



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



Maestría en Salud Publica 2010 – 2012

Tesis para optar al grado de Maestra en Salud Pública.

“Embarazo en adolescentes que asisten a los clubes del centro de salud “José Dolores Fletes” de la ciudad de Ocotol, departamento de Nueva Segovia I semestre del 2011.”

Autora: Lic. Vilma Jessenia Canales Carrasco.

Tutor: MSc. Edduvige yovany Roa Traña.

Ocotol, Nueva Segovia, Nicaragua, Noviembre 2011

INDICE

Nº		Pagina
	Dedicatoria i	
	Agradecimiento ii	
	Resumen iii	
I	Introducción	1
II	Antecedentes	2
III	Justificación	4
IV	Planteamiento del problema	5
V	Objetivos	6
VI	Marco de Referencia	7
VII	Diseño Metodológico	24
VIII	Resultados	26
IX	Análisis de los Resultados	29
X	Conclusiones	30
XI	Recomendaciones	31
XII	Bibliografía	
	Anexos	
	Encuesta	
	Operacionalización de Variables	
	Tablas	
	Gráficos	
	Modelo Teórico	
	Población	

DEDICATORIA

A Dios por su infinita misericordia, al guardar nuestras vidas y por derramar sabiduría e inteligencia para culminar con éxitos lo iniciado y por haberme dado las fuerzas necesarias en estos momentos difíciles de mi vida.

A mis queridos Padres: Carlos Emilio Canales(qepd)y Juana Francisca Carrasco(qepd) Por su apoyo, ejemplo, dedicación y espera, siendo mi gran guía en mi camino.

A mi Hija Cinthya Yamali-A mi nieta Brissia Guadalupe por esperar con paciencia cada día y mi gran motivo de inspiración.

A mi Esposo Roberto Zapata por su apoyo y comprensión.

A mis hermanas(os), sobrinas(os), por estimular fe, fuerzas y perseverancia y de instarme a no desmayar en esta meta que estoy culminando.

A mis compañeras de trabajo en especial: Gladys, Leonarda, Blanca Rosa, y Jesenia que con su apoyo me instaron a seguir adelante.

A mis queridas Alumnas de III año por apoyarme en el levantamiento de encuesta.

AGRADECIMIENTO.

A Dios todopoderoso por la fortaleza que me brinda día a día.

Al personal Docente y Administrativo del CIES – UNAN por la oportunidad que me brindaron apoyo incondicional, paciencia, ya que sin la ayuda de ellos no hubiese sido posible coronar esta meta propuesta.

A mi tutor MSc. Yovany Roa Traña por su gran ayuda y guía por sus sugerencias brindadas.

A mis compañeras de trabajo en especial: Gladys, Leonarda, Blanca Rosa y Jessenia que siempre me instaron a seguir adelante

A mis queridas alumnas de III año por apoyarme en el levantamiento de las encuestas.

RESUMEN

Se presenta un estudio descriptivo de corte transversal en el que se realizó comparación de la información que brindaron las adolescentes embarazadas con las no embarazadas y que utilizan algún método de planificación familiar y acuden a los clubes de adolescentes en el centro de salud “ José Dolores Fletes” en donde se estudiaron 46 adolescentes.

Se observó que del total de adolescentes embarazadas estudiadas la mayoría están entre las edades de 17 -19 años, las no embarazadas entre las edades de 14 a 16 años, las embarazadas son solteras y las no embarazadas en unión libre, , no han culminado sus estudios secundarios, viven en hacinamiento, no han culminado sus estudios secundarios, las Adolescentes embarazadas tienen mas de dos embarazos, el las embarazadas tienen un ingreso familiar arriba de Dos mil quinientos córdobas y las no embarazadas menor de dos mil quinientos córdobas.

Se observo que las adolescentes embarazadas y no embarazadas no cuentan con los servicios básicos necesarios, las Adolescentes embarazadas y las no embarazadas refieren en su mayoría sufrir violencia intrafamiliar esta de tipo: verbal, físico y psicológica por parte de sus compañeros de vida y sus padres, viven en hacinamiento, no han conformado su propio núcleo familiar continúan viviendo en casa de sus padres maternos.

Se observo que el nivel de educación sexual las embarazadas y no embarazadas han recibido charlas pero en un poco porcentaje, que estas las han recibido en el centro de salud y escuelas, embarazadas y no embarazadas han recibido charlas sobre planificación familiar, y los métodos de planificación familiar que mas conocen son depoprovera, mesigyna, lofemenal y preservativos, las Adolescentes embarazadas refieren conocer sobre lo que es el embarazo y las no embarazadas en un poco porcentaje.

Las actividades que realizan las Adolescentes embarazadas y las no embarazadas en su mayoría reciben charlas dentro de los clubes pero los temas que aquí han impartido no han sido en base a normas y el personal que atiende estos clubes no llenan los requisitos según lo estipulado, han realizado actividades dentro de los clubes, paseos e intercambio de experiencias las Adolescentes embarazadas y las no embarazadas pero refirieron que en algunos casos no son tomadas en cuenta para realizar algunas actividades .

I – INTRODUCCIÓN

La adolescencia, etapa que sucede entre la niñez y adultez, es un periodo que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos para este periodo vital que abarca desde los 10 hasta los 19 años.

El comienzo de dicha etapa viene marcado por la aparición de la pubertad (momento en que se produce la maduración sexual) pero debemos diferenciarla de esta ya que la adolescencia va más allá del mismo desarrollo fisiológico. Todo ello hace que el final de dicha etapa de la vida no sea fácilmente identificado y que ella depende de múltiples factores.

El embarazo en la adolescencia, además de constituir un riesgo médico elevado lleva aparejadas dificultades socioeconómicas y emocionales para la madre y su hijo lo que se conoce como “síndrome de fracaso” es por lo tanto la etapa que puede determinar el sentido de la vida y el bienestar futuro.

El impacto del embarazo en la adolescencia es psicosocial y se traduce a un problema universal.

Una de las características sociodemográficas de las madres adolescentes, es la particular composición de la estructura familiar, en lo concerniente al aspecto psicológico es conveniente que la madre adolescente se oriente toda su vida y asuma responsabilidades de adulto, según numerosos estudios realizados estas desempeñan su papel de madre, estableciendo buenas relaciones con su hijo no siendo menos competentes que las adultas, la familia y su dinámica son relevantes en las conductas del adolescente y fundamentalmente en las manifestaciones de su sexualidad.

Se describe como factores importantes que considerar los modelos de crianza, la satisfacción de necesidades afectivas y la manera en que se resuelven conflictos surgen como factores de riesgo para aparición de embarazos, situaciones desfavorables como violencia intrafamiliar, permisividad de los padres, madre poco accesible o aislada, madre con embarazo en adolescencia, padre ausente y carencias afectivas.

II – ANTECEDENTES

El Centro de Salud José Dolores Fletes está ubicado en el centro de Ocotlán con una población de 41,162 habitantes, brinda atención en cinco puestos de Salud, una Clínica del Adolescente, esta compuesta por (8) sectores, con equipos del MOSAFC activos .

En cada puesto de Salud y Centro de Salud se cuenta con Club de Embarazadas, con el objetivo de brindar a las parejas conocimientos que les permitan modificar pensamientos y conceptos erróneos con respecto al embarazo (creer que el embarazo es una enfermedad) y brindar técnicas de respiración y relajación indispensables para el control emocional, (disminuir las ansiedades, miedos, y temores propios del parto). (20)

A través del círculo de embarazadas se le proporciona a la mujer la preparación física y emocional necesaria para saber qué hacer, como relajarse, como respirar, como adoptar diferentes posturas como cuclillas, en cuatro puntos, como manejar el deseo de pujar, dirigir el esfuerzo de puja entre otras cosas. (20)

El equipo facilitador del círculo de embarazadas está formado por: Médico, enfermera, partera o comadrona, así como nutricionista, psicóloga, y trabajadora social en los establecimientos donde se cuenta con estos perfiles. (20)

Para organizar las secciones se conforma un grupo con un máximo de (15) participantes, el curso completo dura aproximadamente (3) meses y se lleva a cabo a través de (12) sesiones. (20)

En la primera sección se les debe dar a conocer los participantes:
Información básica sobre el círculo: en que consiste, que es etc. Objetivos, beneficios, los requisitos de inscripción y exclusión para realizar el curso psico profiláctico, compromisos: puntualidad, asistencia como mínimo a (8) sesiones, los temas mínimos que deben programar en el círculo de embarazadas son los siguientes: cambios anatómicos, fisiológicos del embarazo (20)

Cambios psicológicos del embarazo
Atención prenatal
Signos de peligro de la primera etapa del embarazo
Utilización de cosas maternas
Métodos de planificación familiar
Lactancia materna
Humanización del parto

Cuidados del recién nacido/estimulación temprana en el recién nacido

Puede promoverse la realización de artes manuales tales como: bordados, tejidos y otros.

Debe permitirse el acompañamiento del compañero, familiar o al que la embarazada determine.

Las técnicas de relajación tiene el propósito de deducir el dolor no evitarlo, mediante la aplicación de ejercicios que contribuyan a disminuir o eliminar el estrés y el temor que algunas mujeres sienten ante el parto, especialmente al ser primigesta.

Los clubes de adolescentes surgen en 1999 apadrinados por el programa de salud integral materno (PROSIM) y motivados por el programa de atención integral a la adolescencia en el que se reconoce que los adolescentes son personas que tienen sus propias necesidades y derechos y que por tanto merecen oportunidades para lograr su desarrollo pleno.²⁰

Los clubes funcionan en unidades de salud de primer nivel de atención y casas de adolescentes estos permiten el intercambio de información y criterios sobre actitudes y creencias alcanzadas en la adolescencia.

Cifras aproximadas en el año 2002, indican que las adolescentes representan más del 26% de la población. La tasa de fecundidad es de 119 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15-19 años, lo que significa la tasa más alta de América Latina.

Las principales causas de muerte en la adolescencia está relacionada con el embarazo, parto y puerperio. (20)

En el Centro de Salud existen 4 clubes de adolescentes en donde la participación es de 72 entre ellos 36 embarazadas y 36 no embarazadas pero que utilizan un método de planificación, donde estos clubes han venido a ayudar al mejoramiento de los conocimientos, actitudes y prácticas saludables, construcción de metas para la vida, disminución de conductas de riesgo, disminución del índice del embarazo en adolescentes y utilización adecuada de métodos de planificación familiar, en el año 2011 el Centro de Salud en el primer semestre hubieron 522 embarazadas, 2011, 509 embarazadas, de estas en el 2010, 144 adolescentes y 2011, 123 adolescentes, de un total de 1267 mujeres en edad fértil, lo que nos indica que de las mujeres en edad fértil, un 40% están embarazadas.

En esta Unidad de Salud no existe ningún estudio relacionado con embarazo en adolescentes.

III – JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que determinan un aumento considerable en su prevalencia. A pesar de la alta incidencia de embarazos en adolescentes que acuden a este centro de salud, no se ha realizado ningún estudio en el Municipio de Ocotlán, preliminar por lo que con el presente trabajo de investigación se pretende conocer factores relacionados con el embarazo en adolescentes que acuden al Clubes en esta Unidad de Salud, e intervenir a través de planes y programas que ayuden a disminuir la magnitud del problema.

Una de las razones que ha motivado la realización de este estudio ha sido reflexionar sobre los factores relacionados al embarazo en adolescentes como son: poca o ninguna información sobre temas de sexualidad, anti concepción, embarazo, prevención de ITS, VIH SIDA, integración familiar y violencia intrafamiliar en los hogares, además es notorio que las adolescentes han dejado sus estudios y tienen un nivel escolar muy bajo a pesar que viven en área urbana.

IV – PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1- ¿Cuales son los factores relacionados con el embarazo en adolescentes embarazadas y no embarazadas que asisten a los clubes del centro de salud José Dolores Fletes de la ciudad de Ocotlán I semestre 2011.

En base a lo antes expuesto se formulan las siguientes preguntas.

1- ¿Cuáles son las características socio demográficas de las adolescentes que asisten a los clubes?

2- ¿Cuál es el nivel de integración familiar de las adolescentes en estudio?

3- ¿Cuál es el nivel de educación sexual que han recibido los adolescentes?

4- ¿Qué actividades realizan las adolescentes en los clubes?

V – OBJETIVOS.

Objetivo General

Conocer la situación de los adolescentes, que asisten a los clubes del centro de centro de salud José Dolores Fletes de la ciudad de Ocotlán I semestre del 2011.

Objetivos Específicos.

- 1- Describir características socio demográficas de las adolescentes que asisten a los clubes.
- 2- Determinar el grado de integración familiar de las adolescentes en estudio.
- 3- Conocer el nivel de Educación sexual de las adolescentes que asisten a los clubes del Centro de salud Ocotlán.
- 4- Identificar las actividades que realizan las adolescentes en los clubes.

VI-MARCO DE REFERENCIA

La adolescencia, según la OMS es el período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica (10-19 años), ha sido considerada tradicionalmente como una etapa libre de problemas de salud. Sin embargo la problemática de la adolescencia proviene de sus conflictos sociales, dentro de los cuales destaca el embarazo no deseado.

Se considera embarazo no deseado a la concepción que ni la pareja ni ninguno de los que la forman desea conscientemente en el momento del acto sexual. Puesto que los embarazos no deseados no se recogen como tales, haremos caso de las distintas series que cifran que el 60-90% de las concepciones adolescentes son no deseadas.

La adolescencia que está comprendida entre los 10-19 años también con ella se da inicio a la pubertad, que es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, la presencia de esperma en los varones, la maduración de los órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias, todo esto produce el alcance de la maduración sexual (.4)

El desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionados con aspectos cognitivos y afectivo.

En el área cognitiva el adolescente debe ser capaz de "examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar". En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. El autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo. (Castillo, López, Muñoz & Rivera, 1992). Otra de las tareas en esta área es la de "alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores(4)

Etapa de la Sexualidad en la Adolescencia

Adolescencia Temprana: (10- 13 años) Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.(10)

- Adolescencia Media: (14-17 años)

Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces(10)

- Adolescencia Tardía: (De 18 a 20 años)

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual.

Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño. (10)

Embarazo Adolescente

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. González señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo (en Molina et al., 1991, p.29).

El embarazo de la adolescente puede ser un fenómeno natural en una sociedad agrícola – rural y un problema social en una sociedad industrializada o en desarrollo; puede ser una manifestación temprana de la capacidad reproductiva, adolescente.

Silber (1992), refiere que cada año 3.312.000 adolescentes latinoamericanas llevarán a término su embarazo. Se ignora el número de abortos. Sin embargo, en la adolescencia se relaciona a factores que incluyen nivel socioeconómico bajo, inestabilidad familiar, iniciación de la actividad sexual a muy temprana edad, por falta de conocimientos en educación sexual e irresponsabilidad por parte de los adolescentes. Además podemos evidenciar que los embarazos sucesivos en los adolescentes contribuyen a perpetuar el ciclo de la pobreza y la miseria. (11)

El embarazo en la adolescencia no es consecuencia directa de la pobreza, por lo que se debe considerar la influencia de los valores sociales que impiden a las adolescentes desarrollarse en forma saludable. Las adolescentes no reciben el mismo trato que los adolescentes. Los adolescentes pueden seguir con su capacitación, su libertad para desplazarse y practicar deportes, pero las adolescentes quedan fuera de circulación.

Por último, el embarazo en la adolescencia es un problema de carácter estructural, que afecta de igual manera a los grupos sociales de distintos estratos socioeconómicos. La diferencia estriba en el acceso a los recursos disponibles socialmente, con los cuales, cada uno de estos estratos, canalizan y enfrentan la situación. (11)

Factores de Riesgo en las Embarazadas Adolescentes.

Los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, tales como la enfermedad hipertensiva, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente, desgarro del canal del parto, endometritis, mastitis etcétera, determinan elevación de la morbimortalidad materna y un aumento estimado de 2 a 3 veces en la mortalidad infantil, cuando se compara con los grupos de edades entre 20-29 años.(4)

En las adolescentes el mayor riesgo comparativo observado no parece ser debido tanto a las especiales condiciones fisiológicas, sino más bien, a las variables socioculturales y a las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Es frecuente que estos embarazos se presenten como un evento no deseado o no planificado, producto de una relación débil de pareja, lo que determina una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición, por temor a la reacción del grupo familiar, lo que provoca un control prenatal tardío o insuficiente.(49)

En la experiencia clínica de Rico de Alonso, el 80 % de los niños hospitalizados por desnutrición severa eran hijos de madres adolescentes. Aún en los países que cuentan con suficientes recursos de salud para ofrecer a mujeres de todas las edades niveles adecuados de atención prenatal y durante el parto, es imposible reducir la mayoría de los efectos adversos relacionados con el proceso gestacional en las adolescentes embarazadas.

