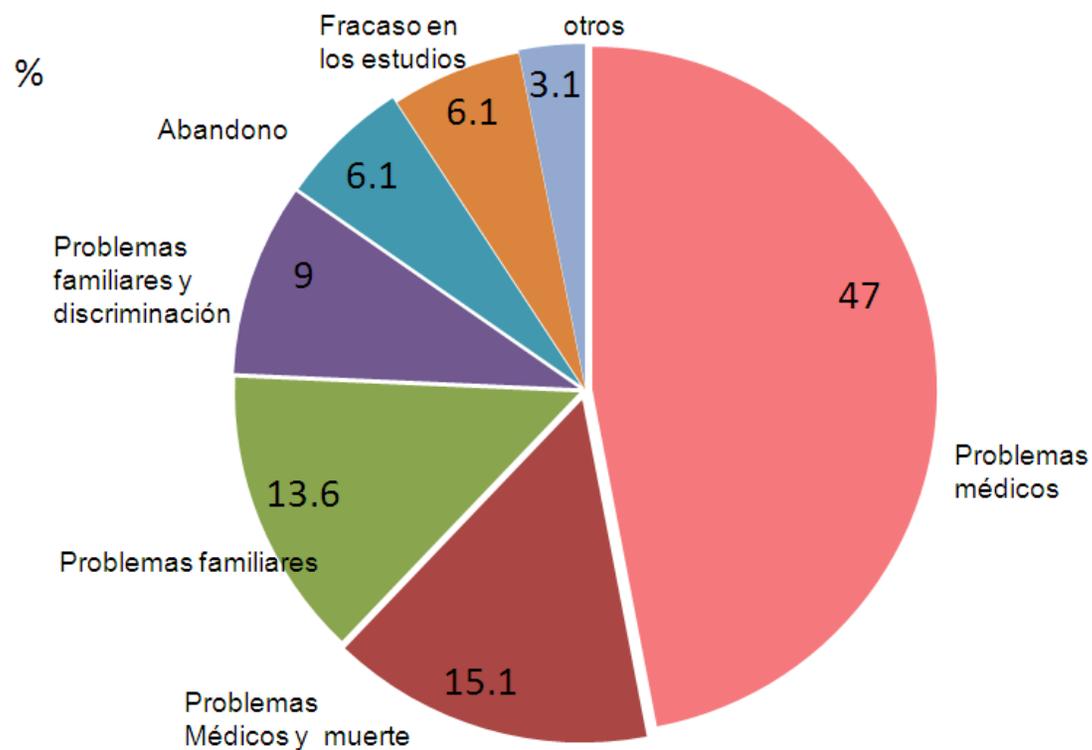
Fuente: Encuesta

Grafico 2.
Conocimiento de los y las Adolescentes sobre
el Ciclo Menstrual y Causa del embarazo
Somoto, I semestre 2011



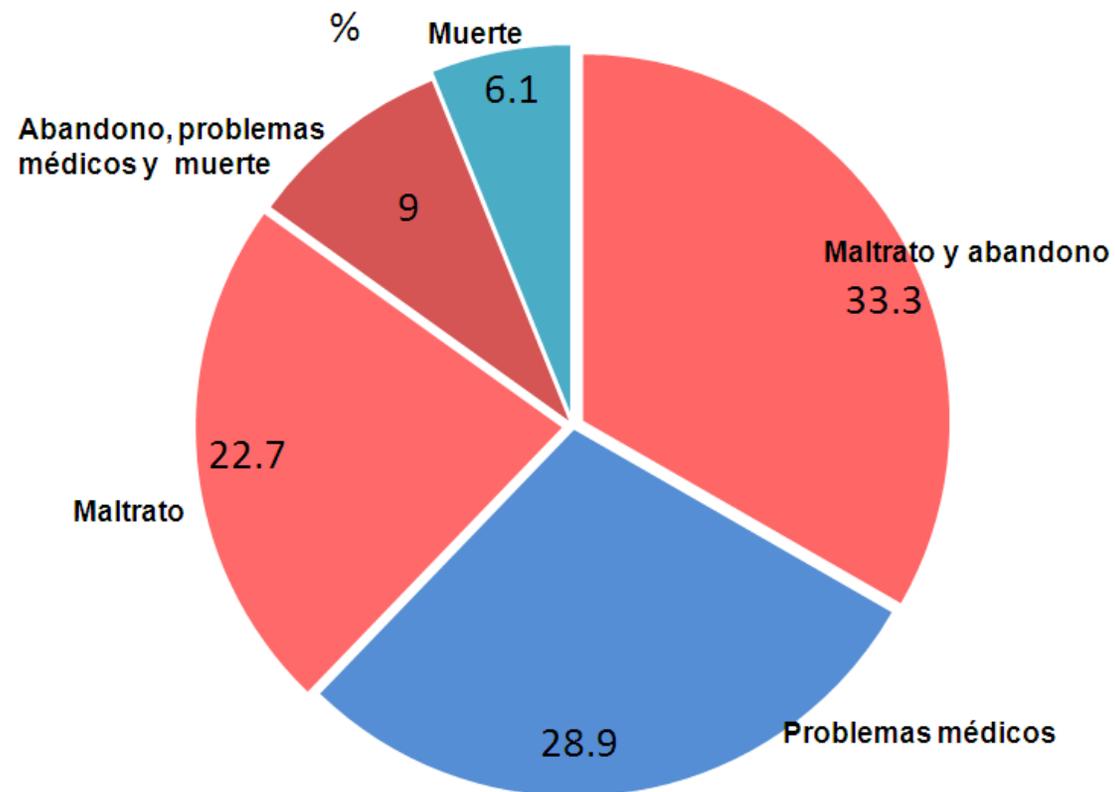
Fuente: Encuesta

Grafico 3.
Conocimiento de los y las Adolescentes sobre Riesgos para la
Adolescente Embarazada, Somoto, I semestre 2011



Fuente: Encuesta

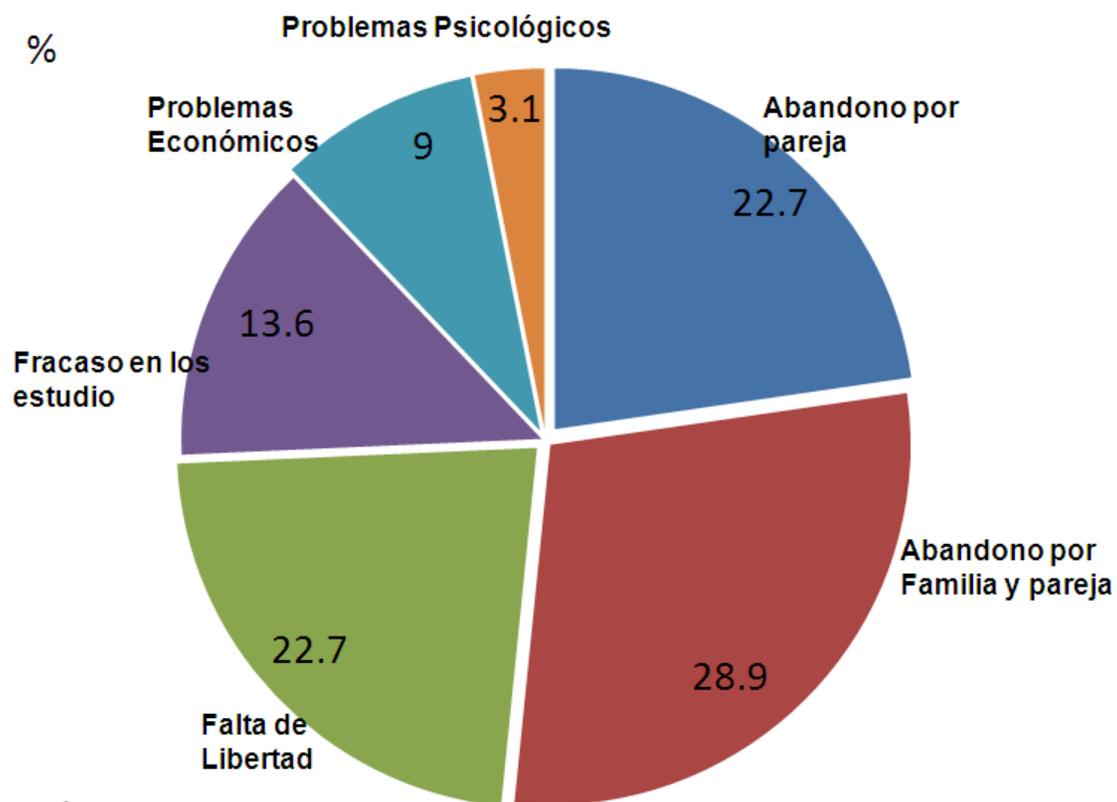
Grafico 4.
Conocimiento de los y las Adolescentes sobre Riesgos para un/a niño/a de una Madre Adolescente, Somoto, I semestre 2011



Fuente: Encuesta

Grafico 5.

