

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN – LEÓN



Embarazo no planificado en adolescentes de 12-19 años del Barrio sutiava que asisten al Centro de Salud Félix Pedro Picado, León, primer semestre, 2017.

Informe final de Investigación para optar al título de:
“Doctor en Medicina y Cirugía”

Autores:

Br. Roberto Bolívar Salgado Flores.
Br. Pablo Emilio Duarte Bustamante.

Tutor:

Dr. Juan Almendárez Peralta¹.

León, Enero 2019

¡A la libertad por la Universidad!

¹ *Doctor en Medicina y Cirugía. Maestro en Salud Pública y Educación Superior en Salud. Profesor titular de la Facultad de Ciencias Médicas. UNAN – León.*

- *Capuleto: repetiré solo lo que antes dije. Mi hija es aún extranjera en el mundo, todavía no ha pasado los catorce años, dejemos palidecer el orgullo de otros dos veranos antes de juzgarla a propósito para el matrimonio.*
- *Paris: algunas más jóvenes que ella son ya madres felices.*
- *Capuleto: y esas madres prematuras se marchitan demasiado pronto.*

Romeo y Julieta (Acto I escena II, William Shakespeare, 1954)

DEDICATORIA

A:

- ✚ Dios, por darnos la sabiduría y las fuerzas para salir adelante en esta carrera y culminar cada trabajo.

- ✚ Nuestras familias, amigos, compañeros y a todas esas personas que nos han apoyado en cada etapa de nuestra formación como profesionales de la salud.

- ✚ Los maestros que nos han inculcado y enseñado el arte de la medicina, que nos han transmitido sus conocimientos a través de sus enseñanzas.

- ✚ Las adolescentes y jóvenes madres que colaboraron con nosotros aportando insumos para el tratamiento de este tema.

AGRADECIMIENTOS

A:

- ✚ Nuestro tutor y guía Dr. Juan Almendárez por la paciencia, colaboración y orientaciones en la realización de este trabajo.

- ✚ Personal del centro de salud sector 1 de Sutiava, Félix Pedro Picado, por su colaboración con los datos y herramientas necesarios para nuestra investigación.

- ✚ Cada una de las madres o embarazadas adolescentes y demás personas que de una u otra manera aportaron su granito de arena y formaron parte de esta investigación.

RESUMEN

Introducción: El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública dada la elevada prevalencia y por las repercusiones biológicas, psíquicas y sociales a corto o largo plazo. Son pocos los estudios orientados al enfoque de esta situación, diversos autores han considerado a la familia como entidad responsable en la aparición del problema y la responsable de las complicaciones biopsicosociales de la adolescente embarazada.

Objetivo: Determinar las características de las adolescentes embarazadas del Centro de Salud Félix Pedro Picado de Sutiava con relación a factores socioculturales, nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva y accesibilidad a métodos de planificación familiar.

Metodología: Se realizó un estudio de tipo cualitativo, con diseño observacional-descriptivo. Se encuestó a las gestantes adolescentes que acuden para ser atendidas en el Centro de Salud durante el primer trimestre de 2017. Se empleó un cuestionario validado, luego del cual se recolectaron los datos y fueron procesados utilizando el programa de EPI INFO en su versión 7.2 para Windows, previa elaboración de la base de datos, para las variables extraídas.

Resultados: Se entrevistó a 50 pacientes adolescentes gestantes. Respondieron como sigue; el 90% se encuentran entre los 12 a 19 años de edad, el 80% no planificaron su embarazo, 62% provienen de familias desintegradas, 65% tienen grado de instrucción primaria, 65% reciben apoyo económico de sus padres, 62% inicio sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad y 96% tiene algún conocimiento sobre los métodos anticonceptivos.

Conclusiones: Las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Félix Pedro Picado tienen ciertas características sociodemográficas comunes en el embarazo; la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales, bajo nivel educativo, de origen familiar desintegradas y tienen algún conocimiento de métodos anticonceptivos por la alta frecuencia. Considerándose por ende un suceso difícil que afecta la salud integral de las madres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

Palabras claves: *Adolescentes, embarazo no planificado.*

ABSTRACT

Introduction: Adolescent pregnancy is a public health problem given the high prevalence and short-term or long-term biological, psychological and social repercussions. There are few studies oriented to approach this situation; several authors have considered the family as responsible entity in the appearance of the problem and responsible for the biopsychosocial complications of the pregnant adolescent.

Objective: Decide the characteristics of pregnant adolescents in the Sutiava sector in relation to sociocultural factors, level of knowledge of sexual and reproductive health and accessibility to family planning methods

Methodology: A quantitative study was carried out, with an observational-descriptive design. Adolescent pregnant women who come to be treated at Félix Pedro Picado Health Center during the first quarter of 2017 were surveyed. A validated questionnaire was used, after which the data was collected and processed using the program of EPI INFO in version 7.2 for Windows previous elaboration of the database, for the variables extracted.

Results: 50 pregnant adolescent patients were interviewed. They answered as follows; 90% are between 12 to 19 years of age, 80% did not plan their pregnancy, 62% come from broken families, 75% have primary education, 65% receive financial support from their parents, 62% start their Sexual relationships between 14 to 16 years of age and 96% have some knowledge about contraceptive methods.

Conclusions: Pregnant adolescents treated in the Félix Pedro Picado Health Center have certain sociodemographic characteristics common in pregnancy; the early age of onset of sexual relations, low educational level, family origin disintegrated and have some knowledge of contraceptive methods because of the high frequency that was found in the interviewees. Considering therefore a difficult event that affects the integral health of teenage mothers, their children, family members and the community as a whole.