En el período del parto los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna. Esto determina una incapacidad del canal del parto, para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios (fórceps y cesáreas). Otra manifestación del desarrollo incompleto del aparato genital de la madre adolescente es la estrechez del "canal blando", que favorece las complicaciones traumáticas del tracto vaginal. Este hallazgo implica alto riesgo de lesiones anatómicas (desgarros), así como mayor probabilidad de hemorragias e infecciones en un terreno materno que puede estar comprometido por la desnutrición y las anemias previas. La estrechez de cualquiera de las dos porciones del canal del parto (ósea o blanda), implica un mayor peligro de parto traumático para el feto, que presenta amplia variedad y grado de severidad.(2)

Según diversas publicaciones es importante destacar que la mayoría de las adolescentes embarazadas son primigestas (del 73 % al 93 %). El primer embarazo plantea riesgos específicos que se suman a los derivados de la inmadurez fisiológica en la adolescente embarazada; por ejemplo, la pre eclampsia o hipertensión inducida por la gestación, la cual es más frecuente en embarazadas jóvenes, de bajo nivel socioeconómico y en el primer embarazo, condiciones que reúnen con frecuencia las adolescentes embarazadas. En el desarrollo de este cuadro clínico, entre otros, se invoca una posible falla en el mecanismo inmunológico adaptativo que permite el desarrollo de la estrecha interrelación entre el organismo materno y su huésped.(2)

Estrategias y lineamientos de acción para la prevención y atención del embarazo en la adolescencia.

Las estrategias de prevención y atención del embarazo deben considerar que la situación de pobreza aumenta considerablemente el riesgo de un embarazo en la adolescencia, debido a sus complejas derivaciones en lo psicológico, socio afectivo y económico. Los adolescentes pobres se ven expuestos a mayores factores desencadenantes de un embarazo en este período, como por ejemplo, estar fuera del sistema educativo formal, asumir labores domésticas o introducirse en el mercado laboral desde pequeños, iniciar su actividad sexual tempranamente pero además, sin los recursos de identidad de género que le garanticen una toma de decisiones acertada, que coloquen a la adolescente en una posición de igualdad y equidad frente al varón, así como, también tener antecedentes en la familia nuclear de madres adolescentes solteras y que posiblemente sean en la actualidad jefas de hogar, entre otros(.4)

Las estrategias de prevención y atención del embarazo deben contar con el apoyo de las familias y personas adultas que tengan vínculo con las embarazadas.

Es importante la participación de los padres, ya que, por ejemplo, en los programas de educación sexual, éstos pueden actuar en forma negativa e inclusive agresiva. Algunos padres temen que se les diga a sus hijos cosas que los anime a tener relaciones sexuales, aunque, por lo general, con esas actitudes reflejan que sólo quieren lo mejor para sus hijos. Por lo tanto, se les debe hacer saber que muchas investigaciones han demostrado que los programas de educación sexual son más eficaces para modificar los comportamientos, cuando los mensajes llegan a las personas adolescentes antes de que tengan una vida sexual activa.(4)

A la hora de hablar sobre la prevención del embarazo adolescente hay que distinguir entre la prevención primaria (disminuir las conductas sexuales de riesgo), la prevención secundaria (atención sanitaria para prevenir y tratar sus complicaciones) y la prevención terciaria (reinserción social de las madres adolescentes y sus hijos).

Centrándonos en la prevención primaria, la OMS recomienda una educación sexual correcta vinculada con la disponibilidad de servicios de anticoncepción(.4)

Educación Sexual

La educación sexual de los adolescentes se debería tomar desde un punto de vista integrador, que englobe a padres y sanitarios junto con los programas educativos en las escuelas e institutos, puesto que así se consigue llegar a la práctica totalidad de los adolescentes.

La Educación Sexual como Materia Escolar

Los programas preventivos de educación en el medio escolar están considerados como una recomendación de grado A en los programas de Salud Pública y la única intervención contraproducente es la promoción de la abstinencia.

Ningún estudio español analiza la eficacia de estas medidas, aunque Callejas, S. *et al* observan una mejora estadísticamente significativa de uso del preservativo, reducción de los tabúes alrededor del mismo y una mejoría de la percepción de éste como medio de prevención del embarazo y de la capacidad de rechazar una relación sexual sin protección tras una intervención educativa.(4)

Elección y Promoción de Métodos Anticonceptivos

La educación sexual se ha de complementar con una disponibilidad y buen uso de los métodos anticonceptivos. Las razones por las que no se usan son: las características de las relaciones sexuales a estas edades (espontaneidad y falta de planificación), la desmotivación, la falta de información y la escasa percepción del riesgo o la dificultad para conseguirlos.

Al hablar de los métodos anticonceptivos preferibles en adolescentes tenemos que tener en cuenta distintos requisitos: que sea efectivo, reversible, de fácil adquisición, barato, de uso sencillo y adecuado a su actividad sexual. Se debe ofrecer la posibilidad de elegir libremente el método anticonceptivo para el cumplimiento correcto del mismo.

En base a estos requisitos, la FIGO clasifica los métodos anticonceptivos para adolescentes en:

Preferentes: preservativo y anticoncepción hormonal oral.

Aceptables: diafragma y esponja vaginal, espermicidas y anticoncepción hormonal inyectable o intradérmica.

Se deben gestionar proyectos desde una perspectiva de género, orientados a que el Ministerio de Educación Pública reflexione y replantee los actuales mecanismos de atracción, permanencia, aseguramiento y continuidad en el proceso educativo formal de la población adolescente de ambos sexos, siendo que la deserción escolar es un factor desencadenante del embarazo en la adolescencia.

Se requiere de una Red de Apoyo Externa (interinstitucional), que coordine con otros niveles el seguimiento de las embarazadas adolescentes atendidas en los hospitales, a las cuales se les ha creado una serie de expectativas con respecto a las posibilidades de mejorar la situación en términos de relaciones familiares, empoderamiento, condiciones, laborales, entre otros.(10)

Entre las actitudes que deben aprender figuran la capacidad de establecer comunicación abierta con sus padres, pareja o familia, de obtener y usar condones, cómo usarlos, de la anticoncepción, prevención de las ETS, del proceso de gestación, de cómo y por qué una mujer queda embarazada⁹. Estas actitudes se pueden introducir mediante una serie de actividades, tales como: aclaración de valores, práctica de toma de decisiones y refuerzo del comportamiento mediante la imitación de modelos y reacciones positivas. (10)

La prevención y atención del embarazo en la adolescencia, requiere de un sistema de monitoreo y evaluación que esté presente desde el diseño mismo de los programas, pasando por la implementación, hasta llegar a medir su efectividad e impacto en las modificaciones producidas en las prácticas sexuales y productivas.(10)

El embarazo en la adolescencia debe formar parte importante en la definición de políticas públicas, es decir, debe asumirlo como parte de sus responsabilidades y no como objeto de respuesta institucionales aisladas, según el interés del gobierno de turno o de esfuerzos individuales, que si bien son encomiables, no son suficientes.

Al diseñar un programa para un grupo en particular, es esencial emplear objetivos concretos y mensurables. Con demasiada frecuencia, no son claros los objetivos de un proyecto. Entonces, no hay forma de juzgar si un método es eficaz o no.

Las nociones de "autoestima" y "confianza en sí mismo" son importantes de considerar en las estrategias de prevención del embarazo en la adolescencia. Los sentimientos de inseguridad, temor y duda de si mismos pueden interferir con el buen comportamiento en torno a la a salud reproductiva. Si no se tiene confianza en sí mismos, es posible que las personas adolescentes no busquen los servicios de salud reproductiva, ni sean capaces de decir "no" a las relaciones sexuales no deseadas.

. Organizar los círculos de embarazadas

a. Los actuales clubes de embarazadas adolescentes, que funcionan en las unidades de salud del primer nivel, constituirán la base para formar círculos de embarazadas, ampliándolas a todo el universo de embarazadas.

b. El círculo de embarazadas tiene como objeto brindar a las parejas conocimientos que le permitan modificar pensamientos y conceptos erróneos con respecto al embarazo. (p.ej. creer que el embarazo es una enfermedad) y brindar técnicas de respiración y relajación, indispensables para el control Emocional, (disminuir las ansiedades, miedos y temores propios del evento.)

c . A través del círculo de embarazadas se le proporciona a la mujer la preparación física-emocional necesaria para saber qué hacer, cómo relajarse, cómo respirar, cómo adoptar diferentes posturas como cuclillas, en cuatro puntos, cómo manejar el deseo de pujo, dirigir el esfuerzo de pujo, entre otras cosas.

d. El equipo facilitador del círculo de embarazadas está conformado por: Médico, enfermera, partera o comadrona así como Nutricionista, psicóloga, y trabajadora social en los establecimientos donde se cuente con estos perfiles.

e. Para organizar las Sesiones, se conforma un grupo con un máximo de 15 participantes

f. El Curso completo dura aproximadamente 3 meses y se llevan a cabo a través de 12 sesiones

g. En la primera sesión se les debe dar a conocer a los participantes:

i. Información básica sobre el círculo: en qué consiste, qué es, etc.

ii. Objetivos

iii. Beneficios

iv. Los requisitos de inclusión y exclusión para realizar el curso psicoprofiláctico.

v. Compromisos: puntualidad, asistencia como mínimo a 8 sesiones.

h. Los temas mínimos que se deben programar en el círculo de embarazadas son los siguientes:

i. Cambios anatómicos fisiológicos del embarazo.

ii. Cambios Psicológicos del embarazo.

iii. Atención prenatal.

iv. Signos de peligros de la primera mitad del embarazo.

- v. Signos de peligros de la segunda mitad del embarazo.
- vi. Utilización de casas maternas.
- vii. Métodos de Planificación Familiar.
- viii. Lactancia Materna.
- ix. Humanización del parto.
- x. Cuidados del Recién nacido/Estimulación temprana en el Recién nacido.
 - i. Puede promoverse la realización de artes manuales, tales como bordado, tejidos, otros
 - j. Debe permitirse el acompañamiento del compañero, familiar o partera/o que la embarazada determine.
 - k. La labor del acompañante será muy importante y de gran ayuda para la mujer, ya que la preparación previa le permitirá saber cómo emplear medidas que no son farmacológicas, como algunos masajes o presión en ciertos puntos para controlar el dolor de su pareja, favoreciendo el confort.
- 1. En los círculos de embarazadas se promoverá el parto psicoprofiláctico. Anexo
 - m. Las técnicas de relajación tienen el propósito de reducir el dolor no evitarlo, mediante la aplicación de ejercicios que contribuyen a disminuir o eliminar el estrés y / o el temor que algunas mujeres sienten ante el parto, especialmente al ser primigesta.

Facilitar el acompañamiento durante el proceso de atención en el embarazo, parto y postparto.

- a. Se permitirá a toda paciente contar con un acompañante al momento de la atención prenatal, la atención del parto, el puerperio o cualquier otros servicios de hospitalización incluyendo las salas de alto riesgo obstétrico (ARO). Se excluyen de éstas aquellas salas cerradas tal como: unidad de cuidados Intensivo, y/o unidad de cuidados neonatales, unidades de cuidados coronarios, entre otros; debido a que en estas áreas se internan pacientes graves.
- b. En relación al numeral anterior la paciente decidirá quién de su familia la acompañará al momento de la atención prenatal, la atención del parto, el puerperio o cualquier otro servicio de hospitalización incluyendo las salas de alto riesgo obstétricos (ARO), lo que debe quedar documentado en el expediente. Este aspecto se puede iniciar a negociar desde las APN con el Plan de Parto.
- c. Se permitirá acompañante del sexo masculino (aún en la sala de labor y parto, y expulsivo) siempre y cuando las condiciones permitan y garanticen la privacidad de las otras pacientes.

d. Al momento del ingreso o internamiento para la atención obstétrica toda paciente podrá recibir tres tarjetas:

i. Una de color verde de permanencia de un acompañante

ii. Una de color blanco para visitas.

iii. Una azul para las parteras.

e. El acompañante deberá ser mayor a los diez y seis años, salvo aquellos casos especiales donde exista previa evaluación por trabajo social y aprobación de la supervisora de sala.

f. El acompañante debe estar libre de enfermedades infecto contagiosas (por ejemplo: Catarro, rubéola, etc.) Con el único objetivo de proteger a su familiar y resto de personas.

g. Durante el pase de visita se le solicitará a los acompañantes salir de la sala, exceptuando los casos de adolescente que deben estar acompañadas (durante la evaluación) por familiar.

h. Se permitirá realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos en presencia de un familiar que la paciente decida, pero deberán salir de la sala los acompañantes de las otras pacientes.

i. Se prefiere que el acompañante de las pacientes menores de edad sea una persona adulta con capacidad legal para tomar decisiones y firmar el consentimiento informado, en relación a la atención en salud de su familiar (principalmente si se trata de autorización de procedimientos médicos o quirúrgicos).

j. Todo familiar o acompañante debe conocer los derechos de su paciente, principalmente lo relacionado a la humanización o empático de la atención obstétrica; y así mismo deberán conocer sus deberes como acompañante o familiar, principalmente los aspectos relacionados al comportamiento y buena conducta en las salas o área de atención para preservar el bienestar de todas las pacientes.

k. En caso que una embarazada o puérpera se encuentre internada en áreas críticas restringidas tales como: unidad de cuidados Intensivos, unidad de cuidados coronarios,

Sala de operación o en otras áreas consideradas críticas; el acompañante que permanecer cerca de dichas salas o en la sala de espera (según sea el caso) para que pueda ser localizado de forma oportuna y rápida.

La incorporación de características culturales y preferencias de las mujeres para la atención de su embarazo y parto y cuidados del recién nacido en los servicios de salud.

- a. Toda paciente tiene derecho a seleccionar la alimentación que va a ingerir, esto incluye aquellos que por tradición (familiar o área geográfica, etc.) consumen durante el embarazo y después del parto. (Por ejemplo: cuajada seca con tortilla, tibio, manzanilla, entre otros). Se excluyen aquellas pacientes que por sus condiciones de salud tenga contraindicado a este tipo de alimentación.

- b. El ingreso de alimentos se debe permitir las 24 horas.

- c. El personal debe permitir que la mujer puede tomar algunos alimentos ligeros durante e inmediatamente después del parto y de preferencia calientes que le proporcionen energía: sopas, tibio, u otros. Se recomienda: Te o leche con canela.

- d. Se debe permitir el uso de bebidas para los entuertos tales como: Eneldo, cilantro, aluzama, pimienta de castilla, romero y miel de jicote.

- e. El personal de salud debe conocer la acción de algunas hierbas comunes del territorio y permitir que la parturienta ingiera bebidas medicinales según la costumbre en su comunidad, siempre y cuando no sean perjudiciales para ella o para su bebé y en caso que se desconozca su efecto, buscar alternativas en conjunto con la parturienta y la partera si es esta quien la está acompañando.

- f. El personal de salud involucrado en la atención de una paciente debe garantizar su privacidad, principalmente al momento de realizar examen físico.

- g. La partera puede participar antes, durante y posterior al parto, cuando la paciente así lo desee; de preferencia acompañado por el personal de salud.

- h. Debe ofrecerse y permitirse la atención del parto vertical.

- i. Realizar lavado perineal con agua tibia y si fuera costumbre con agua de hierbas, al inicio del trabajo de parto y repetirlo si fuera necesario. Para ello durante la atención prenatal se conversará con la embarazada y con los familiares a fin de obtener las hierbas al momento del parto.

- j. Debe permitirse a la mujer cambiar de posición cuando ella lo demande, buscando aquella en la cual pueda tener la mayor fuerza para la expulsión del feto.

- k. El personal de salud que atiende el parto deberá adecuarse a la posición elegida.