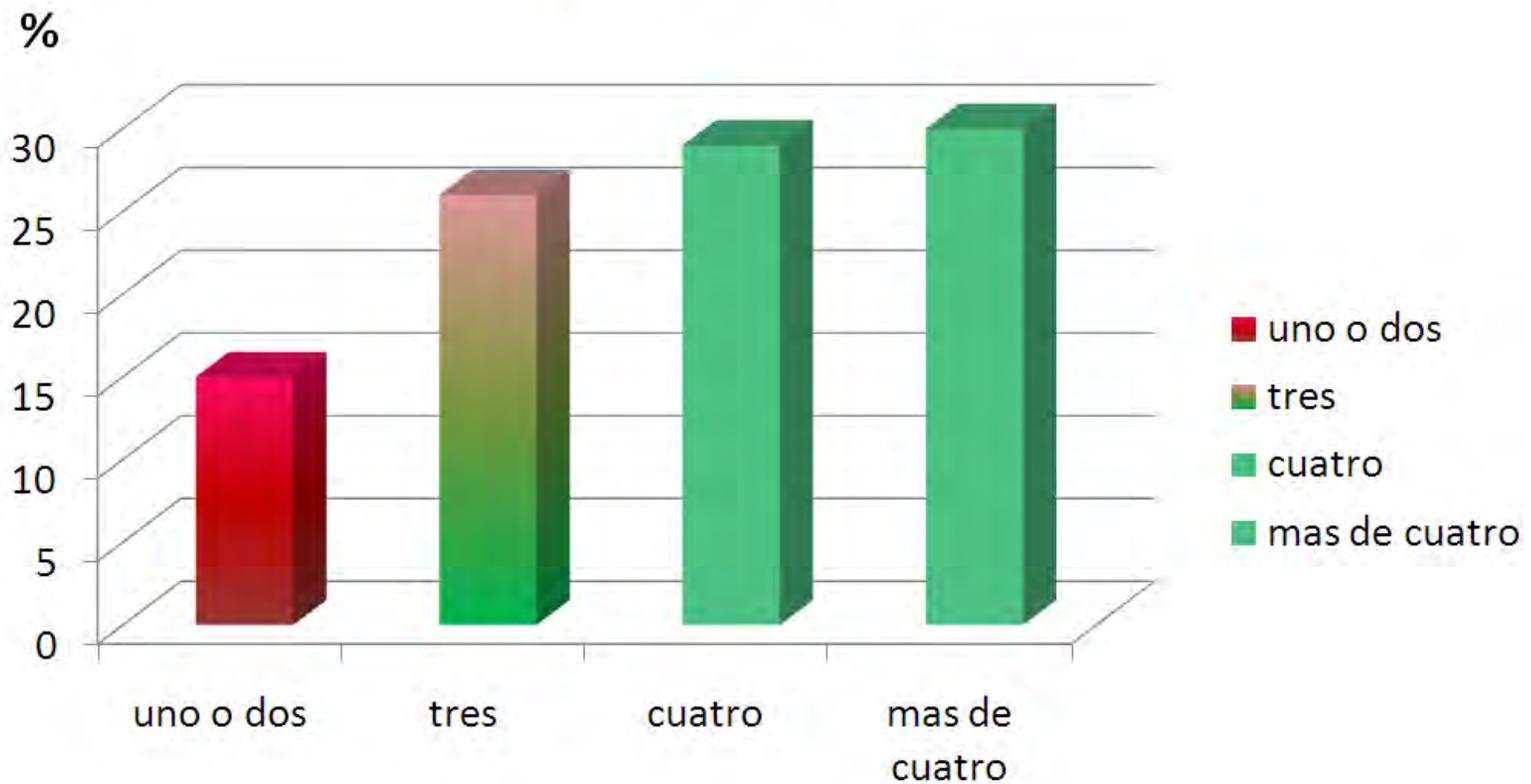
Conocimiento de los y las Adolescentes sobre consecuencias futuras del embarazo en Adolescentes, Somoto, I semestre 2011



Fuente: Encuesta

Grafico 6.

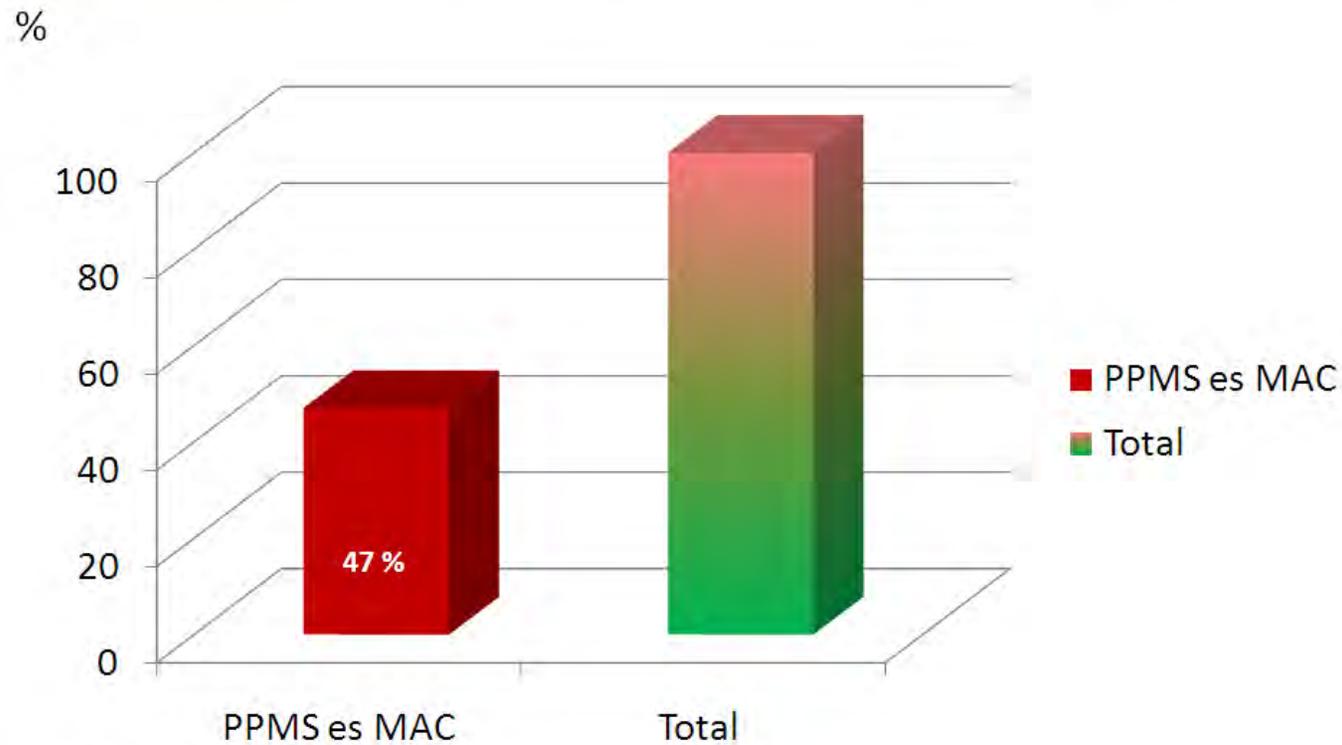
Cantidad de Métodos Anticonceptivos que conocen los y las Adolescentes,
Somoto, I semestre 2011