Keywords: *Adolescents, pregnancy..*

Índice

I.	INTRODUCCIÓN	9
II.	ANTECEDENTES	11
III.	JUSTIFICACIÓN.....	14
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
V.	OBJETIVO	16
VI.	MARCO TEÓRICO.....	17
6.1.	Bases teórico-científicas de la investigación	17
6.1.1.	ADOLESCENCIA	18
6.1.2.	ADOLESCENCIA TEMPRANA (10 A 13 AÑOS).....	19
6.1.3.	ADOLESCENCIA MEDIA (14 A 16 AÑOS).....	19
6.1.4.	ADOLESCENCIA TARDÍA (17 A 19 AÑOS).....	19
6.1.5.	CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA.....	20
6.1.6.	CAMBIOS INTELECTUALES.....	20
6.1.7.	CAMBIOS EMOCIONALES.....	21
6.1.8.	CAMBIOS SOCIALES.....	21
6.2.	EMBARAZO	¡Error! Marcador no definido.
6.2.1.	Tipos de embarazo.....	22
6.2.2.	EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.....	24
6.3.	FACTORES DE RIESGO PARA EL EMBARAZO NO PLANIFICADO EN ADOLESCENTES.....	24
6.4.	NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	27
6.4.1.	ANTICONCEPCIÓN Y EMBARAZO ADOLESCENTE	29
6.4.2.	CONSECUENCIAS PARA LA SALUD	31
6.5.	ACCESIBILIDAD A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.	32
6.5.1.	ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA.....	33
6.5.2.	ACCESIBILIDAD ECONÓMICA	33
6.5.3.	ACCESIBILIDAD SOCIAL	34
6.5.4.	ACCESIBILIDAD CULTURAL.....	34
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	35

7.1.	DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	35
7.2.	Fuente de información:	36
7.3.	Aspectos éticos.	36
7.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	36
7.5.	Instrumentos de recolección de la información:	36
7.5.1.	PROCESO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	37
7.6.	Plan de análisis	38
VIII.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.	39
IX.	RESULTADOS.....	41
9.2.	CUADROS.....	44
X.	DISCUSIÓN.....	50
XI.	CONCLUSIONES.....	55
XII.	RECOMENDACIONES	56
XIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
XIV.	ANEXOS	59
	EL EMBARAZO NO PLANIFICADO EN ADOLESCENTES DEL BARRIO DE SUTIAVA, LEÓN. 2017.	60
14.1.	CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	63

I. INTRODUCCIÓN

El comienzo sexual temprano siempre ha estado relacionada con problemas de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR). En la actualidad, su abordaje en las adolescentes tiene gran incremento debido a ser este un grupo poblacional de gran vulnerabilidad. A partir de las Conferencias Internacionales de Población y Desarrollo, los países se comprometieron a darle primacía a su atención por la Salud Pública y a su estudio. En lo concerniente al comienzo sexual, existen diferentes aspectos a reflexionar, entre ellos tiene prioridad fundamental, la edad de inicio y el estar o no preparados.^{2 3}

El embarazo precoz y no deseado se ha convertido en un problema social y de salud pública de trascendencia mundial y se observa con claridad que la adolescencia es la etapa de la vida del ser humano que se caracteriza por profundos y complicados, cambios fisiológicos, psicológicos, anatómicos y sociales que destacan en la transformación de niñas en adultas. Por lo que el embarazo en edades tempranas establece un desafío de considerable extensión, porque las consecuencias incluidas en este problema repercuten en la calidad de vida de la madre joven y de su familia, además determinan un gran riesgo para el futuro de su hijo, debido a que son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, ocurriendo con mayor asiduidad en sectores socioeconómicos más disminuidos.⁴

El tratamiento del tema “*embarazo no planificado en adolescentes de 12-19 años, del Barrio Sutiava-León, primer semestre, 2017*”. Será abordado a través del enfoque cualitativo-descriptivo, utilizando como instrumentos de recolección de

² Rodríguez Cabrera Aida, Sanabria Ramos Giselda, Álvarez Vásquez Luisa, Gálvez Gonzales Ana M., Castañeda Abascal Ileana, Rojo Pérez Nereida. *LA GESTION SOCIAL COMO VIA PARA MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES*. Rev. Cubana Salud Pública 2008; 34.

³Salomón A., N y Álvarez V., L. *INICIACIÓN SEXUAL Y SUS EFECTOS EN LA SALUD DE LAS ADOLESCENTES*. En el libro Álvarez V., L. C. Rodríguez C., A y Sanabria R, G Salud sexual y reproductiva en adolescentes cubanos, Cap. II págs. 51-65. Casa Editorial abril, 2009.

⁴ Serrano D, Rodríguez N. *EMBARAZO EN ADOLESCENTES HOSPITAL “DR. RAÚLLEONI OTERO SAN FÉLIX EDO BOLÍVAR 2003– 2007*. [Tesis de Grado]. Ciudad Bolívar: Universidad de Oriente Núcleo Bolívar; 2008

datos la observación directa, entrevistas y análisis documental, el objetivo fundamental de esta investigación es determinar las características del embarazo en las adolescentes del sector de Sutiava con relación a factores socioeconómicos, estructura y comunicación familiar nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva y accesibilidad a métodos de planificación familiar, al igual que sirva de fundamento para otras investigaciones con temas iguales o afines.

La presente investigación está estructurado de la siguiente manera:

- Capítulo I, contiene antecedentes, planteamiento del problema, objetivos de la investigación y justificación.
- Capítulo II, contiene las bases teórico-científicas y definición de términos básicos.
- Capítulo III, contiene tipo y diseño de la investigación; la población, muestra, técnica e instrumentos de la recolección de datos.
- Capítulo IV esboza el análisis descriptivo y la discusión de resultados.
- Conclusiones a las que los investigadores llegaron al investigar el tema.
- Bibliografía consultada, que evidencia las bases teórico-científicas de la investigación.
- Anexos, exponen los elementos adicionales que refuerzan la investigación.