- l. El personal de salud que atienden el parto vertical en cualquiera de las posiciones deberá instruir a la embarazada para que realice jadeo superficial, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza con los músculos del abdomen.

m. Todo personal de salud involucrado en la atención de la paciente debe establecer comunicación continua con la paciente y su familiar, siempre se le debe informar sobre:

i. Condición clínica de la paciente, resultados de estudios complementarios y procedimientos médicos que se requieran.

ji. Razones de la presencia de personal médico y paramédico en formación.

n. Una vez que el bebé nace se ubicará junto a su madre en la misma habitación, con el propósito de favorecer el apego precoz, permanente y promover así la lactancia materna exclusiva.

o. Para incorporar las adecuaciones culturales acordes al territorio se realizarán ciclos rápidos de mejoría continua de la calidad para la adecuación cultural.

p. Para la realización de un ciclo rápido, el subcomité de satisfacción de usuarias revisará de forma minuciosa el proceso de atención del parto y al detectar brechas en el mismo indagará sobre las posibles causas.

q. Luego deberán pensar en propuestas concretas de cambios en base a la experiencia y conocimientos de cada uno de los miembros del subcomité. Es importante además que reflexionen qué pasaría al introducir el cambio en el sistema de atención actual, lo que llevaría a determinar si el cambio es o no factible.

r. Las deficiencias en el proceso de atención que inciden sobre la brecha cultural escogida, es decir: acciones que no se realizan adecuadamente, elementos que son innecesarios o redundantes, y elementos que deberían estar incluidos en el proceso pero que no lo están; deben ser identificados de forma precisa y planteados de manera adecuada. Una vez que se han identificado las deficiencias, lo siguiente es elaborar propuestas concretas de cambios en la organización del proceso, lo que llamaremos “ideas de cambio”, Ejemplo:

Deficiencias encontradas en la atención		Ideas de Cambio	
Mal identificada	Bien identificada	Mal elaborada	Bien elaborada
No hay dónde atender el parto vertical	La sala de partos no está adecuada para atender el parto vertical	Construir una sala de partos adecuada para atender el parto vertical (está mal elaborada porque no es factible)	Adecuar la sala de partos con insumos físicos adecuados para atender el parto vertical
No existe personal capacitado	El personal no está capacitado para atender el parto vertical	Capacitar al personal (está mal elaborada porque es la deficiencia redactada en positivo y no propone ningún cambio concreto)	Invitar a parteras comunitarias para que compartan sus conocimientos con el personal de la Unidad de Salud sobre los procedimientos para atender el parto vertical

s. Una vez respondidas las preguntas fundamentales, el ciclo rápido de la mejora continua de la calidad, (programar, Ejecutar, Examinar, Actuar) permite poner en práctica las ideas de cambio planteadas.

t. Se pueden realizar los siguientes ciclos:

i. El primer ciclo es el de prueba, a pequeña escala, por tanto con un grupo reducido.

ii. El segundo ciclo será de ajustes de los cambios, de acuerdo a las experiencias obtenidas en la realización del primero, o en el regreso al primer ciclo de prueba con una nueva idea de cambio en caso de que el cambio propuesto no funcione.

iii. El tercer ciclo rápido constituye la aplicación del cambio a mayor escala, para ajustar los detalles necesarios antes de implementar el cambio en toda la Unidad de Salud.

iv. Puede existir o darse un mayor número de ciclos rápidos, lo que el Equipo requiera hasta que perciba que el nuevo proceso puede aplicarse a gran escala en la Unidad o Sistema de Salud.

v. Finalmente una vez probado el nuevo proceso, se realizará todos los trámites administrativos necesarios para mantener el proceso en forma definitiva.

8. Adecuar las salas de parto y prácticas del personal para la atención del parto vertical

a. Para la atención del parto vertical la Infraestructura de los expulsivos debe adecuarse a las siguientes condiciones:

i. Luz tenue.

ii. Temperatura agradable, ambiente a 24 grados centígrados aproximadamente.

iii. Ventanas con cortinas de colores.

iv. Paredes pintadas con colores no claros.

b. En el equipamiento se deberá agregar además de lo descrito en el manual de habilitación vigente:

i. Silla o camilla vertical.

u. Argolla de metal o madera instalada en el techo.

iii. Mecate grueso de 5 metros.

iv. Una colchoneta para el piso.

v. Campos para el nacimiento del bebé.

vi. Dos cojines de 30 cm de diámetro.

vii. Bolsas de agua caliente.

viii. Botas de tela para la embarazada, para evitar contaminar al niño.

ix. Batas amplias para cubrirla adecuadamente.

Atención del parto vertical

A. Ingreso de la paciente.

a. Recibir a la parturienta y a su acompañante de forma amable, respetuosa y cordial.

b. Explicar de forma clara y amable los procedimientos que le realizará, durante la atención.

B. Periodo de dilatación

a. Vigile el trabajo de parto utilizando el partograma, el que le dará las pautas para la realización de los tactos subsecuentes.

b. Tratar en lo posible de realizar los tactos vaginales explicando siempre porque de los mismos y ganarse la confianza de la embarazada y acompañante, ser prudentes y tolerantes al realizar este procedimiento.

e. El personal de salud debe proporcionar soporte emocional con el apoyo del familiar elegido por la embarazada.

d. Facilite un ambiente de confianza para que la parturienta se sienta en la libertad de expresar sus inquietudes y/o temores.

e. El personal de salud debe conocer la acción de algunas hierbas comunes del territorio y no permitir el uso de aquellas que puedan provocar daño a la madre o feto.

f. El personal de salud será respetuoso de las costumbres acerca de los alimentos a los que está acostumbrada la parturienta, en el caso que la institución no pueda proporcionarlos se les deberá permitir el ingreso de estos alimentos. Sin embargo debe brindársele consejo ería sobre la alimentación después del parto.

g. Cumplir con lo dispuesto en la norma de atención del parto.

C. Posiciones durante la fase de dilatación:

a. La mujer debe elegir la posición que prefiera. No se recomienda la posición supina

durante la fase de dilatación porque presenta una serie de problemas desde el punto de vista fisiológico:

- i. La comprensión de los grandes vasos sanguíneos dorsales interfiere con la circulación y disminuye la presión sanguínea con la consiguiente disminución de la oxigenación fetal
 - ii. La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil, menos frecuente y la necesidad de pujar se toma más dificultosa debido al mayor esfuerzo de estar favorecida por la fuerza de la gravedad.
 - iii. El descenso más lento incrementa el uso de técnicas que aceleran el proceso y estimulan el sufrimiento fetal.
 - iv. El cóccix es comprimido contra la cama, que lo fuerza hacia delante estrechando la salida pélvica, con mayor dificultad y alargamiento de la expulsión.
- b. La mujer durante su trabajo de parto puede moverse y cambiar de posición las veces que lo necesite y quiera. La posición vertical, es más fisiológica y acorta el tiempo de trabajo de parto en un **25 %**. El caminar o la misma posición de pie estimula las contracciones, favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino. Haciendo que las contracciones sean más eficientes y menos dolorosas, por lo cual muchas mujeres sienten la necesidad de caminar asistidas por sus acompañantes.
- c. La única excepción que apoya la posición supina durante el período de dilatación es cuando las membranas se han roto estando la cabeza alta.
- d. Cumplir con lo dispuesto en la norma de atención del parto.

D. Relajación y masajes:

- a. Para dar masajes el personal o los familiares deben tener las manos tibias, realizarlos lentamente con la palma de la mano y la yema de los dedos, la utilización de un aceite o talco ayuda a deslizar las manos por la piel y ejercer una presión suave y pareja en la zona lumbar, Esto permitirá disminuir los niveles de ansiedad, controlar el estrés físico y emocional que implica el trabajo de parto, renovar las energías para las próximas contracciones, reducir la tensión muscular y ayudar de este modo a contrarrestar la fatiga.

E. Posiciones en el periodo expulsivo

- a. Las posiciones que pueden adoptar la embarazada son las siguientes:
- i. Posición de cuclillas: Variedad anterior.
 - u. Posición de cuclillas: Variedad posterior.
 - iii. Posición de rodillas.
 - iv. Posición sentada.
 - v. Posición semisentada.

vi. Posición cogida de la sogá.

vii. Posición pies y manos (cuatro puntos de apoyo).

b. Posición de cuclillas: Variedad anterior: es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural, facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos, favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto.

i. El personal de salud se ubica arrodillado, en cuclillas o sentado en un banquillo bajo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

ii. La embarazada debe mantener las piernas hiperfiexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos de la pelvis.

iii. El acompañante actúa como soporte de la embarazada, sentada en un banquito bajo, coloca la rodilla a nivel de la parte inferior de la región sacra de la embarazada. la sujeta abrazándola por la región de los hipocondrios y epigastrio; este procedimiento permite ir acomodando al feto y orientándolo en el eje vertical, esta práctica favorece la acción de la prensa abdominal.

c. Posición de cuclillas: variedad posterior;

i. El personal de salud protege el periné colocando su rodilla en la región inferior del sacro de la embarazada y posteriormente se adecua para hacer el alumbramiento dirigido.

ji. El acompañante debe estar sentado en una silla al borde con las piernas separadas, abrazará a la parturienta por debajo de la región axilar, colocando su rodilla al nivel del diafragma actuando como punto de apoyo, permitiendo que la gestante se sujete colocando los brazos alrededor del cuello del acompañante.

d. Posición de rodillas:

i. El personal de salud se ubica cara a cara con la gestante y posteriormente se adecua para realizar el alumbramiento dirigido

ii. El acompañante debe estar sentado en una silla al borde con las piernas separadas, abrazara a la embarazada por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos del acompañante.

iii. En esta posición la embarazada va adoptando una postura más reclinada a medida que el parto se hace inminente con el fin de facilitar los procedimientos obstétricos y por su propia comodidad.

e. Posición sentada y semisentada

i. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido

ii. El acompañante debe estar sentado con las piernas separadas o arrodillada sobre la tarima. abrazara a la embarazada por la región del tórax permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante.

iii. En esta posición la embarazada se encontrará sentada en una silla baja (debe encontrarse en un nivel más bajo en relación a la posición del acompañante) o sentada al borde la tarima, cuidando que la colchoneta este ubicado debajo de la gestante.

iv. En la posición semisentada la gestante se apoyara sobre almohada o sobre el acompañante. Puede sentarse derecha o doblarse hacia adelante en el piso o en el borde de la cama esta posición relaja y permite que la pelvis se abra.

f. Posición agarrada de la soga: Esta posición dificulta las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir de momento.

i. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuara para realizar el alumbramiento dirigido.

ii. La embarazada se sujeta de una soga que está suspendida de una viga del techo. El favorecido es el feto, quien ayudado por la fuerza de gravedad, avanza por el canal parto suave y calmadamente.

g. Posición pies y manos: Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda.

i. El personal de salud realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuara para realizar el alumbramiento dirigido.

ji. Otras prefieren arrodillarse sobre una colchoneta apoyada hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento en que el parto es inminente se deberá adoptar una posición mas reclinable con el fin de facilitar el control del parto.

iii. La recepción del bebé se realizara por detrás de la mujer.

F. Atención del Periodo del Alumbramiento

a. El personal de salud debe atender el alumbramiento en posición horizontal en razón que el parto en posición vertical produce un sangrado en regular cantidad.

b. Se pueden utilizar costumbres de la zona rural:

i. Provocarse nauseas estimulando la úvula con el objeto de provocar esfuerzo.

u. Soplar una botella.

iii. Pinzar el cordón amarrarlo al pie o pierna de la mujer para evitar que se meta de nuevo.

c. Es importante evaluar si no se han producido laceraciones en la vulva, vagina y/o cuello uterino.

d. Se debe mantener las normas del proceso de alumbramiento.

G. Disposición final de la placenta

a. Debe permitirse que la *familia* pueda disponer el destino final de la placenta de acuerdo a sus concepciones, salvo en aquellas situaciones que se identifique la placenta como un factor de riesgo de contaminación tales como VIH-SIDA, enfermedades de transmisión sexual u otras, las cuales deberá explicársele a la familia.

b. Se debe proceder a entregar la placenta en bolsa sellada siguiendo normas de bioseguridad.

H. Atención del Puerperio Inmediato

a. Las habitaciones deben tener calor y poca luz.

b. Estimular la salida de los loquios con la aplicación de masajes, ya que favorece la contracción del útero y así mismo da sensación de bienestar a la madre. Permitir que las mujeres se fijen el abdomen.

c. Permitir que el acompañante repose junto a ella, Excepto aquellos casos en que la condición de la paciente no lo permita.

d. Preferiblemente habilitar con sábanas de colores vistosos y oscuros, ya que las mujeres temen manchar las sábanas blancas.

e. Cumplir con las normas de atención al puerperio inmediato.

f. Cumplir con lo dispuesto en la norma de atención del parto.

Fomentar la lactancia materna exclusiva

a. Los directores de los hospitales debe asegurar que todo recién nacido se le brinde apego precoz o inmediato después del parto.

b. Todo establecimiento de salud con internamiento deberá brindar alojamiento conjunto del recién nacido normal y la madre, durante su internamiento.

e. La atención a la madre durante la lactancia, debe comprender la vigilancia estrecha de la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el niño. El médico responsable de la atención de la madre debe informar al médico responsable de la atención del recién nacido, cuando sean diferentes, del empleo de cualquier medicamento en la madre durante el puerperio.

d. Los establecimientos de salud deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos medicamento justificados.

- e. Deberá informarse diariamente a embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y leches industrializadas.
- f. En los establecimientos de salud no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.
- g. En los establecimientos de salud, no se emplearán representantes de servicios profesionales, de enfermeras de maternidad o personal análogo remunerado por los fabricantes o los distribuidores de los productos lácteos.
- h. Los fabricantes o distribuidores de sucedáneos de la leche materna no ofrecerán incentivos financieros o materiales al personal de las unidades de salud con el propósito de promover sus productos.
- i. Debe darse estricto cumplimiento de todos los pasos de la Lactancia Materna.
- j. Antes de dar el alta brinde consejería en PF a la puérpera y a su acompañante, que le permita escoger el método que más le convenga de acuerdo a los criterios clínicos de elegibilidad. Si decide llevar un método natural acuerde con la partera y/o el personal de salud de donde proviene el seguimiento de la puérpera para garantizar la continuidad en el uso del método.

Aspectos Relacionados a la Divulgación:

- a. La estrategia de humanización de la atención obstétrica, especialmente la atención del parto debe darse a conocer a la población mediante los medios de comunicación existente, tal como mural, perifoneo, visitas a medios de comunicación, entre otros.
- b. Toda embarazada desde que acude a la primera atención prenatal debe conocer que en la unidad de salud existe la estrategia de atención humanizada del parto.
- c. La estrategia de Humanización de la atención del parto deberá divulgarse a través de:
 - i. Encuentros con líderes comunitarios, parteras, comadronas.
 - ji. Ferias de salud, Consejería a la comunidad, embarazadas y familiares.
 - iii. Foros, reuniones técnicas y otras instancias locales.
 - iv. Murales alusivos en las unidades de salud,
 - v. Aprovechamiento de espacios de radio para abordar el tema.
 - vi. Medios locales de comunicación.
 - vii. Volantes
 - viii. Educación Continua con personal de salud.

VII- DISEÑO METODOLÓGICO.

a) **Área de Estudio:**

El presente estudio se realizó en el centro de salud “José Dolores Fletes” de la ciudad de Ocotlán que está ubicado a 372 KM de Managua. Cuenta con cinco Puestos de Salud, una clínica de Atención al Adolescente.

b) **Tipo de Estudio:**

Descriptivo de corte transversal.

c) **Universo:** Lo representan las 72 adolescentes ingresadas en los clubes del centro de salud.

d) **Muestra:**

La conforman el total de adolescentes embarazadas y las no embarazadas con muestreo aleatorio simple para un total de 46.(23 embarazadas y 23 no embarazadas) que usan un método de planificación familiar

e) **Criterios de inclusión:**

1- Adolescentes dentro del rango de la edad de 10 a 19 años.

2- Adolescentes que asisten a los clubes.

f) **Criterios de Exclusión:**

1- Adolescentes que no estén integrados en los clubes

g) **Fuente de Información:**

Primaria

h) **Técnica e Instrumentos:**

Se diseñó un formulario o (encuesta) con preguntas abiertas y cerradas que responden al estudio, el que se aplicó realizando entrevista a cada Adolescente que aceptó participar en el estudio.

i) Procedimientos de recolección de datos

1- Antes de iniciar el estudio se consulto con autoridades regionales sobre la pertinencia de este y se solicito autorización comprometiéndome a dar a conocer el resultado de este una vez concluido.

2- Una vez aprobado el estudio se procedió a seleccionar a las personas que participaron en él.

3- Antes de realizar la entrevista se les informo a los participantes del estudio, los objetivos de este, se solicito su participación que se procedió a aplicar la encuesta en los clubes existentes.

j) Plan de Análisis:

Los datos fueron procesados y analizados en el paquete estadístico, EPI-INFO, el informe se elaboro en Microsoft Word, las tablas y gráficos en Excel.

k) Variables de Estudio:

1- Características socio demográfico.