Fuente: Encuesta

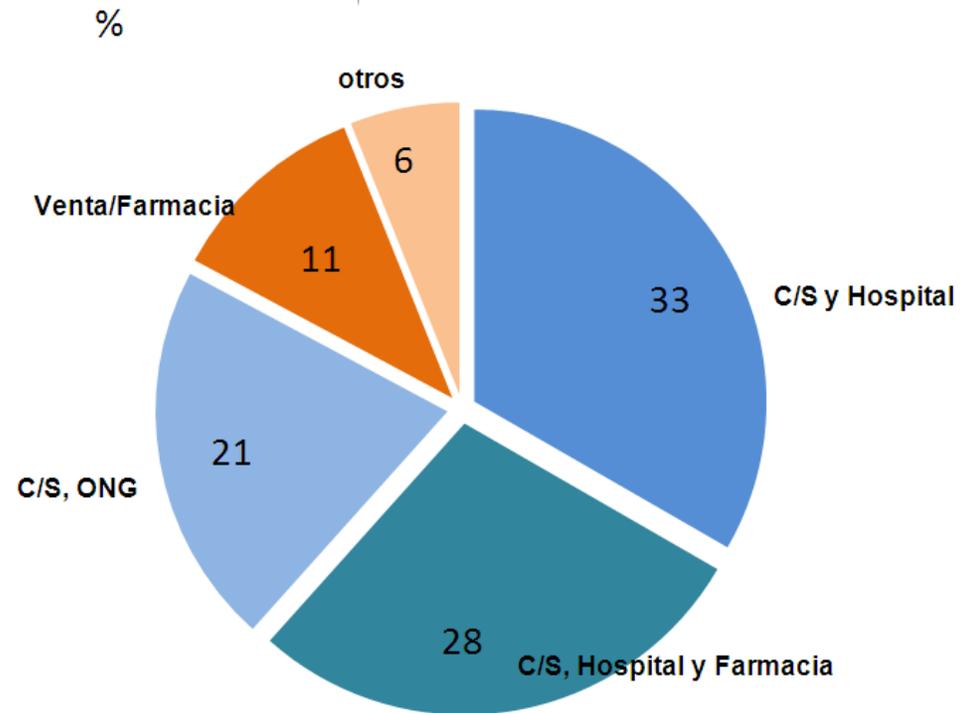
Grafico 7.

Frecuencia de los y las adolescentes que **mencionan la Pastilla para la Mañana Siguiete como Método Anticonceptivo**. Somoto, I semestres 2011



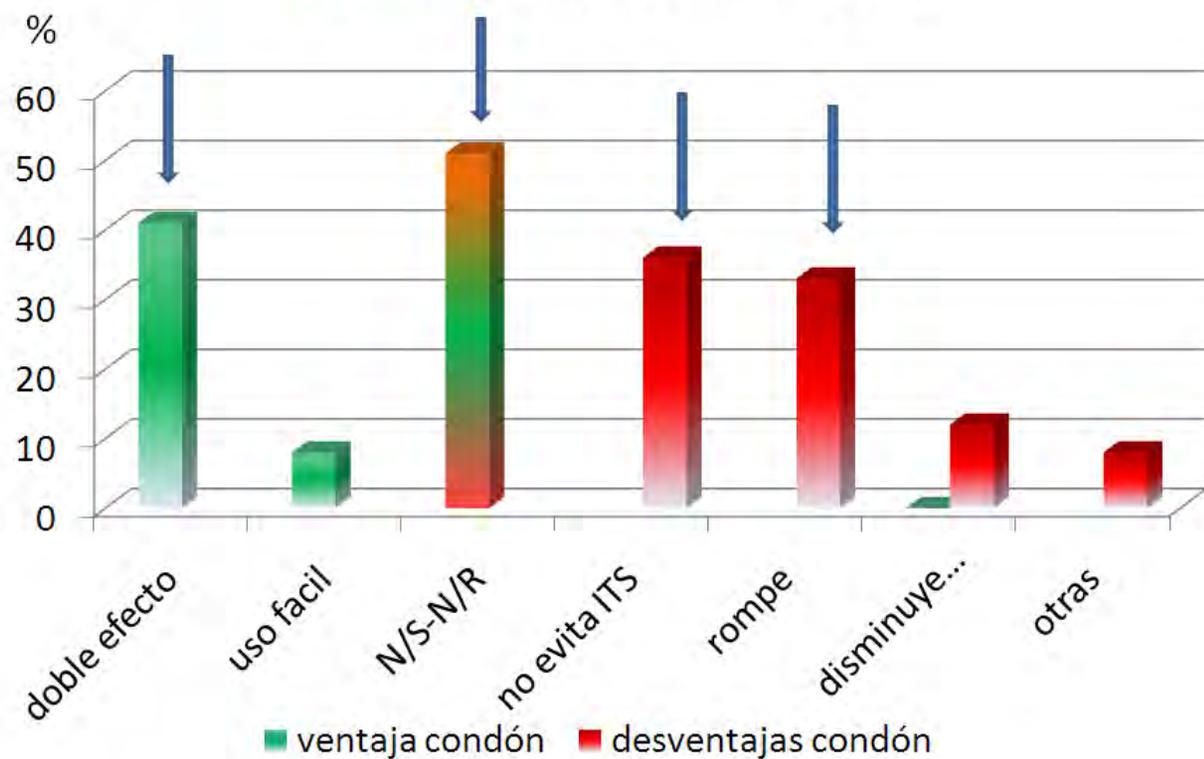
Fuente: Encuesta

Grafico 8.
Conocimientos de los y las Adolescentes sobre lugares para adquirir Métodos Anticonceptivos, Somoto, I semestres 2011



Fuente: Encuesta

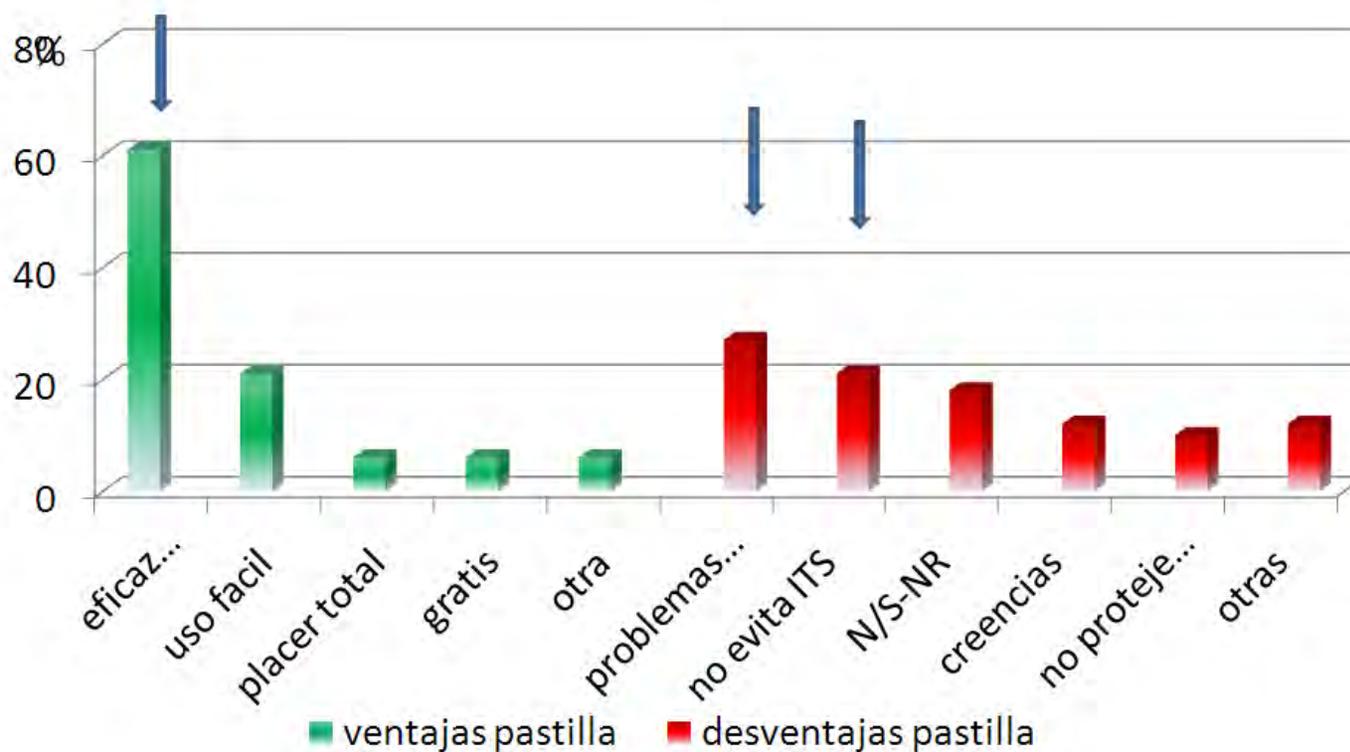
Grafico 9.
Conocimientos de los y las Adolescentes sobre las Ventajas/Desventajas del Condón, Somoto, I semestres 2011



Fuente: Encuesta

Grafico 10.