En conclusión, los autores consideran que ante esta situación, el tratamiento de este contenido será de suma importancia para posteriores trabajos investigativos, cuyos temas sean iguales o afines al mismo.

II. ANTECEDENTES

Estudios en algunos países años atrás señalan que los factores que conllevan a que una adolescente se embarace tiene que ver mucho con la insuficiente educación sexual, falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos, problemas familiares, incluso falta de políticas públicas adecuadas, claro está que hay diferencia entre los factores que predisponen este fenómeno de un país a otro, así como del comportamiento de estos al pasar de los años.

Informes de la OMS (2015) señalan que algunas adolescentes planean y desean su embarazo, pero en muchos casos no es así, los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales en algunos países los embarazos fuera del matrimonio no son raros, en cambio algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio y una vez casadas para tener hijos. ⁽⁷⁾

Con base a la búsqueda de información alrededor del problema de investigación que se lee “**embarazo no planificado en adolescentes 12-19 años, del barrio sutiava que asisten al Centro de Salud Félix Pedro Picado, León, primer semestre, 2017**”, se encontró que en los últimos años se han realizado una serie de investigaciones, las que aportaron insumos de valor que favorecieron positivamente en el proceso de investigación, de ellas se hace una breve descripción:

Un estudio internacional De los autores Barrozo Mariela, Pressiani Graciela titulado “Embarazo Adolescente Entre 12 Y 19 Años”, San Martín, Mendoza Argentina octubre de 2011 Tenía por Objetivo General: Identificar los factores que inciden en el aumento de embarazo en adolescentes entre 12 y 19 años del departamento de Santa Rosa durante el año 2010; Sus Resultados fueron que se pudo detectar, la

preocupación del sector salud como responsables de cumplir un rol importante en la comunidad, ante la problemática como es el embarazo en las adolescentes, al seguir detectando el déficit de transmitir conocimientos del cuidado y el buen uso de los métodos anticonceptivos y la poca intervención y concientización de valores en el auto cuidado desde la perspectiva familiar y por ende insertados en la sociedad.

Otro estudio de la autora Viviana Jacqueline Rodríguez Aquino Titulado "Incidencia del Embarazo en la adolescencia en mujeres de 12 A 18 años en Maternidad Mariana De Jesús de septiembre 2012 a febrero del 2013" en Ciudad: Guayaquil – Ecuador, se planteó por Objetivo Determinar la incidencia del embarazo en la adolescencia de 12 a 18 años, mediante la investigación, la encuesta y el análisis para prevenir el embarazo en las adolescentes.

Se estableció el grupo etario donde mayormente se presenta el embarazo en adolescentes, se Puntualizó factores de riesgo que predisponen a problemas obstétricos en embarazo de adolescentes, se analizó las posibles causas psico-social del núcleo familiar que predisponen a un embarazo en adolescente, se especificó las complicaciones que se presentan frecuentemente en el embarazo de adolescentes y se determinó el índice de partos por vía vaginal y abdominal en adolescentes embarazadas.

A nivel Nacional el estudio de la autora Francis Carolina Guevara Pérez Título: "Conocimientos del embarazo en adolescentes y sus complicaciones, en estudiantes de las Escuelas de educación secundarias Ángel Gerónimo Salazar y Leonardo Núñez, municipio de Morrito, Río San Juan, 2012". Cuyo objetivo general fue Valorar el nivel de conocimientos del embarazo en adolescentes y sus complicaciones, en los estudiantes de las Escuelas de educación secundaria antes mencionadas.

Se identificó las características socio-demográficas en los estudiantes de las Escuelas de educación secundarias Ángel Gerónimo Salazar y Leonardo Núñez, se

determinó el nivel de conocimiento de embarazo en adolescentes, en los estudiantes y se Identificó el conocimiento sobre complicaciones del embarazo precoz.

El estudio “Las adolescentes embarazadas de Somoto: Sus características y condiciones en que ocurrió el embarazo, en el año 2006”. De las autoras Claudia Elena Bermúdez Mendoza, Zayda María Betanco Morales en la Ciudad Somoto-Madriz describían las características de las adolescentes embarazadas del municipio de Somoto y las condiciones en que ocurrió el embarazo, que ayuden a comprender el fenómeno de la elevada fecundidad en adolescentes, ingresadas en el periodo Enero-Septiembre, de ese año, sobre todo del área rural.

Como resultados Se realizó una caracterización socio-económica y reproductiva de las adolescentes embarazadas que asisten al centro de salud de la cabecera del municipio de Somoto y se describió las condiciones bajo las cuales ocurrieron los embarazos en estas adolescentes, desde el punto de vista de sus deseos, y de sus conocimientos y uso de los métodos anticonceptivos.

A Nivel Local en la Ciudad de León Ruth María Martínez Cruz, Margarita Isabel Pérez Medina en su tema “Factores psicosociales y económicos de las adolescentes en relación al embarazo, asistentes al centro de salud Mantica Berio, León, febrero –mayo 2010”. Determinaron los factores psicosociales y económicos de las adolescentes en relación al embarazo, asistentes al centro de salud Mántica Berio, León Febrero – Mayo, en donde se describen las características demográficas de la población en estudio, se Identificó los factores psicosociales en adolescentes en relación al embarazo y se determinaron los factores económicos en adolescentes con relación al embarazo.

III. JUSTIFICACIÓN

Existen muchos trabajos sobre el embarazo en las adolescentes, a pesar de estos hoy en día es muy común encontrar adolescentes embarazadas en los barrios, colegios y universidades del país, el cual repercute de manera importante en la desintegración familiar en la mayoría de estas jóvenes.