- Edad
- Estado Civil
- Religión
- Hacinamiento
- Escolaridad
- Numero de Embarazo

2- Integración Familiar

- Ingreso familiares
- VIF
- Relación Familiar
- Núcleo Familiar

3- Educación Sexual

- Métodos de planificación Familiar.
- Embarazo
- ITS -VIH/Sida

4- Actividades en los clubes

- Paseos
- Intercambio experiencias
- Actividades culturales
- Charlas a los colegios.

VIII RESULTADOS

Se entrevistaron un total de:46 Adolescentes.

Características Sociodemográficas de las Adolescentes.

En relación a las edades de las Adolescentes Embarazadas predominan las edades de 17 a 19 años 26% (12), de 14 a 16 años 24% (11) y de las adolescentes no embarazadas de 14 a 16 años 37% (17), de 17 a 19 años 9% (4), de 10 a 13 años 4% (2).Anexo1.

El estado civil de las adolescentes embarazadas estudiadas se observo que el 42% (19) son solteras y de unión libre el 8% (4), y de las no embarazadas el 37% (17) viven en unión libre, y el 13% (6) son solteras. Anexo 2.

La religión de las adolescentes embarazadas se encontró que el 50% (23) practican la religión católica y de las no embarazadas el 39% (18) son católicas y el 11% (5) mormón. Anexo 3

El numero de personas que habitan en sus casas las adolescentes embarazadas el 50% (23) habitan mas de tres personas y de las no embarazadas mas de tres personas 45.7% (21) y menos de tres personas 4.3 (2).Anexo4.

Las adolescentes embarazadas estudiadas cuentan con mas de dos habitaciones el 30% (14), tres habitaciones 11% (5), una habitación el 9% (4) y de las no embarazadas cuentan con una habitación el 37% (17), dos habitaciones 8.7% (4) y tres habitaciones 4.3% (2).Anexo 5.

La escolaridad de las adolescentes embarazadas secundaria incompleta 45.7% (21), primaria completa 4.3% (2), las no embarazadas secundaria incompleta 41.3% (19), primaria completa 6.5% (3) y primaria incompleta 2.2% (1).Anexo 6.

El numero de embarazos de las adolescentes estudiadas el 43.5% (20) tienen dos embarazos, el 6.5% (3) tienen un embarazo. Anexo 7.

El ingreso familiar de las adolescentes embarazadas estudiadas tenemos que el 37% (17), 13% (6) tienen un ingreso mas de Dos mil Quinientos Córdoba, y las no embarazadas 43.5% (20), 6.5% (3) menos de Dos mil Quinientos Córdoba. Anexo 8.

8.2 Integración Familiar de las Adolescentes.

Los servicios básicos con que cuentan las adolescentes embarazadas y no embarazadas el 100% (46), tienen servicios de agua, luz eléctrica y drenaje. Anexo 9.

La relación con los padres de las adolescentes embarazadas refieren sufrir violencia el 37% (17), y tener estabilidad Familiar 13% (6), las no embarazadas dijeron sufrir violencia 43.5% (20) y tener estabilidad Familiar el 7% (3).Anexo10.

Número de hermanos que cuentan las adolescentes embarazadas 45.7% (21) tres o más hermanos y 4.3% (2) dos hermanos y las no embarazadas tres o más hermanos 41.3% (19) y 8.7% (4) dos hermanos. Anexo11.

Han recibido maltrato en el hogar las embarazadas adolescentes el 37% (17), y el 13% (6) no y las no embarazadas el 43.4% si, y el 6.6 % (9) no. Anexo 12.

El maltrato que reciben las adolescentes embarazadas el 26% (12) por parte del marido, el 8.7% (4) por parte del papá y el 2.1% (1) de la mamá y de las no embarazadas el 37% (17) por parte del marido, el 8.7% (4) el papá y el 4.3% (2) la mamá. Anexo 13.

El tipo de maltrato que reciben las adolescentes embarazadas el 47.3% (18) es verbal, el 45% (17) físico, el 39.4% (15), psicológico y el 10.5% (4) sexual y las no embarazadas el 41.3% (19) físico 39.1% (18) verbal el 6.5% (3), el 2.1% (1) Anexo 14.

El núcleo familiar de las adolescentes embarazadas el 50% (23) esta compuesto por los hermanos, el 22% (10) padre, 50% (23) madre, 2% (1) y las no embarazadas por la madre el 50% (23), hermanos 50% (23), padre 32.6% (15), abuelo 11% (5).Anexo15.

8.3 Nivel de Educación sexual de las Adolescentes.

Las adolescentes embarazadas el 28% (13), no han recibido charlas sobre Educación sexual y el 22% (10) si y las no embarazadas el 26% (12) si han recibido y el 24% (11) Anexo 16.

Las adolescentes embarazadas el 25% (10) han recibido las charlas en Centro de Salud y Escuelas y en las no embarazadas el 26% (12) han recibido en la Escuela y Centro de Salud.Anexo17.

En relación a las charlas recibidas sobre planificación Familiar las adolescentes embarazadas refieren el 32.6% (15) si han recibido, y el 17% (8) no y de las no embarazadas el 50% (23) si han recibido. Anexo18.

Las adolescentes embarazadas el 32.6% (15) conocen la depoprovera y preservativo, el 33% (15) la Mesigina y el 17.4% (8) Lofemenal y las no embarazadas el 50% (23) depoprovera, Mesigina y Lofemenal 28.2% (13) preservativo. Anexo 19.

El 50% (23) usan un método de planificación familiar. Anexo 20.

El 23.9 (11) utilizan la Mesigina y el 26.1% (12) Lofemenal. Anexo 21.

Las adolescentes embarazadas el 30% (14) conocen sobre que es el embarazo y el 20% (9) no, y las no embarazadas el 30.5 (14) no conocen y el 19.5 (9) si. Anexo 22.

Las adolescentes embarazadas refieren tener conocimientos sobre ITS- VIH/SIDA el 34.7% (16) y no conocen el 15.3% (7) y las no embarazadas dijeron que si conocen el 32.6% (15) y no el 17.4% (8) Anexo 23.

Actividades que realizan las adolescentes en los Clubes.

En relación si han recibido charlas dentro de los clubes las embarazadas adolescentes y las no embarazadas refirieron el 100% (46) que si reciben charlas. Anexo 24.

Los temas que han recibido las adolescentes embarazadas son signos de peligro en la mitad del embarazo 36% (12), prevención de ITS-VIH/SIDA 34.7% (16), lactancia materna 32.6% (15) embarazo 30% (14), autoestima 19.5% (9), cambios durante el embarazo 15.2% (7), humanización del parto y cuidados del recién nacido 11% (5), y las no embarazadas prevención de ITS-VIH/SIDA 32.6% (15) autoestima 26% (12), embarazo 19.5% (9), cambios durante el embarazo 13% (6) y lactancia materna 11% (5), humanización del parto cuidados del recién nacido y signos de peligro en la mitad del embarazo no han recibido, aunque estos temas están normados. Anexo 25.

Las adolescentes embarazadas el 39% (18) han realizado actividades culturales en los clubes y el 11% (5) no y las no embarazadas el 21.7% (10) si y el 28.3% (13) no. Anexo 26.

En relación si han realizado paseo dentro de los clubes las adolescentes embarazadas Refieren el 28% (13) que no y el 22% (10) y las no embarazadas 28.3% (13) que no y el 21.7 (10) Si. Anexo 27.

Las adolescentes embarazadas el 31% (14) no realizan intercambio de experiencia y el 19. % (9) si y las no embarazadas el 32.6% (15) si, el 17.4% (8) Anexo 28.

IX- ANALISIS DE LOS RESULTADOS

9.1 Características sociodemográficas de las Adolescentes en estudio.

Predominan las edades entre 17- 19 años en las embarazadas y en las no embarazadas de 14 a 16 años, el estado civil de las embarazadas en su mayoría son solteras y las no embarazadas viven en unión libre, ambos grupos en su mayoría practican la religión católica viven en hacinamiento, tienen secundaria incompleta, ya han estado embarazadas anteriormente y tienen un ingreso menor de Dos Mil Quinientos Córdoba.

Todo esto nos refleja que las adolescentes estudiadas han abandonado sus estudios debido a sus embarazos, que viven solas o acompañadas, no han conformado su propio núcleo familiar conviven con sus padres maternos, además viven en hacinamiento y tienen un ingreso muy por debajo de la canasta básica, presentan un nivel de pobreza extrema, por consiguiente ellas continuarán el aumento de la pobreza en sus hogares ya que el rol de sus padres de seguir trayendo más hijos y no buscar alternativas para salir adelante, ya que abandonaron sus estudios.

9.2 Integración Familiar de las Adolescentes.

Observamos que no tienen buenas relaciones con sus padres y compañeros de vida, esto nos indica que estas adolescentes continuarán con relaciones violentas ya que nunca han denunciado estos maltratos y por lo tanto no han recibido ninguna ayuda para poner en alto esta situación.

9.3 Nivel de Educación sexual recibido.

El estudio nos revela que el nivel de Educación sexual es deficiente, indicador importante para que se continúen dando embarazos no deseados, por el poco conocimiento que ellas tienen sobre temas que pueden ayudarles a disminuir embarazos, tales como: Planificación Familiar, Prevención de embarazos, ITS –VIH/SIDA.

9.4 Actividades que Realizan en los Clubes.

Las actividades que se realizan en Unidad de Salud han impactado en las Adolescentes porque es notorio observar que en los clubes existe un buen número utilizando un método de planificación Familiar, y esto ayudara a disminuir embarazos a temprana edad y así ellos podrán continuar sus estudios, además realizar intercambio de experiencias entre clubes lo que ayuda a que las adolescentes puedan conocer las situaciones sean buenas o malas que hayan vivido las demás y así ellas antes de actuar conozcan a lo que conllevara cualquier mala actitud que realicen.

X- CONCLUSIONES

- 1)- Las adolescentes estudiadas están entre las edades de 10-19 años, solteras, católicas de religión, conviven en un núcleo familiar mas de 3 personas, con secundaria incompleta; con un ingreso familiar mayor a los 2500 córdobas (100 dólares) con mas de tres hermanos.
- 2)- Los adolescentes habitan en viviendas que cuentan con energía eléctrica, agua, drenaje de aseo, sin embargo carece de alcantarilla. Las viviendas cuentan con 2 cuartos permiten un nivel alto hacinamiento.
- 3)- Integración familiar: La mayoría de los adolescentes viven con un familiar cercano, la madre figura en la mitad de la casa. La relación de los padres es violenta en la mayoría de las casas. Esta violencia es de todo tipo y es recibida mayormente por el mando seguido por el padre.
- 4)- La mayoría de las adolescentes no han recibido charla sobre educación sexual ,en donde el centro de salud y la Escuela a jugado un rol determinante .Entre los temas mas escuchados son:Lactancia Materna,VIH/SIDA,Embarazo y Autoestima.
- 5)-Entre los métodos conocidos por los Adolescentes están:Depoprovera,mesigyna,preservativos y el Fenomenal,Sin embargo un 50%hace uso de los mismos.
- 6)-Entre las actividades que se realizan en el club:charlas,paseos,intercambio de experiencia culturales.

XI – RECOMENDACIONES .

Al Ministerio de salud de Ocotál:

- 1.-Fortalecer los clubes y orientar temas en relación a salud sexual y reproductiva, violencia intrafamiliar, autoestima, además que el equipo que atienden los clubes estén bien conformados según normas del MINSA, que todas las Adolescentes sean tomadas en cuenta para realizar las diferentes actividades.
- 2)-Que los gerentes del centro de salud de Ocotál, prioricen los clubes ya conformados y los responsables de los puestos de salud puedan dar seguimiento a lo iniciado.
- 3)- Realizar visitas a los diferentes colegios e involucrar a los estudiantes en los clubes para brindarles charlas de interés que ayuden a mejorar la convivencia en sus hogares.
- 4) Que los clubes estén conformados por el personal completo y los temas que aquí se imparten estén de acuerdo a normas del MINSA y que estos cumplan con los requisitos estipulados.
- 5) Que los responsables de los clubes estimulen a los participantes para que así haya más involucramiento del resto de Adolescentes, y que no tomen en cuenta solamente a un grupo para las actividades sino que sea todos por igual.

A la Alcaldía municipal:

1. Incluir temas de interés para los y las Adolescentes para así disminuir los embarazos en este grupo de edad.

A los ONG existentes en el municipio:

1. Tomar en cuenta a todos los/as Adolescentes en las actividades que realizan sin distinción alguno.

XII - BIBLIOGRAFIA

- 1 American Academia of Pediatría. Committee on adolescents. Adolescent pregnancy pediatric. 1989, 83.
- 2- Gutiérrez Marisol el embarazo adolescente. Monografias.com [htt: //www. Monografías .com./trabajo 16/embarazo en adolescente/emb](http://www.Monografias.com/trabajo_16/embarazo_en_adolescente/emb).
- 3- organización panamericana de la salud marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. Folleto san José, costa rica julio 1995.
- 4- UNICEF, embarazo en adolescente, supervivencia infantil. Estado mundial de la infancia / **UNICEF** 2006.
- 5- Martínez Guillen F “medicina peri natal basada en evidencia” litonic, Managua 2005
- 6- Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, puerperio, y recién nacido/a de bajo riesgo, Managua, agosto 2008.
- 7- Intervenciones basadas en evidencia para reducir la mortalidad neonatal, 2da edición, Managua diciembre 2009.
- 8- Modulo enfermería de la mujer, Instituto politécnico de la salud, Managua - Agosto 2009.
- 9- La maternidad en adolescentes de Nicaragua: evaluación cuantitativa de factores asociados departamento de pediatría, Universidad de Washinton, seattlc, Wa, EEUU.
- 10- Autor: Moreno Peña Rosa Elisa
Titulo: Factores de riesgo relacionados al embarazo en adolescentes que asisten al programa de atención prenatal en la unidad de salud , colonia villa nueva , Francisco Morazán , Honduras , Enero , Mayo 2011
Fuente: Ocotol, Nueva Segovia 2011 illus, tab., gra.
- 11- (Escobar & Muñoz, 1995, p. 7).
- 12- (Pérez, 1992, p. 31).
- 13- (Castillo, López, Muñoz & Rivera, 1992).(Castillo et al., p. 12). (Castillo et al.,1992, p.21).(p. 20-23).(op cit.,p.26).
- 14- (Molina, Luengo & Toledo, 1994).(en Molina et al., 1991, p.29).(Molina et al., 1994, p.92).
- 15- Peña, Quiroz, Muñoz, Molina, Guerrero & Masardo, 1991, p. 25).
- 16- Fernandez Martínez de Alegría, c.brugus larumbe, A sanchez cantolejo, E.El riesgo de embarazo en la adolescencia atencion primaria vol9 num. 2(42-54) febrero 1992.

17- Valero, C nebot, m.Vilalbi , JR. Embarazo en adolescentes en barcelona, distribucion antecedentes y consecuciones. Gaceta sanitaria Vol. 8 numero 43 (155 – 161) Julio – Agosto 1994.

18- Palau, M embarazo en adolescencia atención primaria Vol. 9 numero 6 (10-12) Abril 1992.

19- Estudio socio demográfico de las gacetas y su relación con la aceptación del embarazo reviste de sanidad e higiene publico numero 6 (519 – 526) Noviembre – Diciembre.

20- Nicaragua gobierno de Reconciliación y unidad nacional / Ministerio de salud, dirección superior del Ministerio de salud Norma de humanización del parto institución “Carolina Dávila Murillo, Melba Barrantes. Managua MINSA Mayo 2010

ANEXOS



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



I - Instrumento de recolección de la información.

A continuación le realizaremos una serie de preguntas relacionado a embarazo en adolescentes, esperamos su cooperación y sinceridad.

I- Características socio demográficas:

1- ¿Cuántos años tiene actualmente?

10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años

2- ¿Cual es su estado Civil?

Casada Soltera Unión libre Viuda

3- Religión

Católica Evangélica Testigo Jehová Mormón Ninguna

4- ¿Cuántas personas habitan en su casa?

Menos de tres personas Más de Tres personas

5- ¿cuántas Habitaciones tiene su casa?

1 2 3 4 5 Mas

6- Escolaridad

Primaria completa Primaria incompleta

Secundaria Completa Secundaria Incompleta

Universidad Ninguna

7- ¿Esta Embarazada actualmente?

Si No

8- ¿Cuántos embarazos ha tenido incluyendo el actual?

1 2 3 4 5

9- ¿Cuanto es su ingreso familiar?

Mas de C\$ 2500.00 Menos de C\$ 2500.00

II – Integración Familiar

10- ¿Cuenta con servicios básicos?

Agua Luz Eléctrica Alcantarillado Tren de Aseo Teléfono Ninguno

11- ¿En que barrió vive?