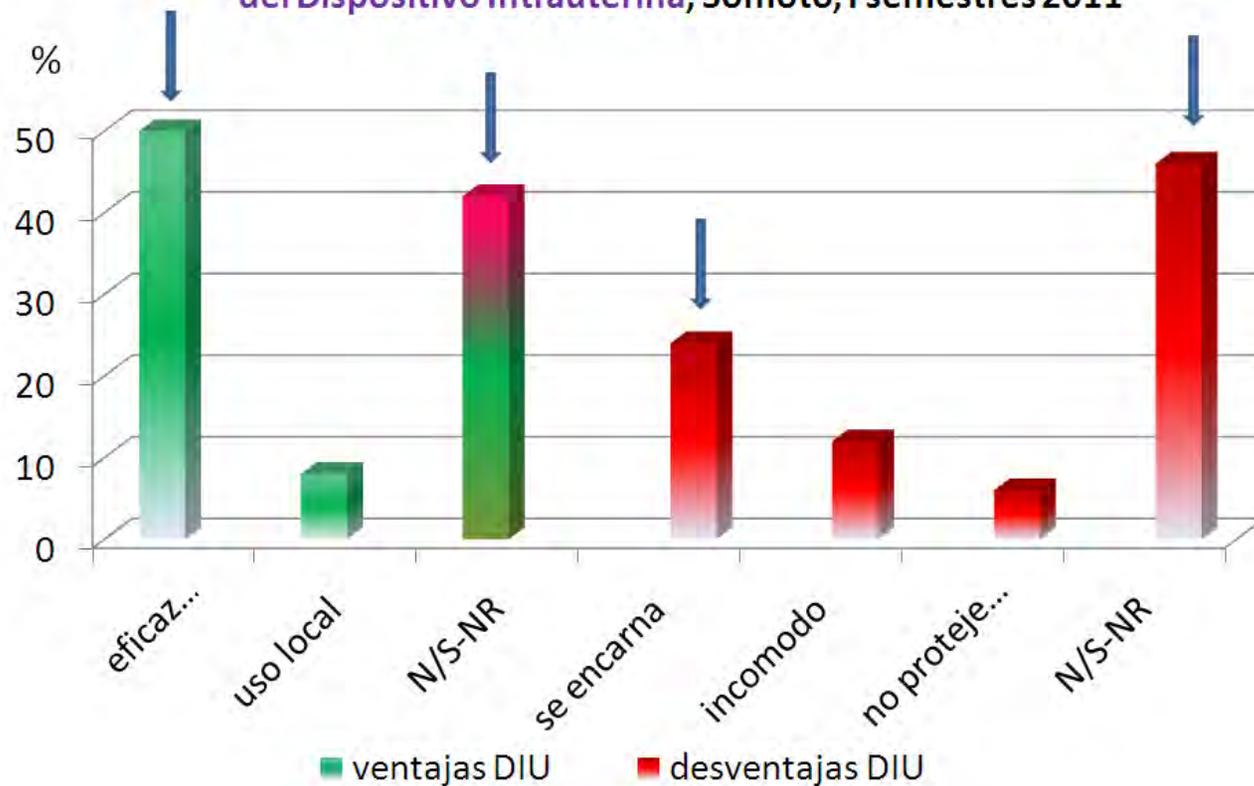
Conocimientos de los y las Adolescentes sobre las **Ventajas/Desventajas de la Pastilla** Anticonceptiva, Somoto, I semestres 2011



Fuente: Encuesta

Grafico 11.

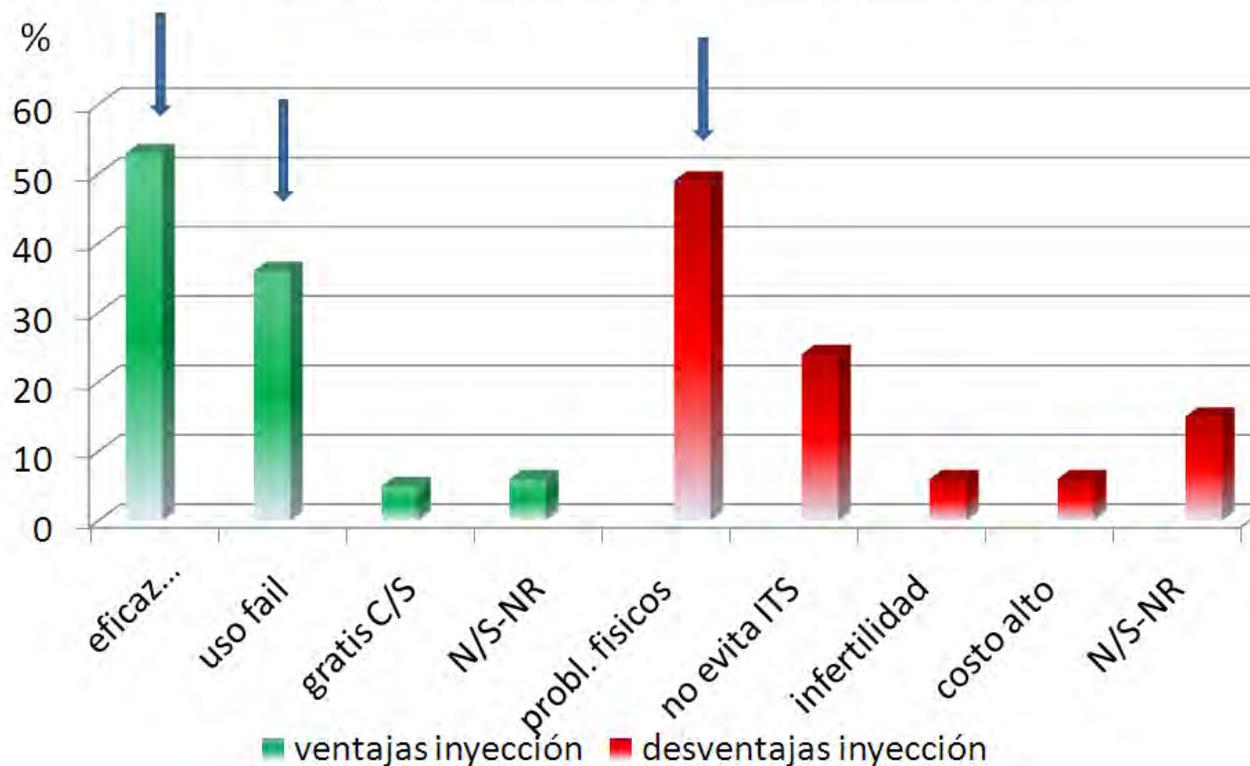
Conocimientos de los y las Adolescentes sobre las **Ventajas/ Desventajas del Dispositivo Intrauterina**, Somoto, I semestres 2011



Fuente: Encuesta

Grafico 12.