El siguiente estudio dejará como resultado conocer cuáles son las características y factores que predisponen el embarazo no planificado en las adolescentes en el sector estudiado, comprender que está pasando con estas jóvenes, por qué cada día aumentan estos casos, evaluar los esfuerzos gubernamentales puestos en práctica en coordinación con el Ministerio de Salud (MINSA).

Los autores consideran que los resultados de este estudio darán nuevas ideas para restringir el aumento de los embarazos en adolescentes. Con el tratamiento de esta investigación se hará conciencia en los (las) adolescentes, sus familias y sociedad para trabajar en conjunto en la disminución de los factores predisponentes de esta problemática que afecta a todos.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, el embarazo no planificado y no deseado en adolescentes se convierte en uno de los problemas que más consecuencias tiene en el progreso humano de las jóvenes. Estos embarazos suponen un resultado negativo sobre la condición física, emocional y económica de las jóvenes, su ambiente y futuro. Es habitual que generen una gran dosis de angustia, graves afectaciones económicas e incluso riesgos para la salud de la adolescente que en la mayoría de las veces no se detectan o son mal interpretados.

Si bien es cierto que con las políticas de salud, generadas por el Gobierno en coordinación con el MINSA, éste problema ha mejorado por la introducción progresiva de temas de sexualidad en los centros educativos, aún suceden embarazos no deseados en la adolescencia en un alto nivel.

En este perfil se suscita la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características de los embarazos en las adolescentes del sector Sutiava?

V. OBJETIVO.

Determinar las características de las adolescentes embarazadas del sector de Sutiava con relación a:

- 1) Características socioeconómicas, estructura y comunicación familiar.
- 2) Nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva.
- 3) Accesibilidad a métodos de planificación familiar.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1. Bases teórico-científicas de la investigación

La adolescencia, determinada como “un periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, psicológicamente pasa de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica es un período crítico” (J., 2013). Muchos autores delimitan esta etapa de una forma imprecisa, pero la Organización Mundial de la Salud la define como la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años.

Actualmente, se observa una disgregación progresiva entre el desarrollo biológico de la adolescente y la madurez psicosocial porque se observa claramente en las mujeres un declive en la edad de la menarquía⁵ (primera menstruación) esto les permite ser madres a edad temprana (11 años). No obstante, esta madurez tiende a darse en edades más avanzadas por el largo proceso de preparación que necesita una adolescente para llegar a ser autovalente en ambos sentidos.

En este perfil, es sabido que un sin número de adolescentes en edad cada vez más precoz viven la situación de la maternidad no deseada, llegando a ella sin preparación alguna, lo que repercute en una serie de frustraciones sociales, personales y por ende el rechazo de los padres y de los demás. En este haber la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) expone que:

⁵ La OMS la define como primera menstruación, que es un evento tardío en la secuencia de desarrollo puberal, que constituye el indicador de maduración sexual más comúnmente utilizado.

El embarazo no intencionado (tanto el no planificado como el no deseado) en adolescentes es un problema de salud pública común en todo el mundo”.

Los embarazos repetidos en este grupo también ocurren con frecuencia y están relacionados con mayores riesgos de resultados adversos para madres adolescentes y sus bebés. Las muertes relativas al embarazo y al parto representan la causa número uno de muerte en mujeres de 15 a 19 años de edad en todo el mundo, con casi 70 000 muertes anuales. (p. s/p)

Por lo antes expuesto, se considera que esta situación crea escenarios aún más delicados como el desarrollo de enfermedades crónicas o discapacidad, que puede hacerles padecer sufrimiento de por vida, vergüenza o abandono, siendo las más vulnerables, mujeres primerizas jóvenes, físicamente inmaduras y con escasos recursos económicos, las que en su mayoría recurren al aborto no seguro como solución, es por ello imperante abordar la Educación Sexual como tema coyuntural en todos los sistemas que integran la sociedad, de igual manera, culturizar, proteger a los adolescentes para crear y formar a una ciudadanía más fortalecida y preparada para los desafíos de un mundo cada día más moderno y globalizante.

6.1.1. ADOLESCENCIA

En este perfil, la OMS (2014) define:

La adolescencia como periodo 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 socio- económica y fijan sus límites como el grupo comprendido entre los 10 y 19 años de edad. (p. s/p)

Es una de las etapas de transformación más importantes en la vida del ser humano, conlleva procesos biológicos, psicológicos y sociales, se toman nuevas direcciones en el desarrollo funcional de la vida, adquisición de madurez sexual, Los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en previamente en el crecimiento le ayudarán

a realizar su identidad y plantearse proyectos de vida propio. ⁽⁸⁾ Dávila Beteta (2014), por los recursos antes mencionados, ha clasificado a la adolescencia en las siguientes etapas: ⁽²⁾

6.1.2. ADOLESCENCIA TEMPRANA (10 A 13 AÑOS)

Es el periodo prepuberal⁶, de grandes cambios corporales y de inicio de nuevas amistades, básicamente individuos del mismo sexo. Se plantean metas vocacionales irreales.

6.1.3. ADOLESCENCIA MEDIA (14 A 16 AÑOS)

Es la Adolescencia propiamente dicha cuando ha completado su crecimiento y desarrollo psicosomático⁷, inicia los conflictos con sus padres, por sus amistades, es la edad promedio de inicio de Actividad Sexual. Se creen invulnerables y adquieren conductas de riesgo. Se preocupan por su apariencia física y son muy preocupados por la moda ⁽²⁾

6.1.4. ADOLESCENCIA TARDÍA (17 A 19 AÑOS)

Son más adultos, el grupo de padres va perdiendo jerarquía y se establecen metas más reales, se presentan cambios físicos y psicológicos, también se termina de aceptar la imagen del cuerpo; se aproximan a sus padres nuevamente y sus valores presentan una visión más adulta; le dan mayor importancia a las relaciones íntimas, desarrollan su propio sistema de valores y metas vocacionales serias. ⁽⁴⁾

El área cognitiva alcanza madurez, el adolescente es capaz de examinar los pensamientos propios, formular hipótesis y discernir lo correcto de lo incorrecto y tomar decisiones sensatas. En el Área afectiva-social debe alcanzar una

⁶ El desarrollo de los folículos ováricos puede dividirse en dos fases: Una fase prepuberal que comienza con la formación de los folículos primordiales

⁷ Adjetivo. De las interrelaciones de la mente y el cuerpo o relacionado con ellas.

independencia de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y además dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. En cuanto a la autoestima el adolescente debe mostrar sensibilidad con relación a sí mismo, alcanzar la identidad sexual y la búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en la posteridad.