12- ¿Como es la relación familiar con sus padres?

Estable Violenta Ninguna

13- ¿Cuántos tiene usted?

1 2 Mas de 3

14- ¿Ha recibido maltrato en su casa?

Si No

15- ¿Departe de quien recibe maltrato?

16- ¿Que tipo de maltrato recibe?

Verbal Físico Sexual Psicológico

17- ¿En su casa quienes conforman su núcleo familiar?

Padre Madre Abuelo Hermanos

III – Educación Sexual

18- Ha recibido charla sobre educación sexual?

Si No

19- Donde las ha recibido?

Centro de salud Escuela ONG

20 – Ha recibido charla sobre planificación familiar?

Si No

21- ¿Que métodos conoce?

Depoprovera Mesigyna Preservativo Lofemenal DIU Ninguna

22- ¿Usa Algunos de estos métodos? ¿Cuál? _____

Si No

23- ¿Conoce sobre lo que es el embarazo?

Si No

24- Conoce sobre la ITS y VIH/Sida

Si No

IV Actividades que realizan los Clubes.

25- ¿Ha recibido charlas dentro de los clubes?

Si

No

26- ¿Que temas ha recibido?

27- ¿Que otros temas además de los que ha recibido le gustaría recibir?

28- ¿Ha realizado actividades culturales durante ha participado en los clubes?

29- ¿Ha realizado algún paseo dentro de los clubes?

30- ¿Realizan intercambios de experiencias dentro de los clubes?

Gracias por su cooperación.

Operacionalización de Variables

1- Características Socio demográficas.

Variable	Definición Operacional	Escala	Valor
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte.	Razón	10-13 14-16 17-19
Estado Civil	Situación de la persona físicamente determinadas por sus relaciones de familia	Nominal	Casada Soltera Unión Libre Viuda
Religión		Nominal	Católica Cristiana Protestantes Mormón Ninguna
Hacinamiento	Lugar donde habitan mas de de 03 personas en un espacio < 20 mts	Razón	-3 personas +3 personas
Escolaridad	Ultimo grado en años de educación formal	Nominal	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Universidad Ninguna
Nº de Embarazos	Cantidad de gestaciones	Razón	1- 2- 3- +3

2- Integración Familiar.

Variable	Definición Operacional	Escala	Valor
Ingreso familiar	Aporte económico de toda la familia.	Nominal	1C\$ 2500.00 -C\$ 2500.00
Violencia intra familiar		Nominal	Si No
Relación familiar	Afinidad en el hogar comprensión donde la conversación es honesta	Nominal	Estable Violenta Ninguna
Núcleo Familiar	Personas que componen la familia.	Nominal	Padre Madre Abuelos Hermanos

3- Educación Sexual.

Variable	Definición Operacional	Escala	Valor
Métodos de planificación familiar	Conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer o un hombre o pareja	Nominal	Si No
Embarazo	Periodo que transcurre entre la implantación en el útero del ovulo fecundado	Nominal	Si No
ITS VIH/S	Conjunto de identidades clínicas infectocontagiosa agrupadas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual	Nominal	Si No

4- Actividades.

Variable	Definición Operacional	Escala	Valor
Charlas	Disertación oral ante el publico	Nominal	Si – No
Actividades culturales	Actividades que se realizan para distracción personal o publico.	Nominal	Si- No-
Paseos	Distancia corta, que pueda recorrerse paseando.	Nominal	Si-No-
Intercambio de experiencias	Conversacion en grupo con el fin de realizar enseñanza adquirida con el uso o la práctica.	Nominal	Si-No-

Objetivo No 1 Características sociodemograficas de las adolescentes estudiada en el centro de salud "Jose Dolores Fletes - Ocotal I semestre 2011

Edad	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
10 a 13			2	4%	2	4%
14 a 16	11	24%	17	37%	28	61%
17 a 19	12	26%	4	9%	16	35%
Total	23	50.00%	23	50%	46	100%

Estado Civil	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casada						
Soltera	19	42%	6	13%	25	54%
Union Libre	4	8%	17	37%	21	46%
Viuda						
Total					46	100.00%

Religion	Adolescentes Embarazadas		Adolescentes no Embarazadas		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Catolica	23	50%	18	39%	41	89%
Evangelica						
Testigo de Jehova						
Mormon			5	11%	5	11%
Ninguno						
Total					46	100.00%

Nº de Personas que habitan en su casa	Adolescentes Embarazada		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 3 personas			2	4.3%	2	4.30%
Mas de 3 Personas	23	50%	21	45.7%	44	95.70%
Total					46	100.00%

Nº de Habitaciones	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
uno	4	9%	17	37%	21	46%
dos	14	30%	4	8.7%	18	38.70%
tres	5	11%	2	4.3%	7	15.30%

Escolaridad	Adolescentes Embarazadas		Adolescentes no Embarazadas		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Primaria Completa	2	4.3%	3	6.5%	5	10.80%
Primaria Incompleta			1	2.2%	1	2.20%
Secundaria Completa						
Secundaria Incompleta	21	45.7%	19	41.3%	40	87%
Universidad						
Ninguna						
Total	23	50.00%	23	50.00%	46	100.00%

Nº de Embarazo	Adolescentes Embarazadas		Adolescentes no Embarazadas		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
uno	3	6.5%			3	6.50%
dos	20	43.5%			20	43.50%
tres o mas						
Total	23	50%			23	50.00%

Ingreso Familiar	Adolescentes Embarazadas		Adolescentes no Embarazadas		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mas de C\$ 2,500.00	6	13%	20	43.5%	26	56.50%
Menos de C\$ 2,500.00	17	37%	3	6.5%	20	43.50%
Total	23	50%	23	50%	46	100.00%

OR=9.44

CHI²=12.66

Objetivo Nº 2 Integración Familiar de las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud José Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán I semestre 2011.

Servicios básicos con que cuentan	Adolescentes Embarazadas		Adolescentes no Embarazadas		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Agua	23	50%	23	50%	46	100%
Luz Eléctrica	23	50%	23	50%	46	100%
Alcantarillado						
Tren de aseo	23	50%	23	50%	46	100%
Teléfono						

Relacion con sus Padres	Adolescentes Embarazadas		Adolescentes no Embarazadas		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estable	6	13%	3	7%	9	19.6%
Violenta	17	37%	20	43.5%	37	80.4%

OR=0.43

CHI²=1.24

Nº de Hermanos	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dos	2	4.3%	4	8.7%	6	13%
Tres o Mas	21	45.7%	19	41.3%	40	87%

OR=2.21
CHI²=0.77

Ha recibido maltrato en el hogar	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	17	37%	20	43.4%	37	84.4%
No	6	13%	3	6.6%	9	19.6%
Total					46	100

OR=0.43
CHI²=1.24

De parte de quien recibe maltra	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mamá	1	2.1	2	4.3	3	6.50%
Papá	4	8.7	4	8.7	8	17.40%
Marido	12	26	17	37%	29	63%
Total					40	86.90%

OR=1.28
CHI² =0.05

Tipo de Maltrato que Recibe	Adolescentes Embarazad		Adolescentes No Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Verbal	18	47.3%	18	39.1%	36	78.3%
Físico	17	45%	19	41.3%	36	78.2%
Sexual	4	10.5%	1	2.1%	5	11.0%
Psicológico	15	39.4%	3	6.5%	18	39%

Nucleo Familiar	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Padre	10	22.0%	15	32.6%	26	26.5%
Madre	23	50%	23	50.0%	46	100.0%
Abuelo	1	2.0%	5	11.0%	6	13.0%
Hermanos	23	50.0%	23	50.0%	46	100%
Marido	4	8.70%	17	37.00%	21	45.60%

Objetivos N° 3 Tipo de educación sexual que reciben las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotil I semestre 2011

	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	10	22.0%	12	26.0%	22	47.8%
No	13	28%	11	24.0%	24	52.2%
Total					46	100.0%

OR=1.42
CHI²=0.35

Donde ha recibido las charlas	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro de Salud	10	25%	12	26%	22	47.8%
Escuela	10	25%	12	26%	22	47.8%
ONG					44	95.6%

Ha recibido charla sobre Planific	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	15	32.6%	23	50%	38	82.6%
No	8	17%			8	17.4%
Total					46	100.0%

Que Métodos Conoce	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Depoprovera	15	32.6%	23	50.0%	38	82.6%
Mesigyna	15	33%	23	50.0%	38	82.6%
Preservativo	15	32.6%	13	28.2%	28	60.8%
Lofemenal	8	17.4%	23	50.0%	31	67%
Diu						
Ninguna						
Total						

Usa algunos de estos Métodos	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si			23	50%	23	50.0%
No						
Total					23	50.0%

¿Cual metodo de planificacion u	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mesigyna			11	23.9%	11	23.9%
Lofemenal			12	26.1%	12	26.1%
					23	50.0%

Conoce sobre lo que es el Emb.	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	14	30.4%	9	19.5%	23	49.9%
No	9	20%	14	30.5%	23	50.5%
Total					46	100.4%

OR=41

CHI²=2.71

Conoce sobre ITS, VIH/Sida	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	16	34.7%	15	32.6%	31	67.3%
No	7	15%	8	17.4%	15	32.6%
Total					46	99.9%

OR=0.82

CHI²=0.10

Objetivo Nº 4 Actividades que realizan en los clubes las adolescentes estudiadas

Ha recibido Charlas dentro de lo	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	23	50%	23	50%	46	100%
No						
Total					46	100.0%

Que temas han recibido	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Embarazo	14	30%	9	19.5%	23	50%
Signos de peligro mitad embarazo	12	36%	0	0%	12	26%
Lactancia Materna	15	32.6%	5	11%	20	43.4%
Humanización del parto	5	11%	0	0%	5	10.8%
Cuidados del Recién Nacido	5	11%	0	0%	5	10.8%
Cambios durante el embarazo	7	15.2%	6	13%	13	28.2%
Prevencion ITS – VIH/Sida	16	34.7%	15	32.6%	31	67.3%
Autoestima	9	19.5%	12	26%	21	45.65%

Ha realizado Actividades Culturales	Adolescentes Embarazad		Adolescentes no Embarazad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	18	39%	10	21.7%	28	60.7%
No	5	11%	13	28.3%	20	39.3%
Total					48	100.0%

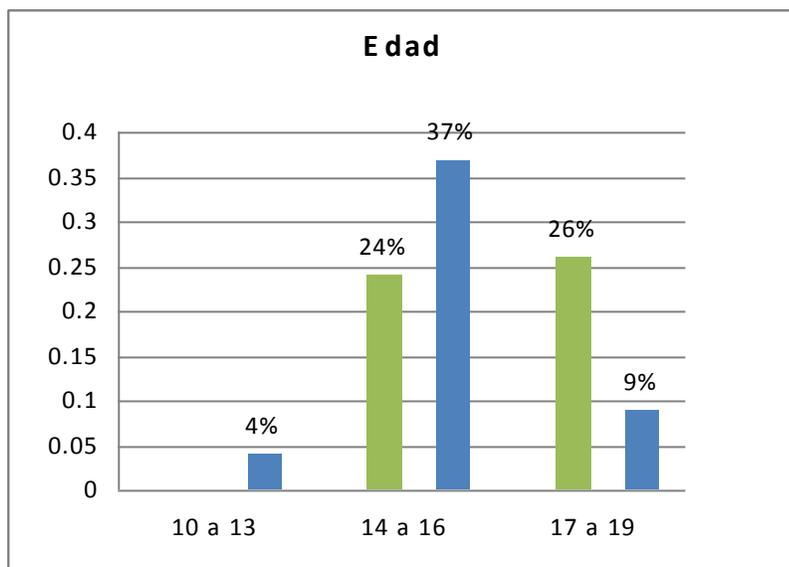
Ha realizado algún paseo dentro de	Adolescentes Embarzad		Adolescentes no Embarzad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	10	22%	10	21.7%	20	43.4%
No	13	28%	13	28.3%	26	56.5%
Total					46	99.9%

Realizan Intercambios de experienc dentro de los clubes	Adolescentes Embarzad		Adolescentes no Embarzad		Totales	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Si	9	19.5%	15	32.6%	24	52.2%
No	14	31%	8	17.4%	22	47.8%
Total					46	100.0%

OR=2.92
CHI²=3.14

Características socio demográficas de las adolescentes estudiadas en el centro de salud "José Dolores Fletes - Ocotol I Semestre

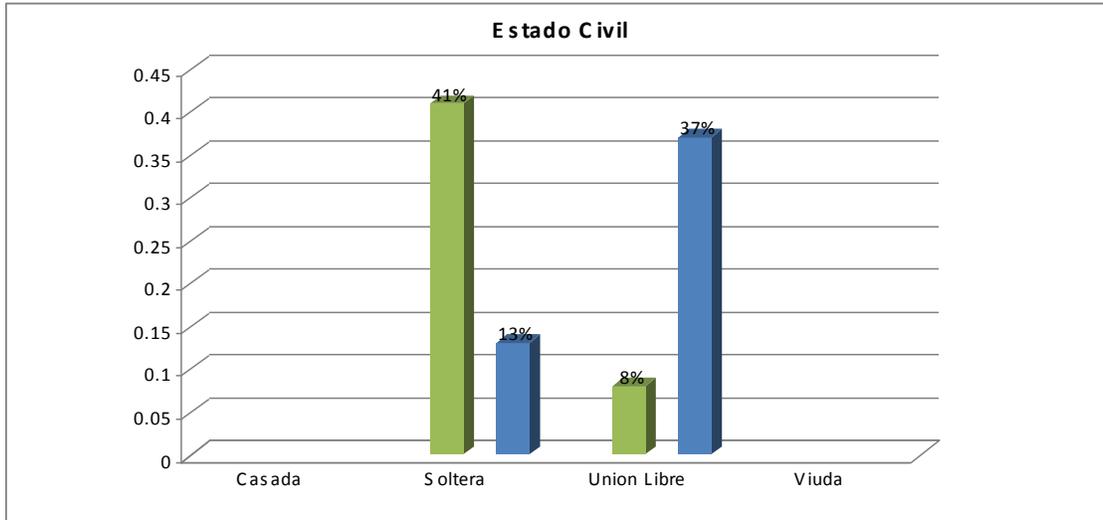
Gráfico Nº 1



Fuente: Tabla Nº 1

Características socio demográficas de las adolescentes estudiadas en el centro de salud "José Dolores Fletes - Ocotol I Semestre

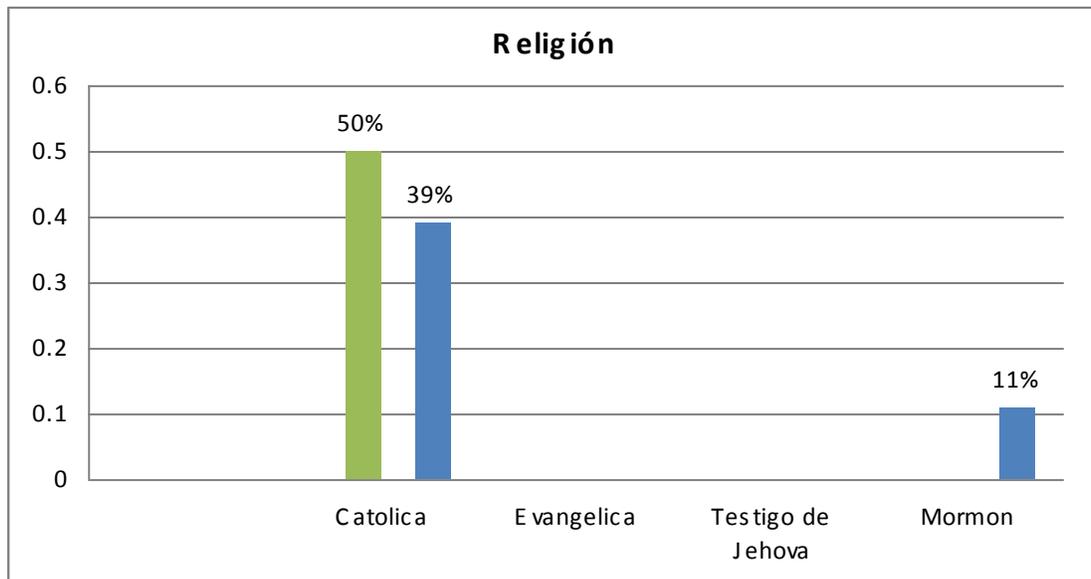
Gráfico N° 2



Fuente: Tabla N° 2

Características socio demográficas de las adolescentes estudiadas en el centro de salud "José Dolores Fletes - Ocotal I Semestre