Conocimientos de los y las Adolescentes sobre las **Ventajas/Desventajas**
de la **Inyección** Anticonceptiva, Somoto, I semestres 2011



Fuente: Encuesta

Grafico 13.
Distribución de Fuentes de Información de los y las Adolescentes sobre Embarazo y su Prevención, Somoto, I semestres 2011.

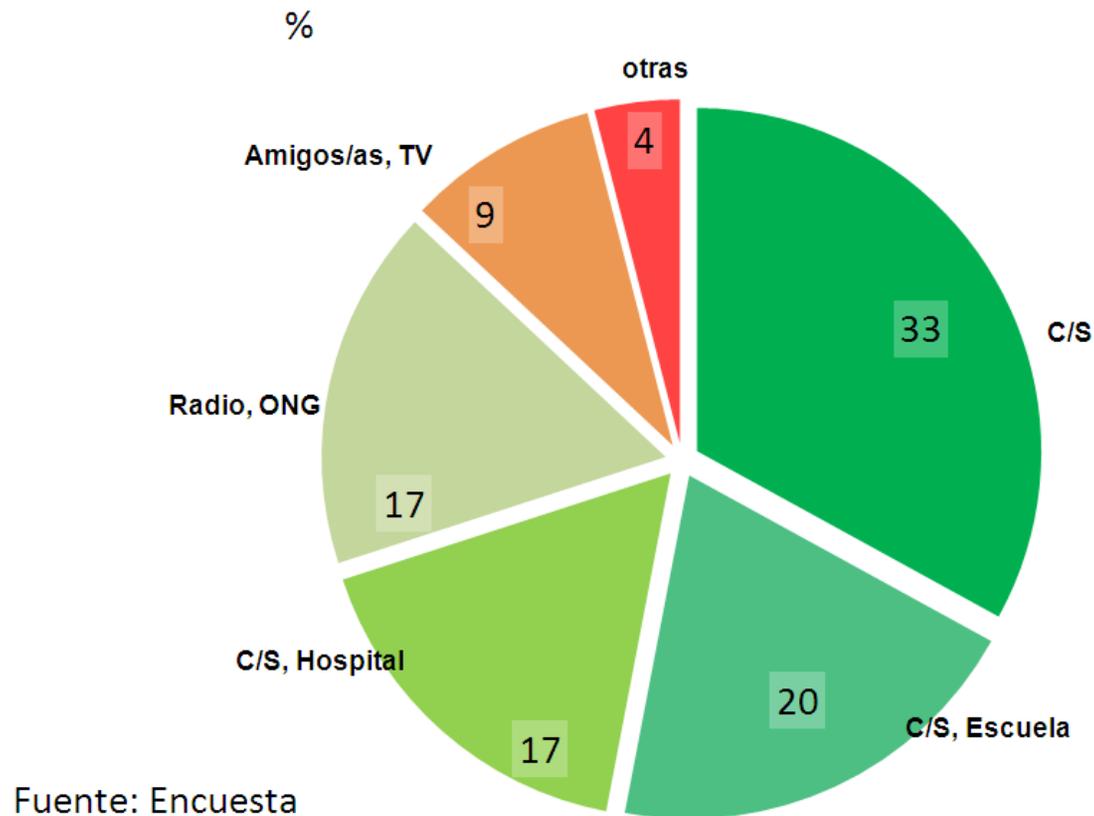
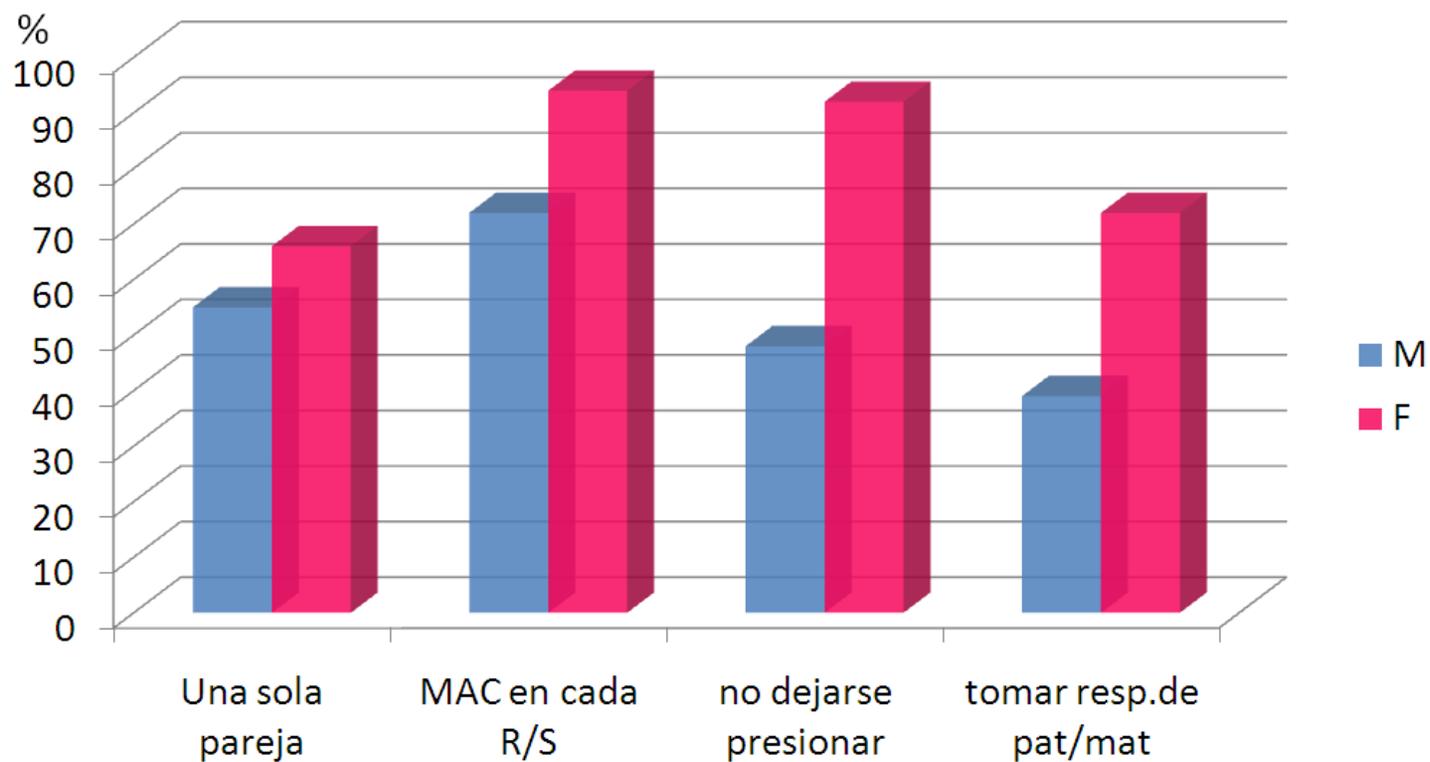


Grafico 14.