En conclusión es una etapa de cambios significativos. Por consiguiente, es importante estar al tanto de las características presentadas en esta etapa para dilucidar actitudes y comprender a los adolescentes, principalmente en período de embarazo, al considerar que: "una adolescente que se embaraza se comportará como corresponde al momento de la vida que está transitando, sin madurar a etapas posteriores por el simple hecho de estar embarazada; son adolescentes embarazadas y no embarazadas muy jóvenes" (Zamora, 2012, p. s/p) ⁽¹⁴⁾

6.1.5. CAMBIOS EN LA ADOLESCENCIA

En los adolescentes hay un periodo de transición y se va a caracterizar por la presencia de cambios biológico, psíquicos y comportamiento social. Los cambios biológicos se corresponden al incremento de la secreción de hormonas, lo que permitirá la aparición de los caracteres sexuales secundarios, crecimiento y desarrollo de los músculos, sistema respiratorio, circulatorio, gónadas⁸, órganos reproductores. Silber (1995) acotó que "en la mujer el proceso de crecimiento se inicia entre los 9 y 10 años, alcanzando los máximos valores entre 12 y 13 años. En los varones se inicia entre los 14 y 15 años" (p. 5). A continuación se describen los cambios que se dan en esta etapa de vida:

6.1.6. CAMBIOS INTELECTUALES

En esta edad el pensamiento se vuelve más flexible, puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender y aceptar una amplia diversidad de

⁸ Las **gónadas** son órganos que se encargan principalmente de producir gametas (células sexuales), pero también secretan hormonas, es decir se comportan como órganos endócrinos.

situaciones sociales y reflexionar sobre aquellas que no son comprendidas en forma directa; Es el comienzo del empleo de la lógica formal para solucionar problemas, realizar planificaciones y elaborar proyectos a largo plazo, pueden manejar conceptos y operaciones a nivel abstractos, y contrastarlo con la realidad circundante. Con respecto, Jean Piaget determinó “que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales”. (Piaget, 2014)

6.1.7. CAMBIOS EMOCIONALES

En este perfil Michell Gómez (2012)

Refiere que los adolescentes deben enfrentarse a conflictos de la primera infancia, los cuales no han sido totalmente resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y el concepto de sí mismos, la aparición de la genitalidad como posibilidad real de procreación, la necesidad de identificación es entonces el tema central de la adolescencia. Desubicación temporal, el ansia de satisfacción de las necesidades es apremiante; ideación omnipotente, el yo se ha constituido en el eje central de la conflictiva adolescente”. (p. párr.22)

6.1.8. CAMBIOS SOCIALES

Es capaz de hacer reflexión y crítica razonable de las reglas y axiología familiar, de igual manera, la necesidad de independencia, la libertad de la familia y la fuerte sexualidad, genera en los progenitores mucha ansiedad, lo que los lleva a comportándose de manera controladora, de tal manera que los padres y adolescentes se distancian física y psicológicamente, es decir se da un período de descalificación hacia los padres. Esto debido al proceso normal de separación o independencia de ellos. José Carrión (2014) explica lo siguiente:

- El adolescente es considerado como objeto peligroso y en peligro: ante eso se protege y se prohíben cosas "por su propio bien".

- El adolescente es considerado como un objeto sexual: el comienzo de la madurez sexual sorprende a la familia y la respuesta ante esto está en el grado de aceptación de la sexualidad de la misma.
- El adolescente es considerado como un individuo inadaptado: el adulto se ha acostumbrado a esperar de su hijo la turbulencia y la tensión. Así la sociedad tiene un tipo de adolescente que espera y merece.
- El adolescente es considerado como objeto perdido: los padres consideran perdido al hijo cuando éste comienza a cambiar sus afectos hacia otros objetos. (p. párr 4)

El incremento de las presiones que tiene una familia hace que los adolescentes dependan más de sus coetáneos para el apoyo emocional.

6.2. EMBARAZO.

Se conoce como embarazo al período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre y también los importantes cambios que experimenta esta última, que además de físicos son morfológicos y metabólicos. El embarazo humano dura un total de 40 semanas, equivalente a 9 meses calendario. La OMS (2015) define que “el embarazo [...] es “aquella gestación que ocurre durante los primeros años de edad ginecológica [...]”. (p. párr 4).

6.2.1. Tipos de embarazo

La Clínica Médica (2016) explica los siguientes tipos de embarazos:

- **Embarazo Intrauterino:** es el más común y frecuente, el que se produce en el interior del útero. El feto se implanta en la pared interior del útero y crece de manera normal, sin complicaciones ni alteraciones. La gestación del feto tarda entre 38 y 42 semanas, siendo 40 semanas la media.