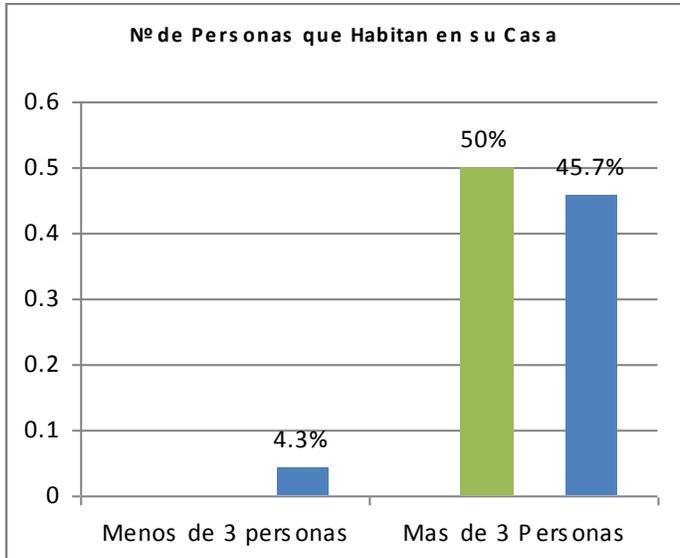
Gráfico N° 3



Fuente: Tabla N° 3

Características socio demográficas de las adolescentes estudiadas en el centro de salud "José Dolores Fletes - Ocotal I Semestre

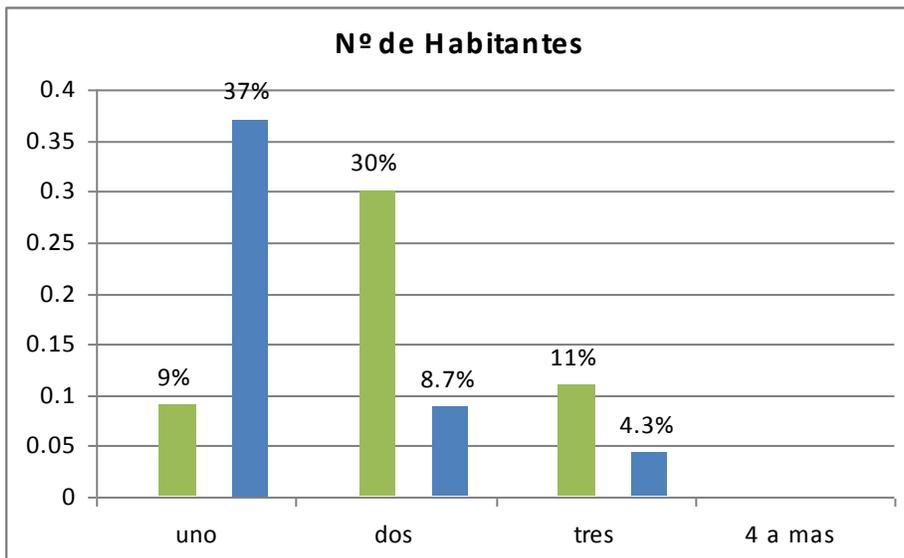
Gráfico N° 4



Fuente: Tabla N° 4  

Características socio demográficas de las adolescentes estudiadas en el centro de salud "José Dolores Fletes - Ocotal I Semestre

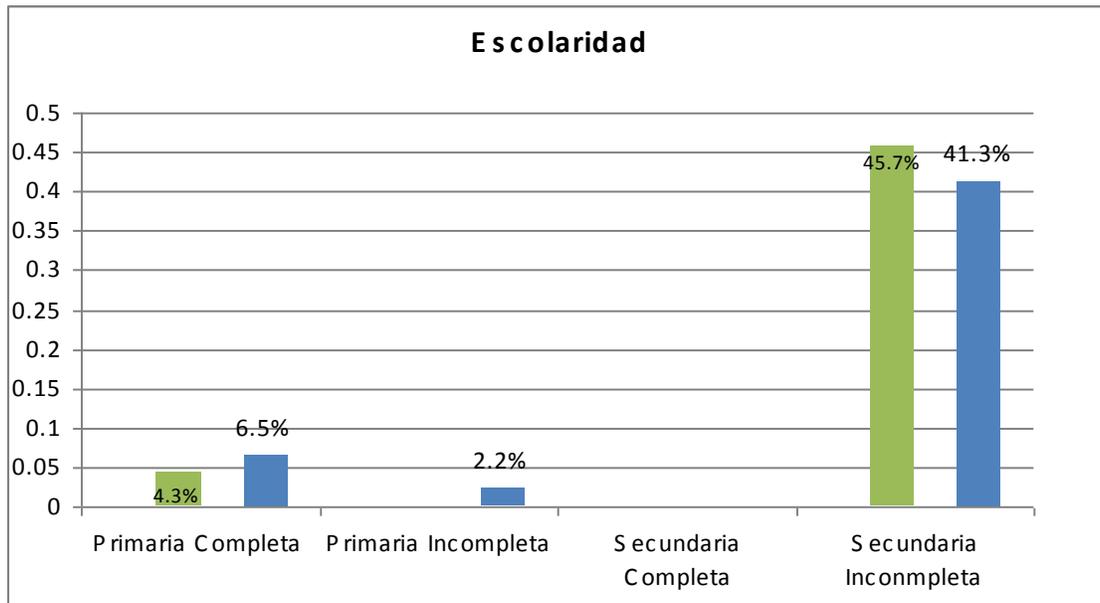
Grafito N° 5



Fuente: Tabla N° 5  

Características socio demográficas de las adolescentes estudiadas en el centro de salud "José Dolores Fletes - Ocotal I Semestre

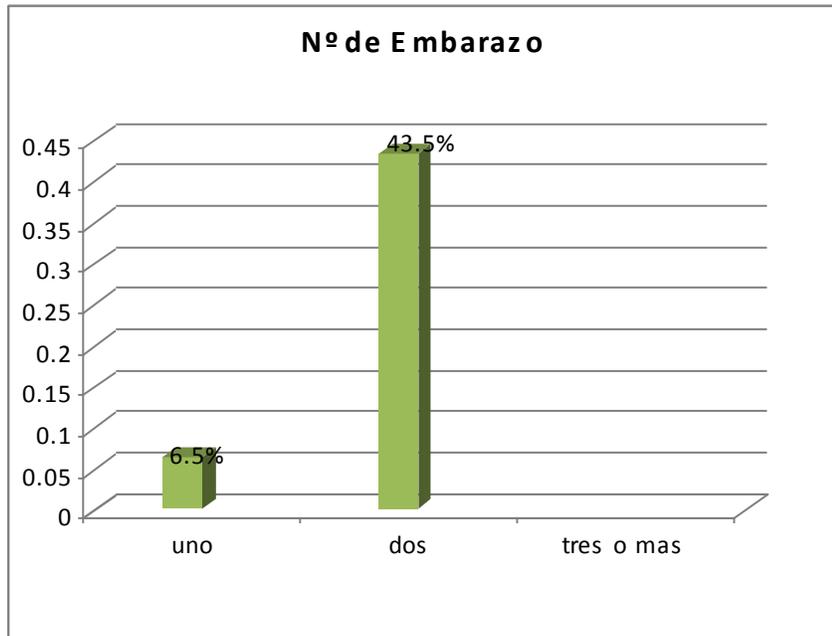
Gráfico N° 6



Fuente: Tabla N° 6  

Características socio demográficas de las adolescentes estudiadas en el centro de salud "José Dolores Fletes - Ocotal I Semestre

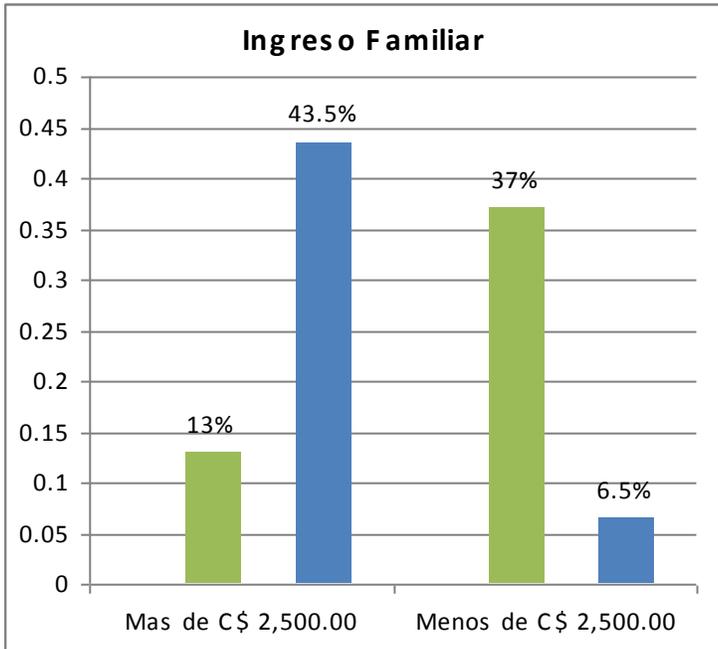
Gráfico N° 7



Fuente: Tabla N° 7  

Características socio demográficas de las adolescentes estudiadas en el centro de salud "José Dolores Fletes - Ocotal I Semestre

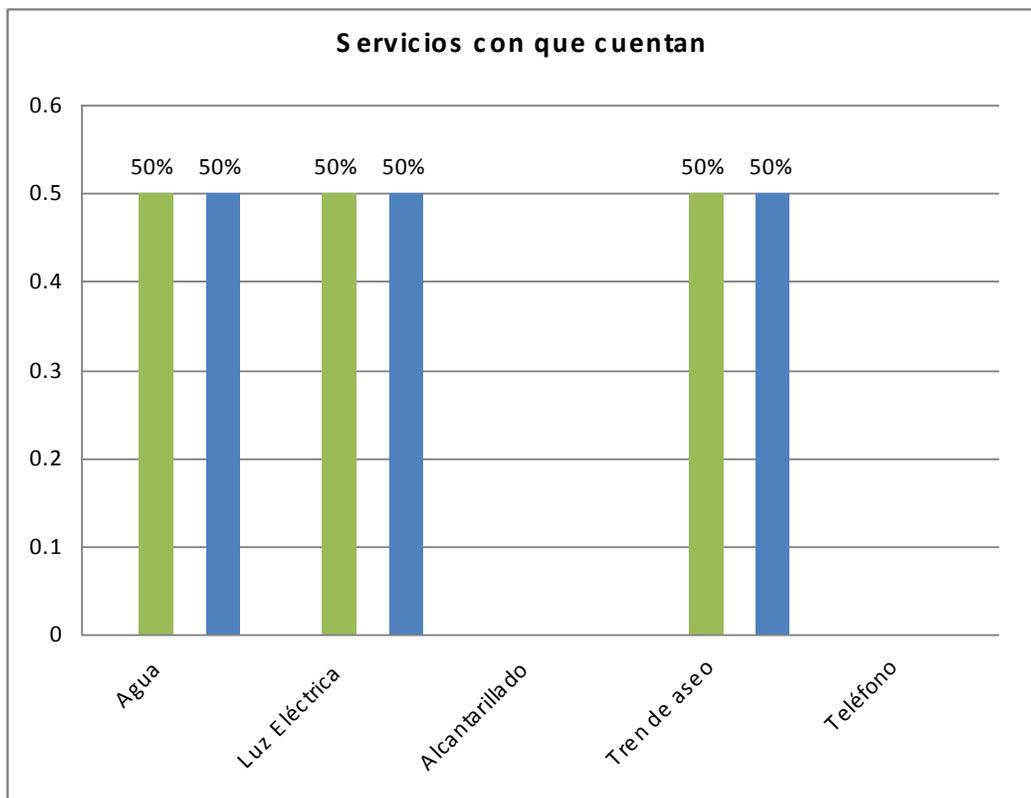
Gráfico N° 8



Fuente: Tabla N° 8  

Integración Familiar de las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud José Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotal I Semestre

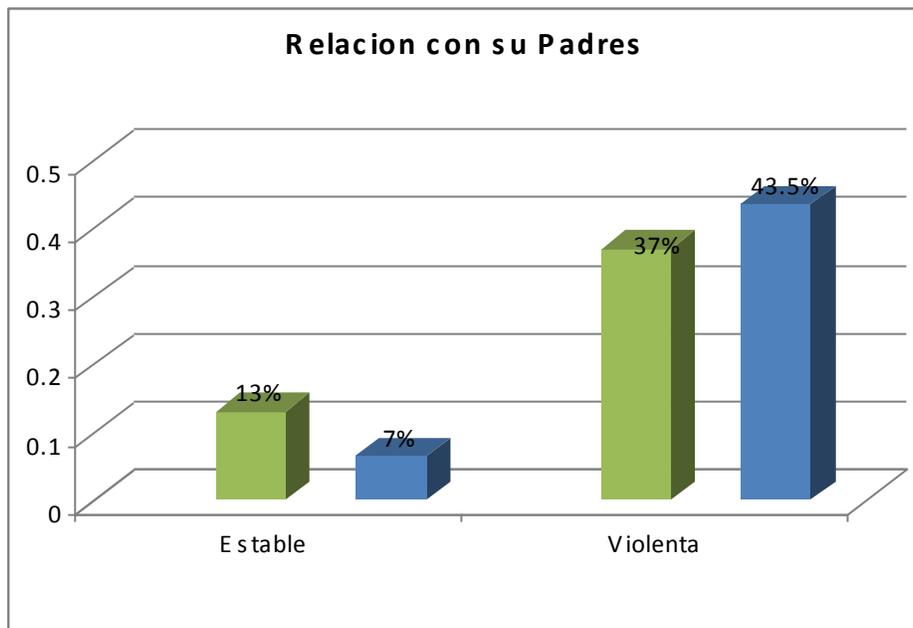
Gráfico N° 9



Fuente: Tabla N° 9  

Integración Familiar de las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud José Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán I Semestre

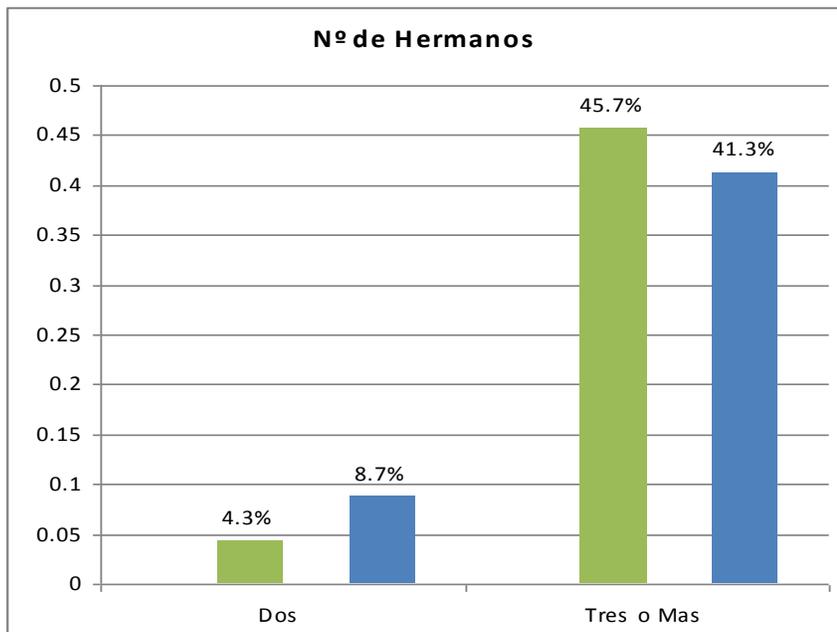
Gráfico N° 10



Fuente: Tabla N° 10  

Integración Familiar de las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud José Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán I Semestre

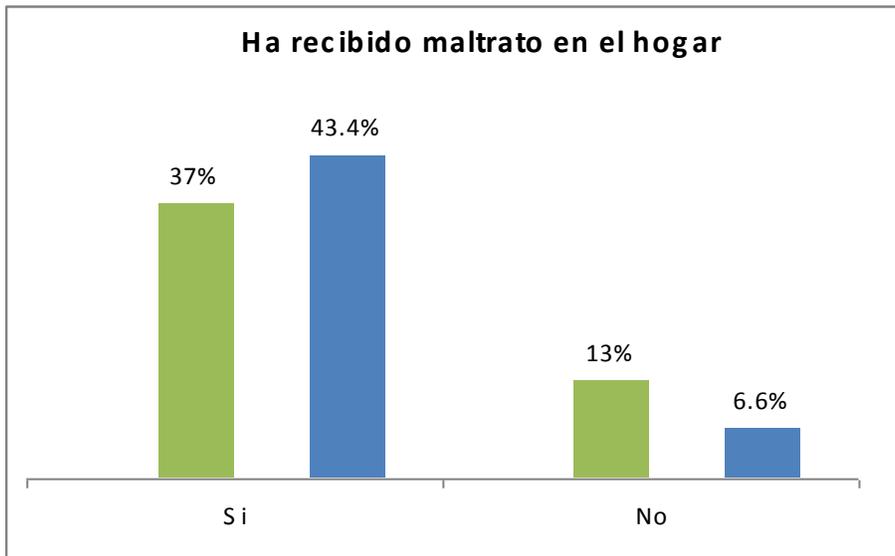
Gráfico N° 11



Fuente: Tabla N° 11  

Integración Familiar de las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud José Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán I Semestre