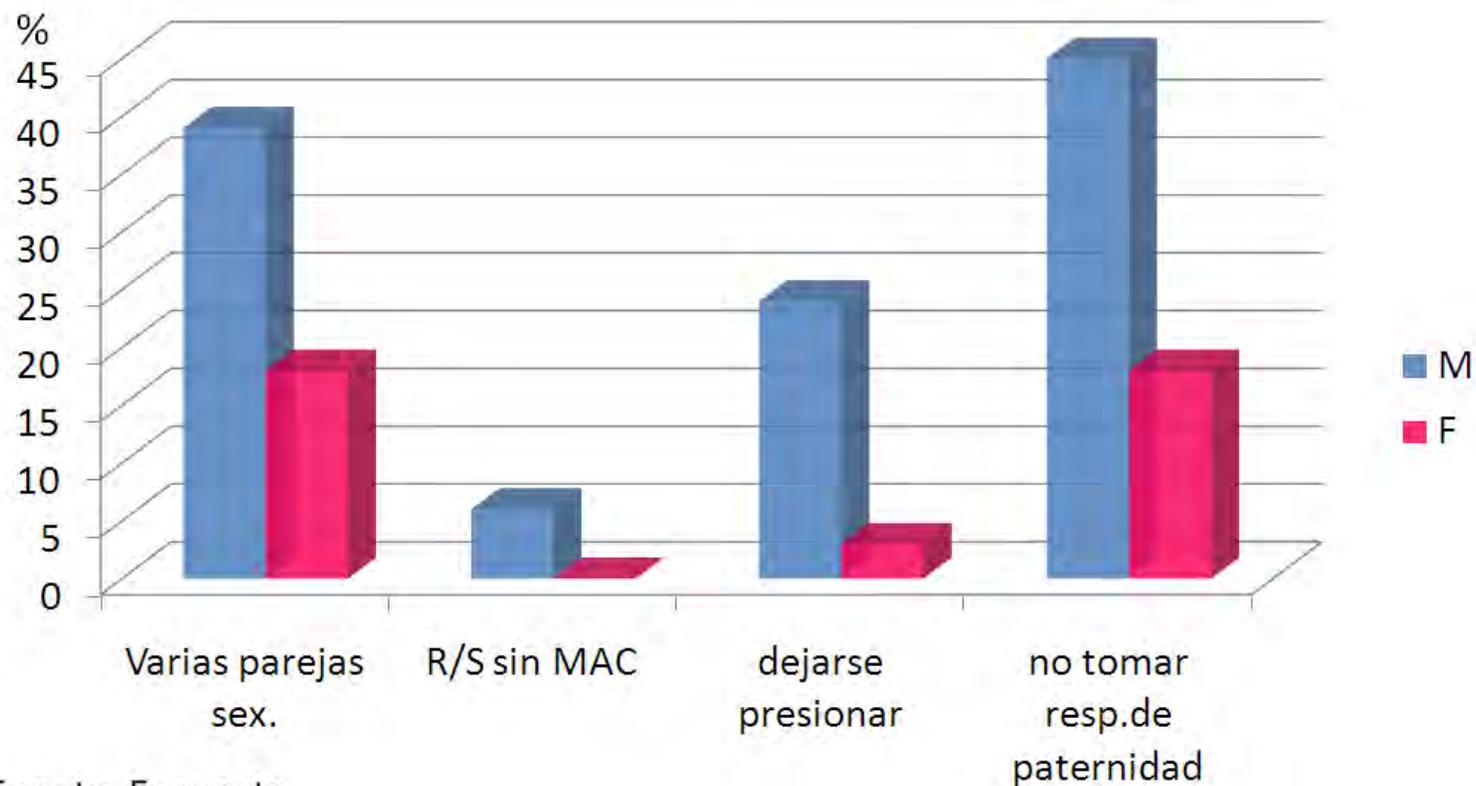
Distribución de **actitudes favorables** de adolescentes por sexo sobre embarazo en Adolescencia, Somoto, I semestres 2011.



Fuente: Encuesta

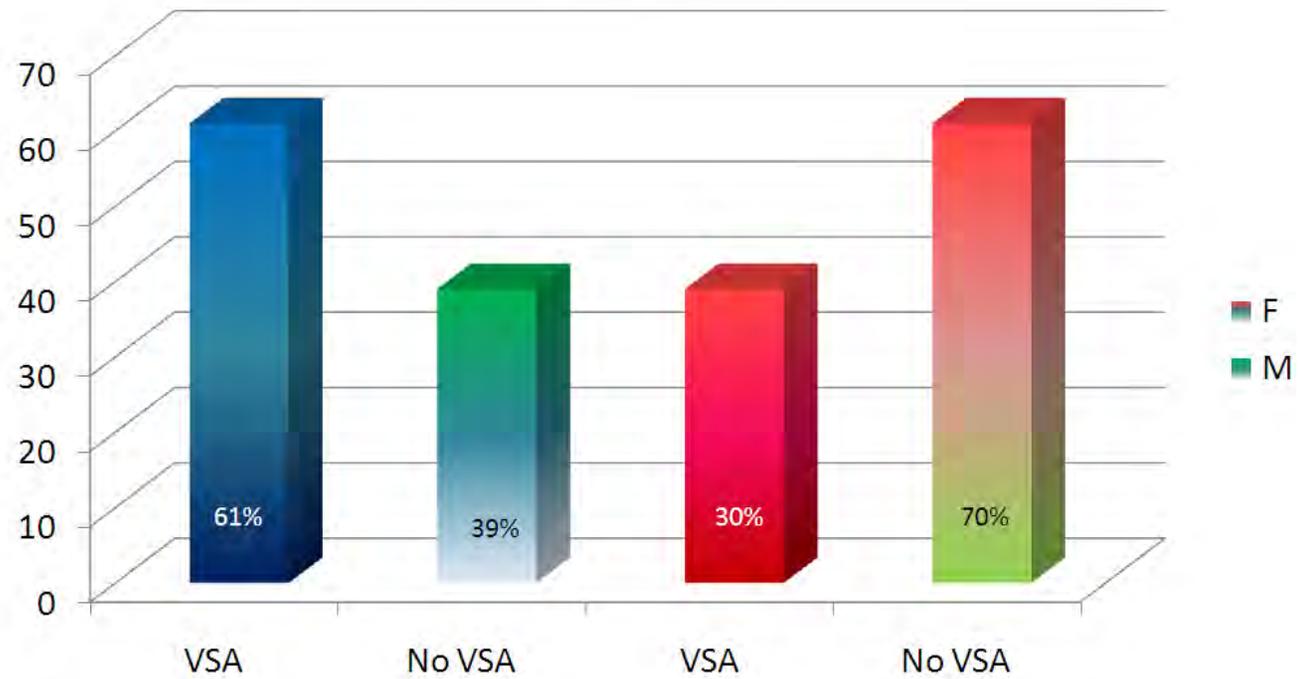
Grafico 15.

Distribución de **actitudes desfavorables** de adolescentes por sexo sobre embarazo en Adolescencia, Somoto, I semestres 2011.