- **Embarazo Ectópico:** también llamado “extrauterino”, se produce fuera del útero de la madre pero el óvulo se fecunda de manera normal. Se puede desarrollar o en las trompas de Falopio o en el ovario o en la cavidad abdominal. Es un embarazo peligroso, se desgarran la placenta y produce hemorragias internas que pueden causar la muerte de la madre y el feto no llega a término no llega a desarrollarse, de hecho no llega ni al segundo trimestre.
- **Embarazo Molar:** el óvulo se fertiliza de manera anormal. La placenta comienza a crecer de manera desproporcionada para convertirse en una masa de quistes lo que provoca que el embrión no se desarrolla y si llega a hacerlo no sobrevive. Este tipo debe ser interrumpido. Hay dos tipos de embarazo molar:
 - **Embarazo Molar Completo:** no se desarrolla la placenta por lo tanto no hay posibilidades de que se desarrolle el feto. Y los cromosomas solo son del padre cuando deberían ser de los dos.
 - **Embarazo Molar Parcial:** la placenta se desarrolla de manera normal pero no el embrión. El feto tiene 69 cromosomas en lugar de 48 ya que los del padre se dividen en dos.
- También existen otras gestaciones como el **embarazo psicológico o imaginario (pseudociesis)** que no se produce pero los síntomas son los mismos; se segrega leche, se produce hinchazón abdominal e incluso se siente movimiento fetal.

En este perfil, cabe hacer mención de:

- **Embarazo de bajo riesgo.** Son los embarazos controlados, son los que desarrollan las mujeres con edades comprendidas entre 19 y 35 años de edad, y son mujeres sin problemas de salud.
- **Embarazo de alto riesgo.** Son los embarazos no controlados, los que desarrollan mujeres con edad menor a los 18 o superior a los 35 años. También corresponde a las mujeres que han experimentado alguna patología anterior.

6.2.2. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Es el que se produce en una mujer adolescente menor de 19 años; entre la adolescencia inicial o pubertad, comienzo de la edad fértil y el final de la adolescencia, cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental. La OMS (2015) define al embarazo en la adolescencia como “un embarazo de riesgo, debido a las repercusiones que tiene sobre la salud de la madre adolescente y su hijo, además, de las consecuencias psicológicas y sociales, las cuales se duplican en las adolescentes menores de 20 años”. (p. párr 6).

Por lo antes expuesto, la adolescencia es una de las etapas más hermosas de la vida en la cual se deja de ser niño para convertirse en adulto, operándose una serie de cambios anatomofisiológicos y psicosociales. Es por ello que el embarazo en adolescentes es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las niñas a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas.

6.3. FACTORES DE RIESGO PARA EL EMBARAZO NO PLANIFICADO EN ADOLESCENTES

Como una problemática social, entre las causas del embarazo en la adolescencia, que en general manejan tanto las instituciones que están atendiendo este fenómeno social, así como los diversos estudios que al respecto se han hecho se encuentra el de García (2008) que es preciso al enfocar este perfil y corresponde a la realidad nicaragüense, a continuación se detallan:

- La influencia que tienen los medios de comunicación sobre la población adolescente. Éstos ejercen una gran presión debido a la inmensa cantidad de estímulos sexuales, así como una sobrevaloración del sexo, sin compromiso afectivo.
- Inadecuada educación sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR), que en estudios mundiales se ha visto que fomenta la experimentación sexual y se pierde la oportunidad de reducir la probabilidad de un embarazo no deseado o de la transmisión de una Infección de Transmisión Sexual (ITS), por lo tanto, se perjudica a los jóvenes.
- Historia de abuso sexual por un adulto. Este factor se asocia también a tener más de un compañero sexual simultáneamente.
- La autoestima se considera un factor protector que ayuda a las personas jóvenes a superar situaciones difíciles. Por el contrario, la baja autoestima está asociada a problemas de salud tales como depresión, suicidio, anorexia nerviosa, delincuencia, conducta de riesgo sexual y otros problemas de ajuste.
- Menarca temprana: otorga madurez reproductiva a la joven, cuando aún no maneja las situaciones de riesgo.
- Inicio precoz de relaciones sexuales: cuando aún no existe la madurez emocional necesaria para implementar una adecuada prevención.
- Familia disfuncional: uniparentales, o con conductas promiscuas y con consumo de drogas, en la que no hay un adecuado diálogo padres–hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que el joven no sabe resolver, impulsándolo a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto que un genuino vínculo de amor. Ante una familia disfuncional el joven intenta escapar de situaciones conflictivas en el hogar. Otro aspecto de la calidad de

vida familiar que afecta las conductas reproductivas es la comunicación con los padres, cuando ésta es pobre o incompleta los adolescentes la buscan en los amigos y compañeros de colegio.

- Sobre-exigencia en el crecimiento; iniciación temprana para asumir responsabilidades adultas, económicas y de crianza; ausencia de los adultos y pobreza.
- Mayor tolerancia del medio al embarazo adolescente.
- Bajo nivel educativo: cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y posponer la maternidad para la edad adulta, es más probable que los jóvenes, aun teniendo relaciones sexuales, adopten una prevención efectiva del embarazo. Los adolescentes con historia de frustraciones educativas, años perdidos y bajo rendimiento escolar, pueden encontrar en el embarazo una salida a una insatisfecha historia dentro del sistema escolar.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía y, a la vez, como una forma de negarse a sí mismos que tiene relaciones no implementan medidas anticonceptivas.
- No uso de métodos de planificación familiar asociado con: percepción de invulnerabilidad, escepticismo frente a la efectividad de los mismos, creencias infundadas acerca de sus efectos secundarios, creencia de que utilizar los métodos es un irrespeto con la otra persona y, deseo de complacer a la pareja. Concepciones mágicas y de negación del riesgo a un posible embarazo.

- Consumo de alcohol u otras drogas, incluyendo los productos del tabaco, deserción escolar, falta de sistemas de apoyo o tener pocos amigos, la falta de participación en actividades escolares, familiares o comunitarias, la percepción baja o nula de oportunidades para el éxito personal y ser hija de una madre que tuvo su primer parto a una edad de 19 o siendo aún más joven.