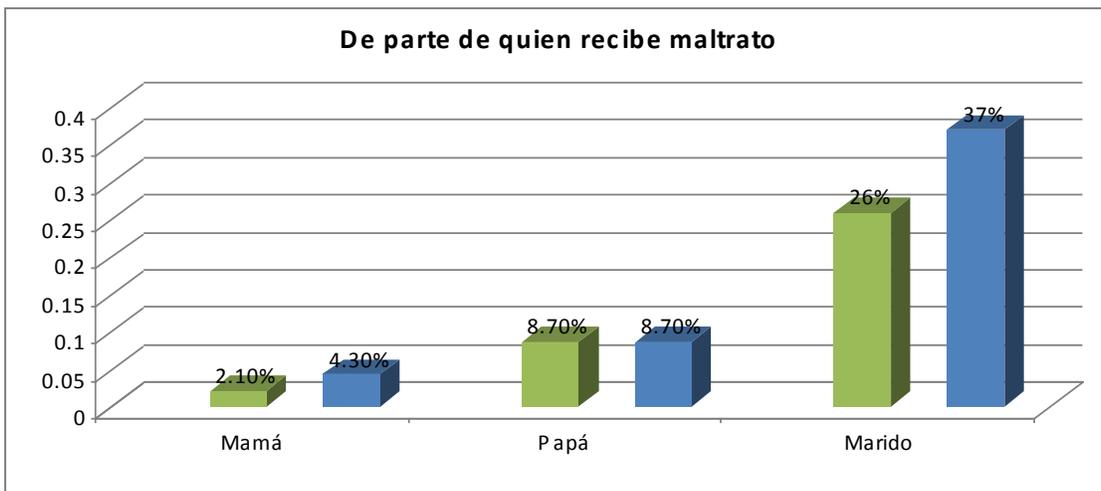
Gráfico N° 12



Fuente: Tabla N° 12  

Integración Familiar de las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud José Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán I Semestre

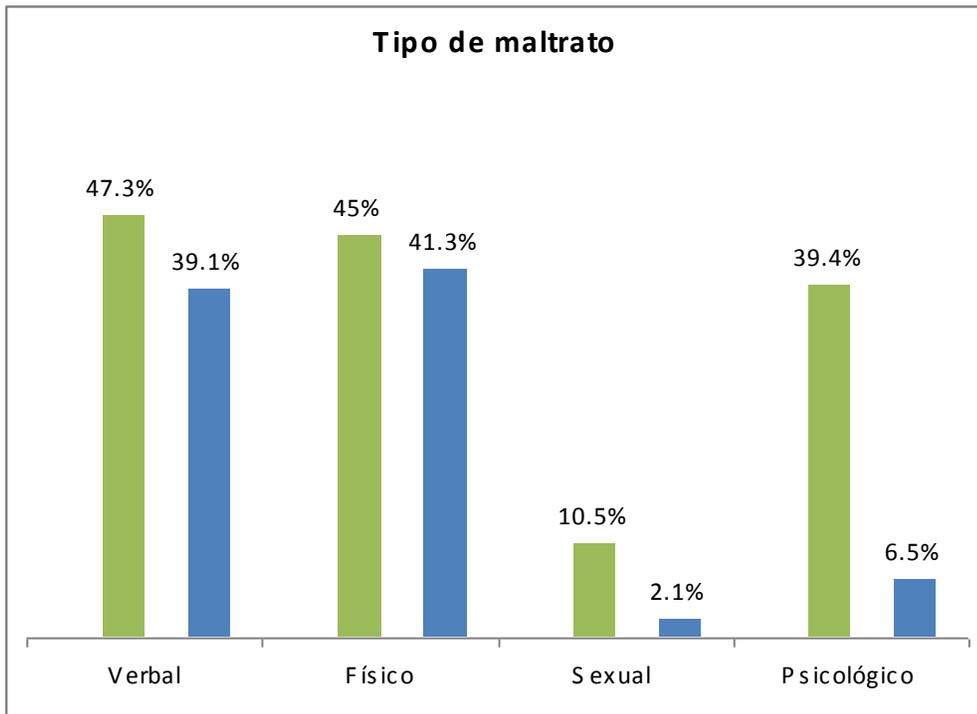
Gráfico N° 13



Fuente: Tabla N° 13  

Integración Familiar de las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud José Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán | Semestre

Grafico Nº 14

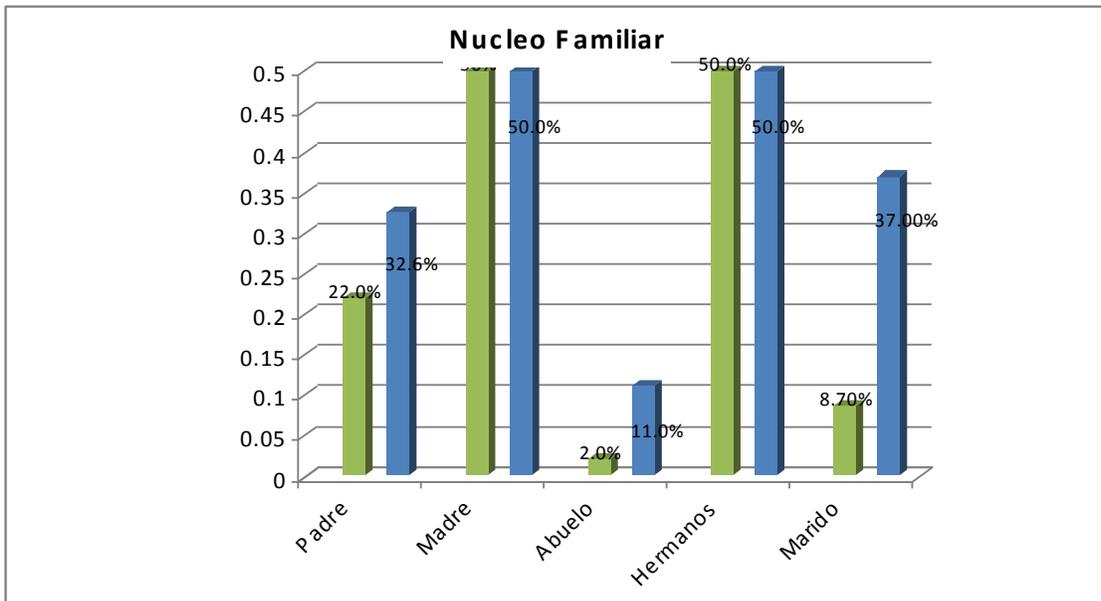


Fuente: Tabla Nº 14



Integración Familiar de las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud José Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán | Semestre

Grafico Nº 15

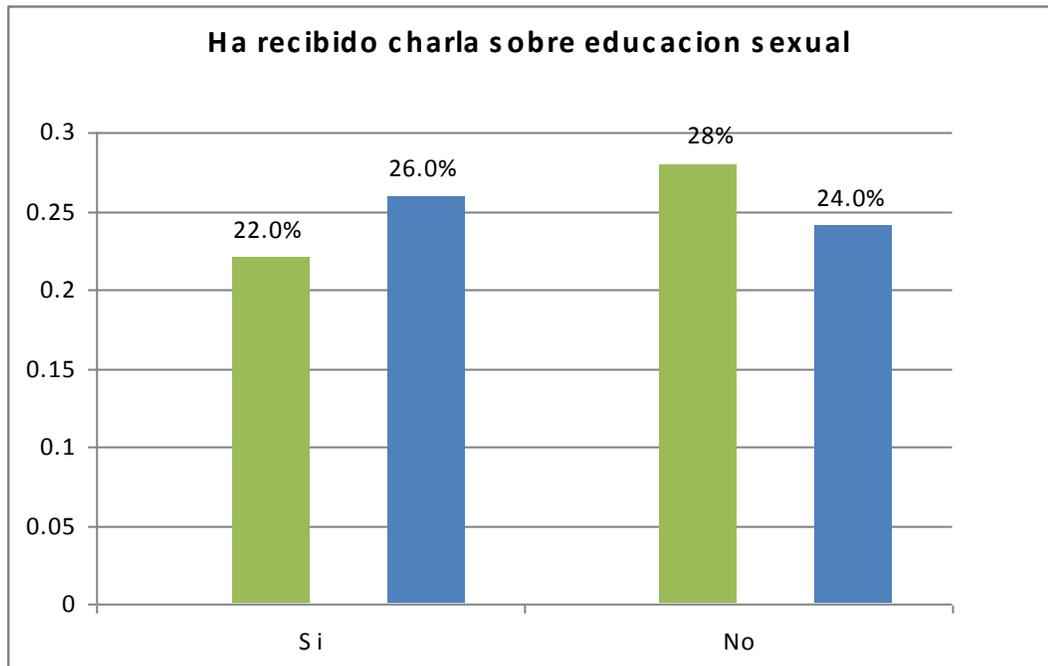


Fuente: Tabla Nº 15



Tipo de educación sexual que reciben las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán I Semestre.

Grafico Nº 16

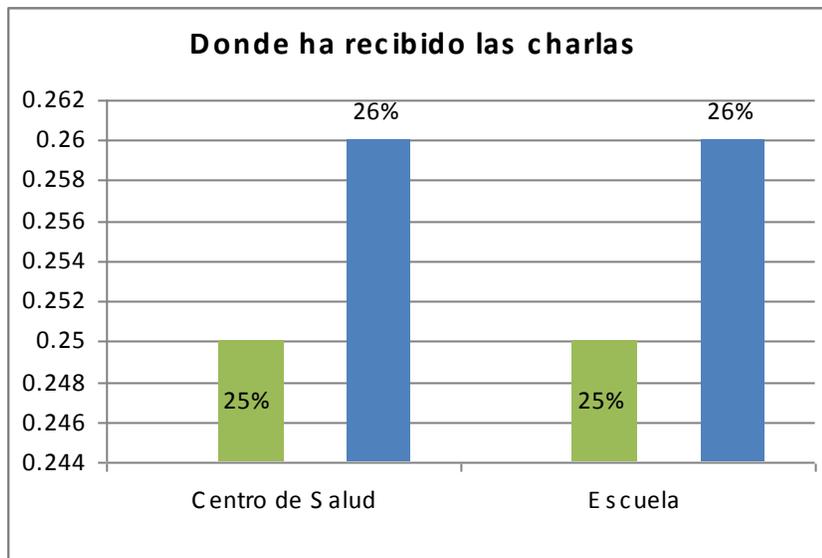


Fuente: Tabla Nº 16



Tipo de educación sexual que reciben las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán I Semestre

Grafico Nº 17

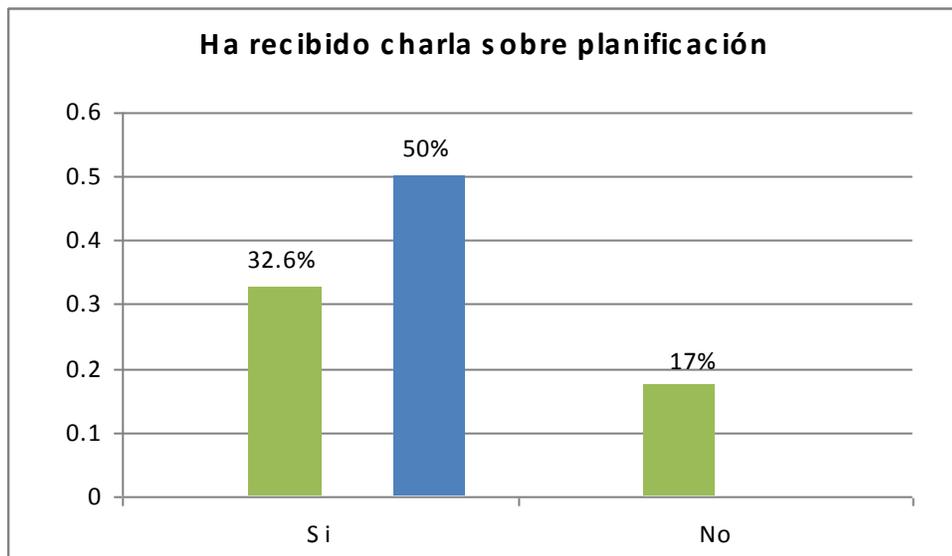


Fuente: Tabla Nº 17



Tipo de educación sexual que reciben las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotil I Semestre

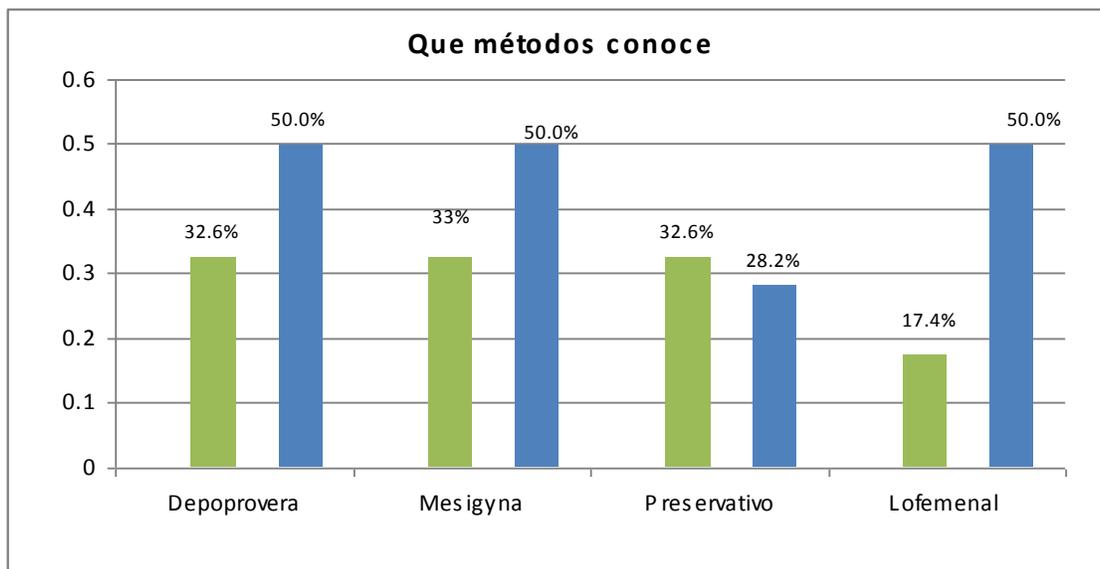
Grafico N° 18



Fuente: Tabla N° 18

Tipo de educación sexual que reciben las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotil I Semestre

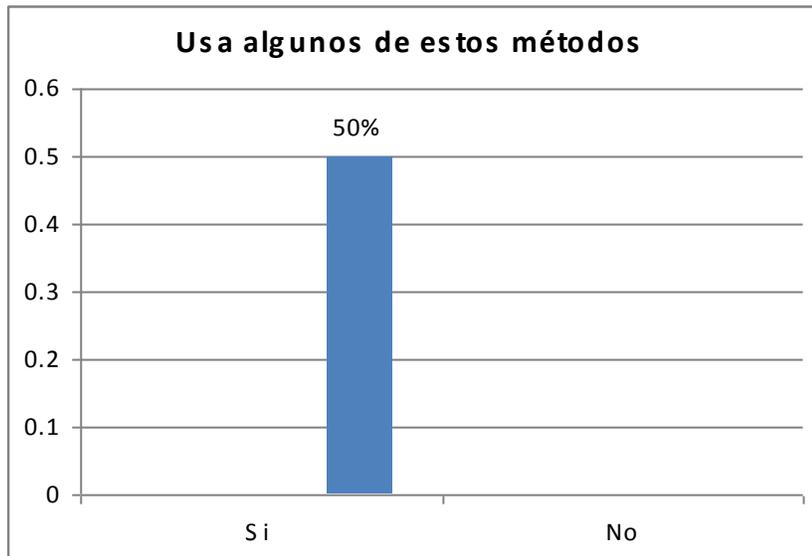
Grafico N° 19



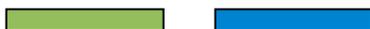
Fuente: Tabla N° 19

Tipo de educación sexual que reciben las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán I Semestre