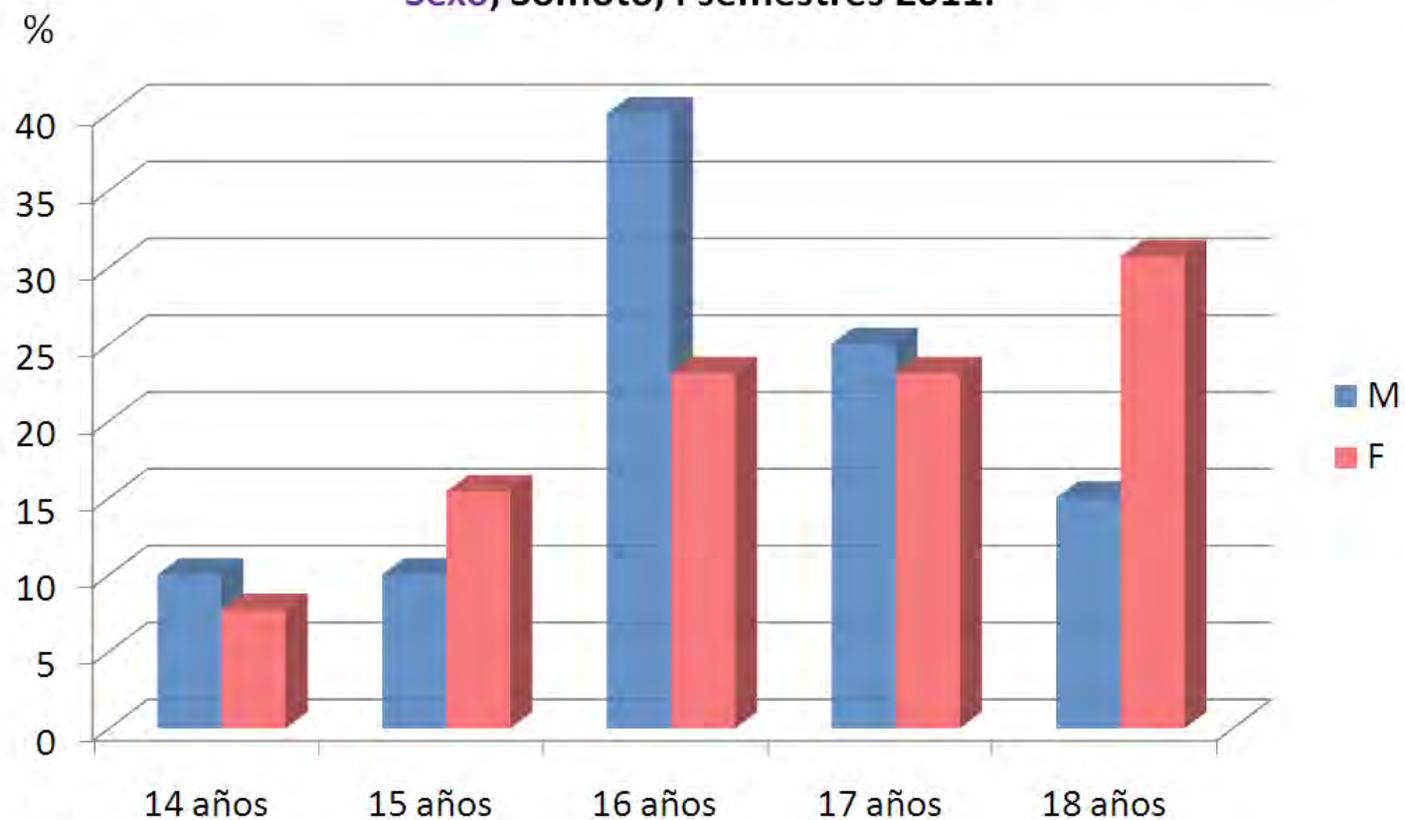
Fuente: Encuesta

Grafico 16.
Frecuencia de Adolescentes Sexualmente Activos, según Sexo, Somoto, I semestres 2011.



Fuente: Encuesta

Grafico 17.
Distribución de Adolescentes, según Inicio de Vida Sexual Activo, Edad y Sexo, Somoto, I semestres 2011.



Fuente: Encuesta

Grafico 18.
Distribución de Adolescentes, según Número de Parejas y Sexo,
Somoto, I semestres 2011.

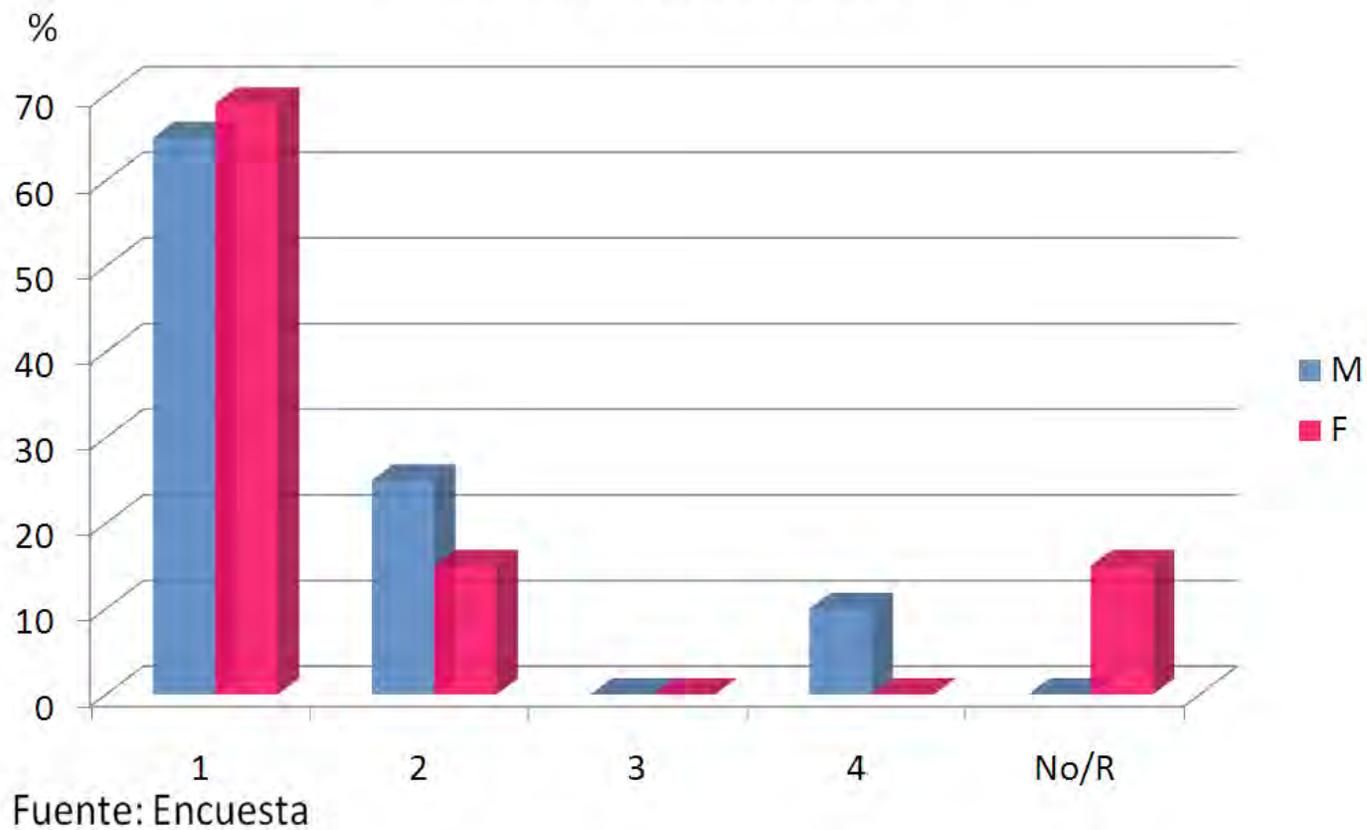
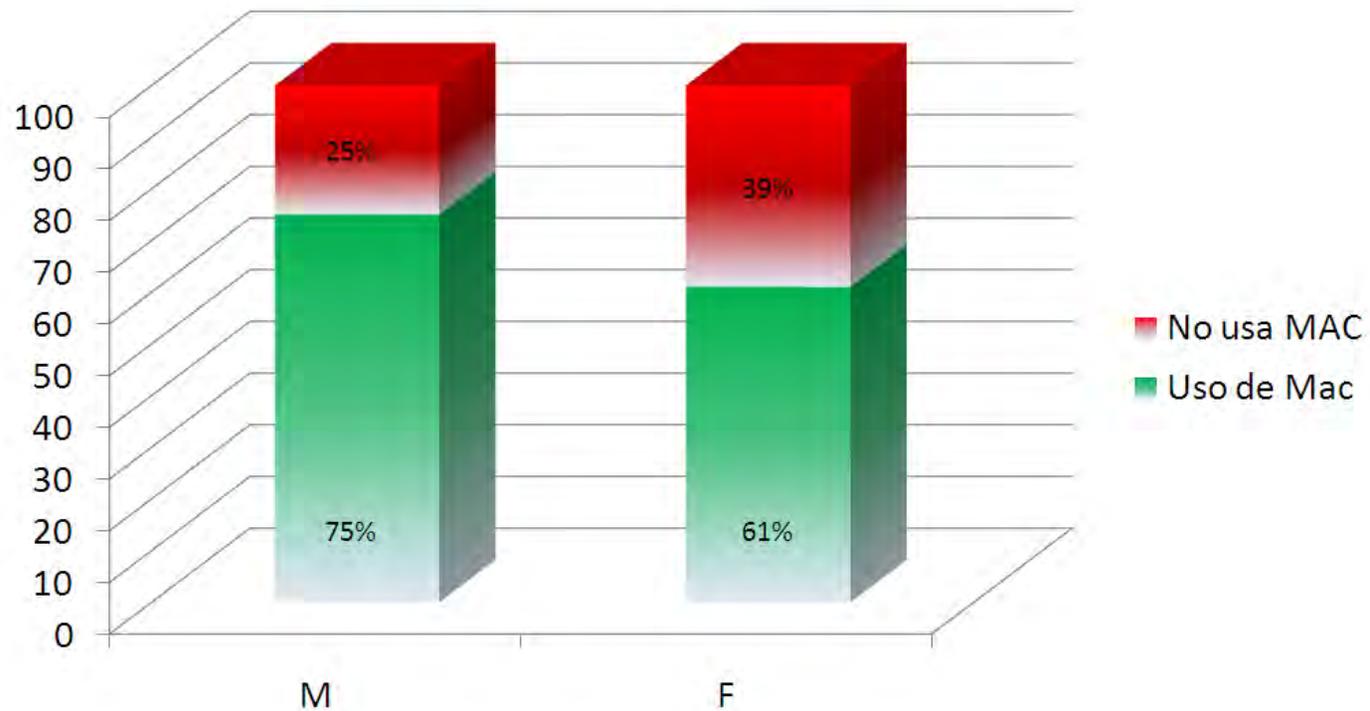