Sin embargo, para efectos de este estudio, los criterios de inclusión tomados en consideración fueron:

- Características socio demográficas
- Estructura y funcionabilidad familiar
- Nivel de conocimientos sobre sexualidad y
- Diferentes formas de acceso a los métodos de planificación familiar.

Aspectos abordados con detalle en el capítulo de Análisis y Discusión de resultados.

6.4. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

La adolescencia es una etapa de la vida durante la cual se desarrolla la identidad sexual. En este período muchas adolescentes inician su actividad sexual. Por ello, es de vital importancia darles consejería, que debe considerar la prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual, prevención de conductas de riesgo y favorecer la adquisición de conductas protectoras.

En este haber, Nicaragua registra cada año que 35 mil adolescentes entre 16 y 19 años tienen su primer hijo. El estudio “Contar lo Invisible”⁹ de Plan Internacional, expone que la tasa más alta de embarazos adolescentes en América Latina y la segunda a nivel mundial es la de Nicaragua. De igual manera, datos de la Comisión

⁹ Fundación creada en Bogotá, Colombia explora la situación actual de los datos de género.

Económica para América Latina (CEPAL)¹⁰ demuestran que en Nicaragua entre 2000 y 2010 se registraron 367,095 embarazos en mujeres menores de 18 años. En este fenómeno confabulan una serie de variables: desconocimiento, falta de orientación y relaciones de poder, en lo cual, los hombres en su mayoría se rehúsan a usar preservativos, de igual manera, hablar de sexo en la familia equivale a pecado capital. Los padres aún siguen llamando a los genitales de forma eufemística en vez de sus nombres científicos.

Entonces ¿dónde se aprende sobre sexualidad? , es sencillo: en la televisión (y otros medios de comunicación, incluido internet). Este medio ha asumido el rol de educar sexualmente a los adolescentes a través de series, telenovelas, programas cómicos en los que la sexualidad se explota sin ningún reparo. Se muestra asociada a la burla, la grosería, la falta de respeto y por supuesto la violencia. No hay una orientación especializada sobre el placer, el cuidado del cuerpo, la protección, el respeto al cuerpo del otro, la diversidad sexual, la prevención y menos sobre infecciones de transmisión sexual.

Por lo antes expuesto, el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) en coordinación con el MINED, ha creado dentro del currículo, el perfil de ejes transversales que contiene: Educación de la Sexualidad y para la prevención de las ITS, El VIH Y El Sida en los que se plantean los objetivos siguientes:

1. Asume con responsabilidad el cuidado y respeto de su cuerpo, sexo y sexualidad, mediante acciones preventivas orientadas a la salud sexual y reproductiva, que contribuya a una vida saludable.

¹⁰ La Comisión Económica para América Latina y el Caribe es el organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas responsable de promover el desarrollo económico y social de la región.

2. Mantiene una actitud de compromiso en la búsqueda de información veraz, científica y actualizada sobre la sexualidad, que le facilite la práctica de conductas apropiadas y responsable para su desarrollo emocional.
3. Reconoce las formas apropiadas de mostrar afecto y emplea medidas de protección ante situaciones que pueden causar daño.
4. Practica hábitos y conductas saludables que le permitan contar con una buena salud sexual y reproductiva.
5. Asume con responsabilidad y actitud crítica la decisión de postergar el inicio de las relaciones sexuales, que le permita tomar decisiones acertadas para su futuro escolar y familiar.
6. Practica y promueve medidas de protección para evitar infecciones de transmisión sexual, embarazos y enfermedades que causan daño a la salud.
7. Analiza la importancia sobre la maternidad y paternidad responsable, la lactancia materna, el cuidado de la salud sexual y reproductiva, a fin de prepararse de manera informada para una vida sexual sana y sin riesgos.
8. Muestra interés por informarse científicamente acerca de las ITS, el VIH y el sida, tomando en cuenta las repercusiones personales y sociales.
9. Identifica y previene las infecciones de transmisión sexual, el VIH y sida, evitando conductas de riesgos y su incidencia en la calidad de vida.

6.4.1. ANTICONCEPCIÓN Y EMBARAZO ADOLESCENTE

La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. De estos adolescentes, no más de un 30% usó algún método anticonceptivo en ese

período, aduciendo que estaban convencidos que "eso no iba a pasarles", lo no planificado del momento del coito, ignorancia de los métodos de anticoncepción, temor a ser criticados si usaban un método anticonceptivo, o a que los padres supieran que tenían actividad sexual.

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

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

Años atrás unos de los problemas con los anticonceptivos era con la accesibilidad a ellos así como su uso, muchas adolescentes no podían acceder a ellos, hoy en día en Nicaragua hay una alta cobertura de métodos anticonceptivos con un 70% gracias a diferentes formas y lugares para acceder a los métodos de planificación, pero muchas de las jóvenes no utilizan los métodos por diferentes razones.

Un embarazo no planeado durante la adolescencia tiene muchas consecuencias físicas, emocionales, sociales en la madre, en el padre, para el hijo y como pareja.

6.4.2. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

La OMS (2014) expresa.

Que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. Sin embargo, desde el año 2000 se han registrado descensos considerables en el número de muertes en todas las regiones, sobre todo en Asia Sudoriental. Las adolescentes pueden padecer anemia, desnutrición y toxemia del embarazo, hipertensión gestacional, preeclampsia, rupturas uterinas, entre otras.

Además de lo expuesto anteriormente, aumenta la probabilidad de tener más hijos, porque al empezar jóvenes a tener relaciones sexuales, es más fácil que los hijos se sucedan rápidamente, de igual manera, incrementa la posibilidad de tener más relaciones sexuales, seguidas, con frecuencia con varias parejas, lo que aumenta el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Esto es una variable para incrementar el riesgo de abortos espontáneos y nacimientos prematuros o complicaciones durante el parto, por falta de madurez. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar bajo peso al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo.