Grafico Nº 20

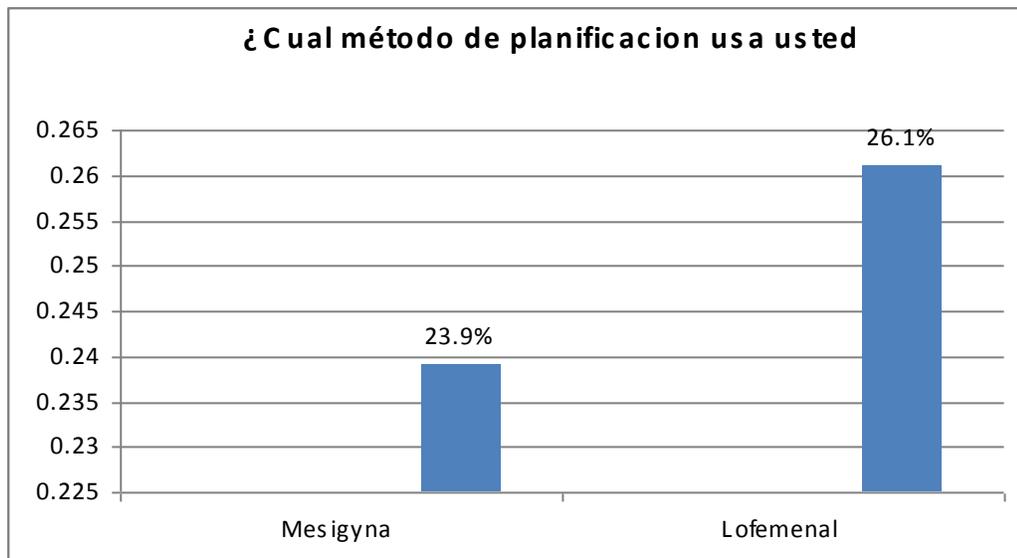


Fuente: Tabla Nº 20



Tipo de educación sexual que reciben las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán I Semestre

Grafico Nº 21

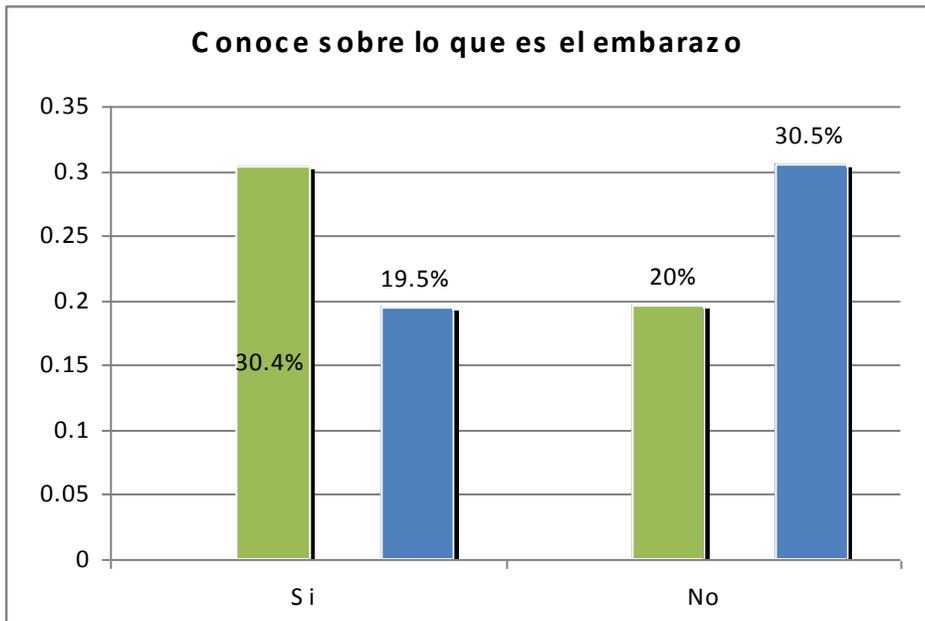


Fuente: Tabla Nº 21



Tipo de educación sexual que reciben las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán I Semestre

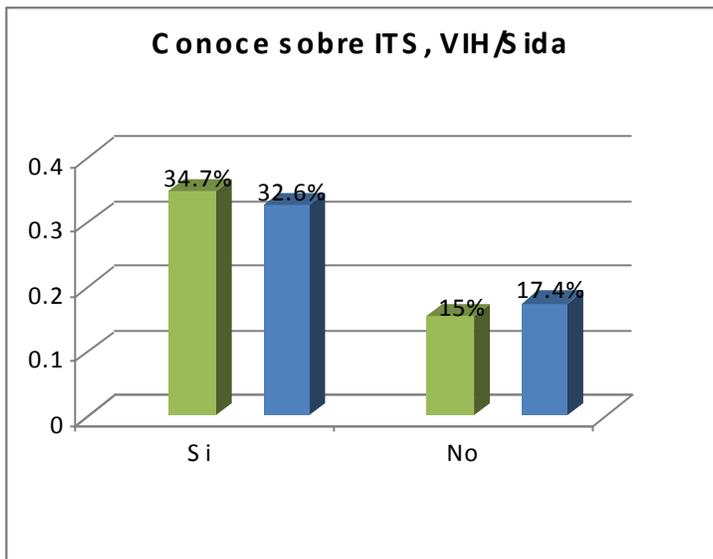
Grafico Nº 22



Fuente: Tabla Nº 22  

Tipo de educación sexual que reciben las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán I Semestre

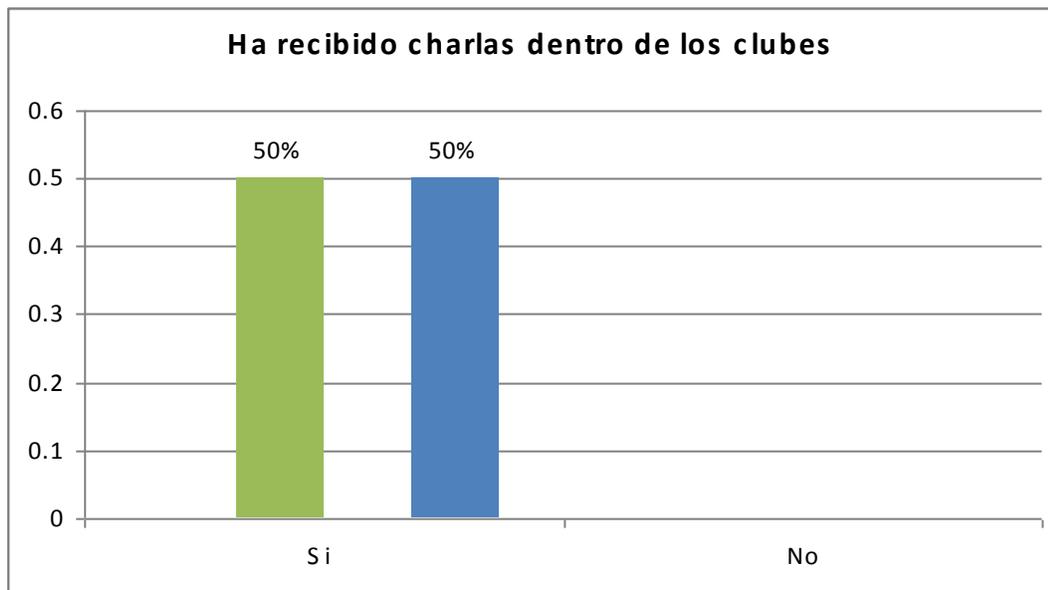
Grafico Nº 23



Fuente: Tabla Nº 23  

Actividades que realizan en los clubes las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotil I Semestre

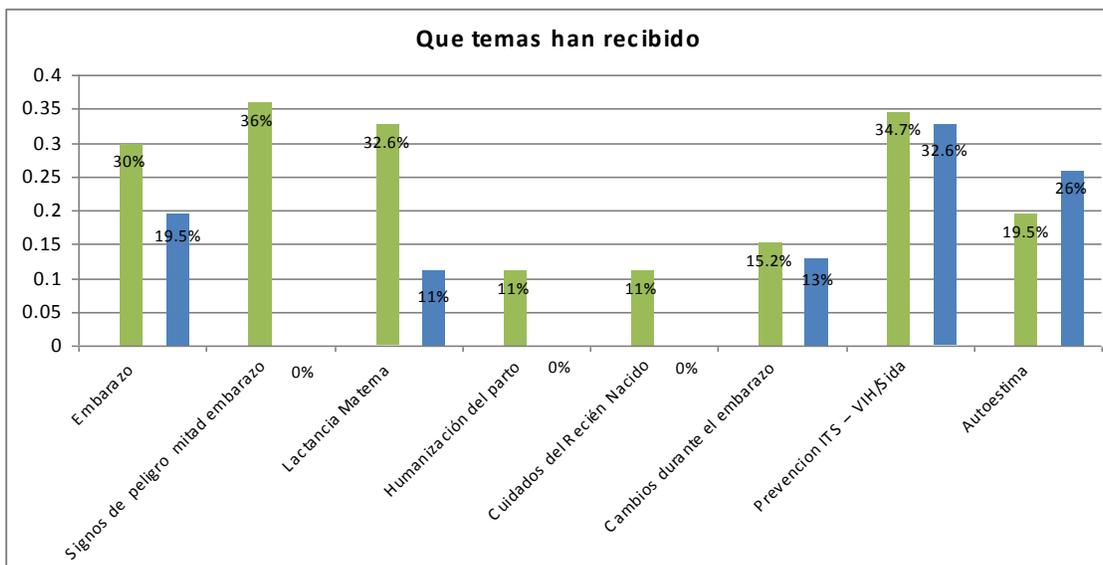
Grafico N° 24



Fuente: Tabla N° 24

Actividades que realizan en los clubes las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotil I Semestre

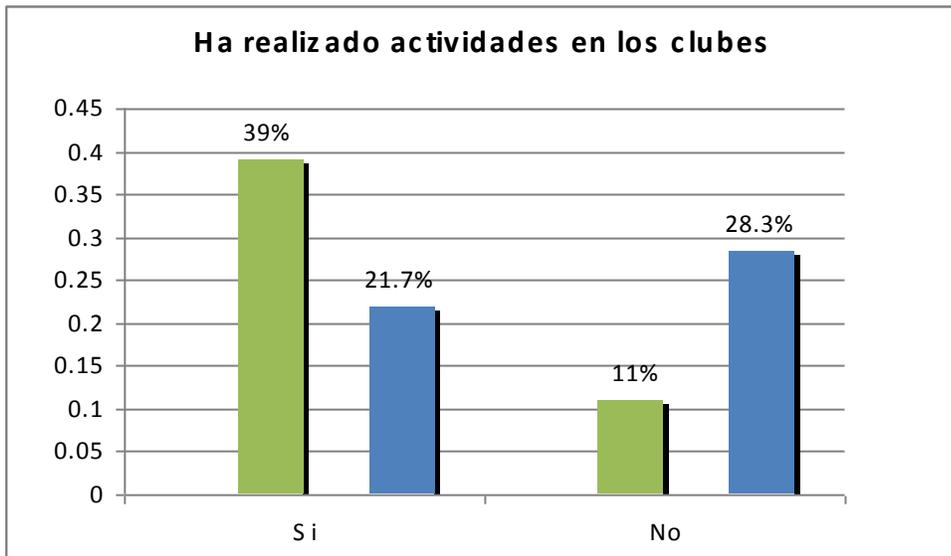
Grafico N° 25



Fuente: Tabla N° 25

Actividades que realizan en los clubes las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán I Semestre

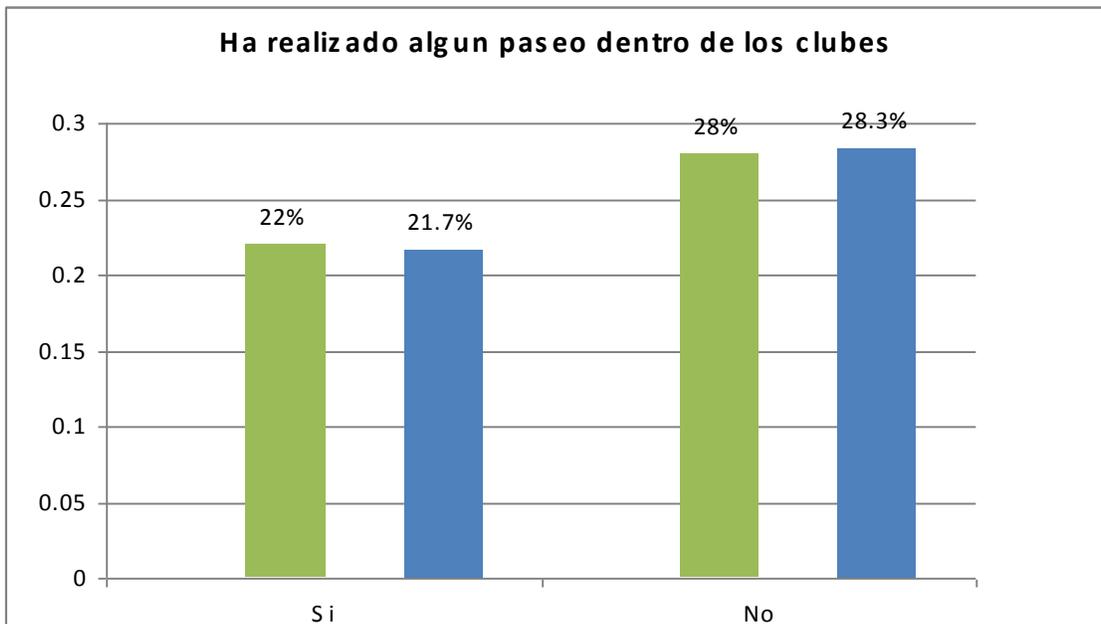
Grafico N° 26



Fuente: Tabla N° 26  

Actividades que realizan en los clubes las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán I Semestre

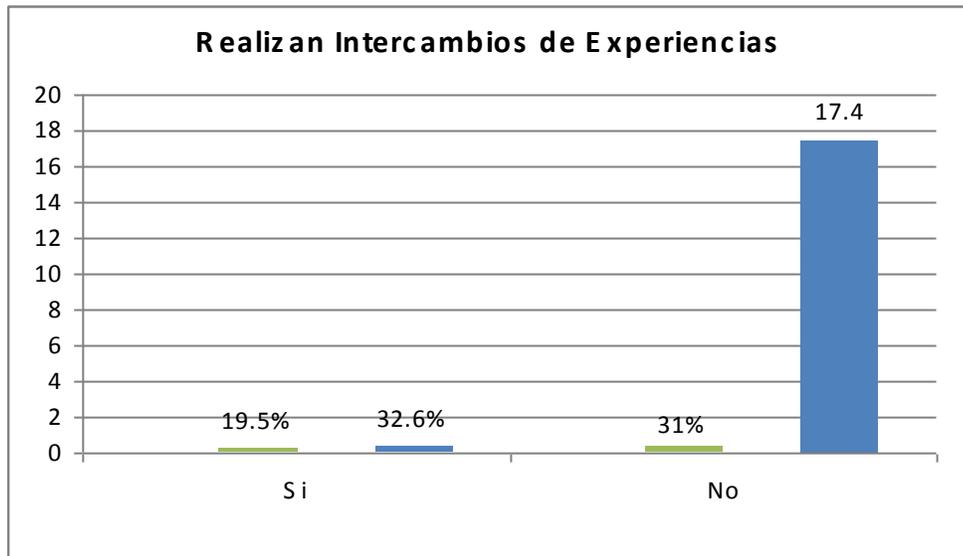
Grafico N° 27



Fuente: Tabla N° 27  

Actividades que realizan en los clubes las adolescentes estudiadas en el Centro de Salud Dolores Fletes de la Ciudad de Ocotlán I Semestre

Grafico Nº 28



Fuente: Tabla Nº 28

Población y sectorización del municipio de Ocotol:

Población 41, 162 habitantes

226 km de Managua.

El centro de salud Ocotol lo conforman 5 Puestos de Salud, todos estos sectorizados según MOSAFC. y la población que se atiende por sector es la siguiente:

Sector # 1: 5,360hab	Sector # 2: 5,998hab
Sector # 3: 5763hab	Sector # 4 : 4,874hab
Sector # 5: 4,141hab	Sector # 6: 6, 141hab
Sector # 7: 5,314hab	Sector # 8: 4,571

MODELO TEÓRICO