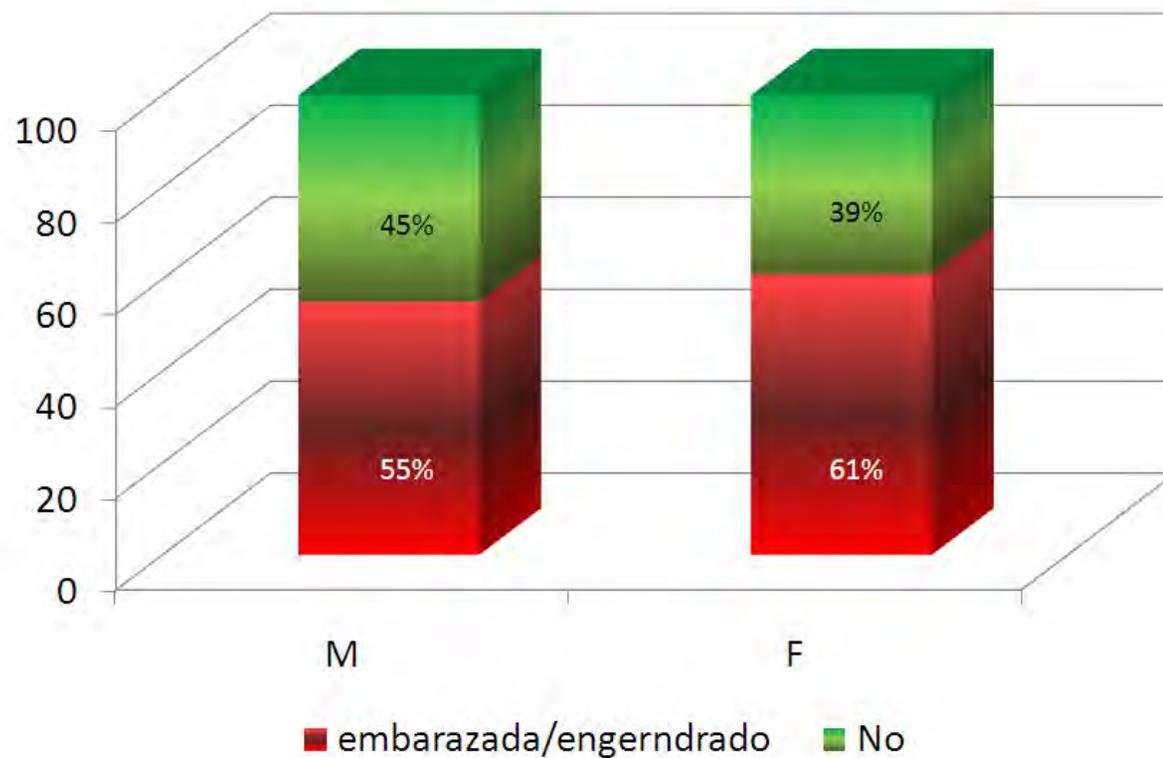
Grafico 19.

Frecuencia de **Adolescentes con VSA, utilizando un Método Anticonceptivo, según Sexo, Somoto, I semestres 2011**



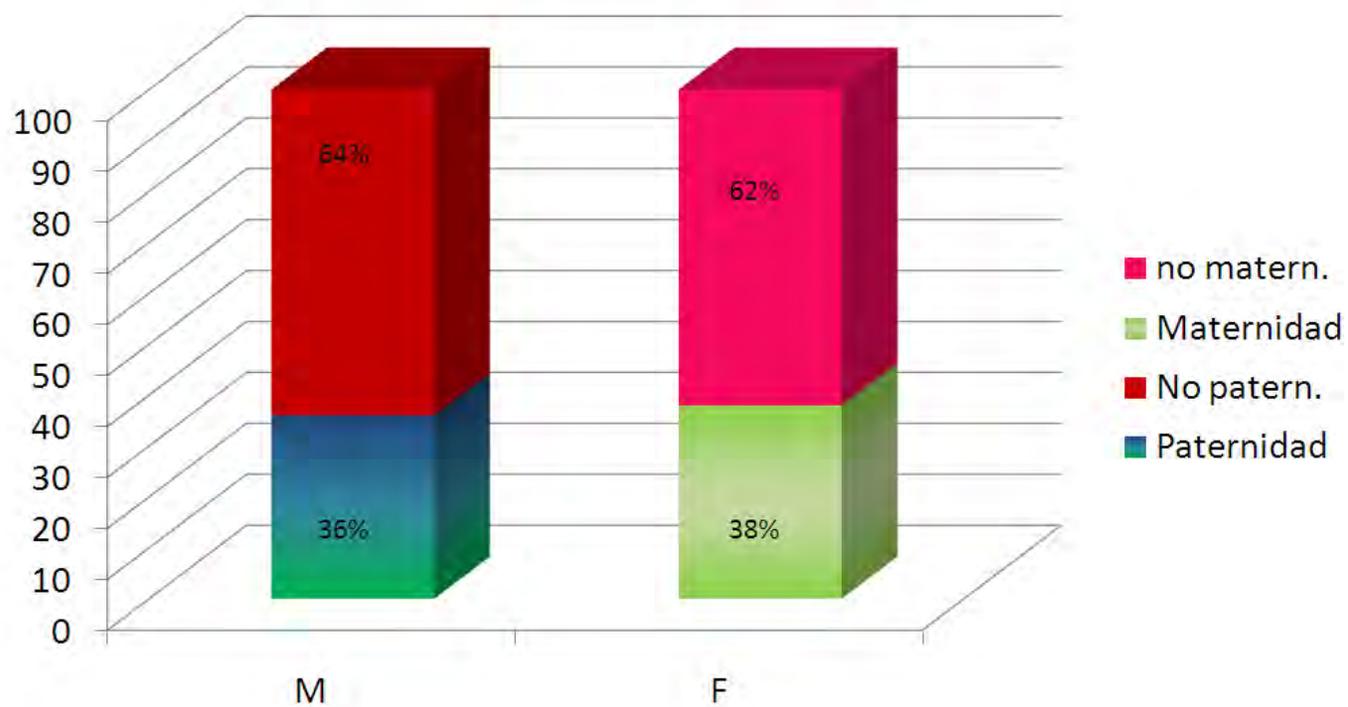
Fuente: Encuesta

Grafico 20.
Frecuencia de Adolescentes con VSA que han engendrado o han estado embarazada, Somoto, I semestres 2011



Fuente: Encuesta

Grafico 21.
Frecuencia de Adolescentes según paternidad y maternidad,
Somoto, I semestres 2011



Fuente: Encuesta

ANEXO 5:

Calculo de Muestra

$$n = \frac{Z^2 p \cdot q}{d^2}$$

$$N = 1619$$

$$P = 73 \text{ (numero absoluto)} = 4.57\% = 0.045$$

$$Z = 1.96 \text{ (confiabilidad)}$$

$$Q = 1-p = 0.955$$

$$D = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.045 \cdot 0.955}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.0429}{(0.0025)}$$

$$n = \frac{3.8416 \cdot 0.0429}{(0.0025)} = \frac{0.1648}{(0.0025)} = \mathbf{65.95} \text{ (muestra)}$$

La población adolescente es menor de 10.000, se aplica la siguiente formula:

$$nf = n/1 + (n/N)$$

$$nf = 65.95 + 0.0198$$

$$\mathbf{nf = 66}$$