- **Consecuencias económicas y sociales**

El embarazo en la adolescencia puede también tener repercusiones sociales y económicas negativas para las muchachas, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer

joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz (OMS, EL embarazo en la adolescencia, 2014, p. párr 8).

- **Consecuencias emocionales de un embarazo no deseado**

La adolescente está en un proceso de identidad. La auto-aceptación como mujer con los cambios en el cuerpo y funciones nuevas, se ve interrumpida por otro cambio mayúsculo: una figura prematura de mujer embarazada. De esta manera tenemos que el embarazo prematuro tiene consecuencias como:

- Conlleva a problemas de autoestima y frustraciones personales y sociales.
- Deserción escolar, abandono o cambio de un proyecto de vida profesional. Dificultad para educar con cariño al bebé. La madre siente que "le arruinó" la vida.
- Mayor riesgo de separación, divorcio y abandono por parte de su compañero.
 - Rechazo social si el embarazo es fuera del matrimonio y críticas si es aun estando casada.

6.5. ACCESIBILIDAD A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Las mujeres adolescentes que eligen una vida sexual activa están frecuentemente limitadas en sus opciones anticonceptivas por la influencia de sus compañeros, de sus padres, por los factores económicos, geográficos, culturales y por restricciones propias de su nivel de desarrollo por alcanzar la madurez física antes que la emocional. La planificación de la familia en principio logra una actuación consistente y responsable en el derecho de decidir el número de hijos que se desea tener y el espaciamiento de los nacimientos, además de propiciar la salud materna infantil y la paternidad responsable.

Los métodos de planificación familiar existentes en el Ministerio de Salud de Nicaragua son Anticonceptivos orales, preservativos masculinos y femeninos,

Inyecciones hormonales, dispositivo intrauterino (DIU), entre otros. Sin embargo la población en edad reproductiva cuenta con una elección más limitada sobre el uso de métodos de planificación familiar. El reto mayor de las autoridades sanitarias debería ser implementar estrategias que ayuden a disminuir la tasa de natalidad de las mujeres adolescentes y establecer una adecuada calidad del Programa de Planificación Familiar existente, coordinándose con organizaciones no gubernamentales, el reforzamiento de actividades para una mejor distribución de los métodos de planificación familiar por parte de la población en edad fértil.

Los aspectos fundamentales para esbozar la accesibilidad son: Las características sociodemográficas de las mujeres, aspectos económicos, geográficos, sociales y culturales, que influyen en la accesibilidad que tienen las mujeres adolescentes en edad fértil a los métodos de planificación familiar:

6.5.1. ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA

Es la posibilidad de usar un servicio de acuerdo a la ubicación física, cercana al demandante. La accesibilidad geográfica se relaciona con las características del recurso que facilitan u obstaculizan su utilización por consumidores eventuales (recurso demasiado alejado o elemento de la resistencia al desplazamiento).

6.5.2. ACCESIBILIDAD ECONÓMICA

Es la posibilidad de adquirir un servicio frente a tarifas y precios y medicamentos. Por lo tanto esto está en dependencia de la ocupación y del nivel de desempleo de las personas.

6.5.3. ACCESIBILIDAD SOCIAL

La estructura social de la comunidad, es un subsistema compuesto por elementos relacionados de tal forma, que si uno de ellos sufre un cambio, irremediamente se producirá un cambio en los otros elementos del sistema.

La estructura social de la comunidad se puede estudiar desde tres formas: la familia, las organizaciones sociales y la estratificación social de la comunidad. Estas tres no son aisladas una de la otra. En las comunidades, las familias tienen redes de parentesco y sus vecinos forman redes sociales para resolver problemas comunes.

6.5.4. ACCESIBILIDAD CULTURAL

Es la posibilidad de uso de un servicio, derivada por actitudes originadas por creencias o rasgos educacionales. Toda cultura evoluciona y experimenta cambios para poder sobrevivir, sucede igual de una generación a otra, se transmiten elementos de la cultura que garantizan la cohesión de la sociedad, la identidad individual y de grupo. La familia transmite entre sus miembros, prácticas y costumbres, unas tradicionales y otras incorporadas a partir de la influencia del contexto.

Las adolescentes, en particular, sufren las mayores limitaciones y desafíos debido a las normas socio-culturales y tabúes existentes sobre la sexualidad y a las funciones estereotipadas de género. Esto está relacionado con la preferencia de que los niños sean quienes obtienen educación, comparado con las expectativas más limitadas que se tienen respecto a las niñas y que se reducen a las funciones de madre y cuidadora; se les llega a negar información básica y apoyo sobre sus propias capacidades, cuerpos, sexualidad y derechos; y se establecen estándares dobles que tienden a castigar a las mujeres por conductas sexuales y reproductivas y sus consecuencias.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

7.1.1. Tipo de investigación.

El presente estudio es de tipo cualitativo Descriptivo de casos seriados.

Área de estudio

El área de estudio abarca el Centro de Salud Félix Pedro Picado del Barrio de Sutiava, de la ciudad de León, Nicaragua. Sector 1,2 y 3.

- **Población**

La población seleccionada para este estudio fueron las adolescentes atendidas en el centro de salud de Sutiava en los programas de APN o PF que cursan o cursaron con embarazo durante el periodo del estudio.

- **Muestra**

La muestra corresponderá a las adolescentes embarazadas seleccionadas por muestreo aleatorio por conveniencia a la población que cumplió con los criterios de inclusión. Esta corresponde a 50 adolescentes que cursan o cursaron con un embarazo.

- **Criterio de Inclusión**

Edad de 12-19 años que han tenido o cursan un embarazo.

- **Criterios de Exclusión**

Casos: Adolescentes que curso o se encuentra embarazada como consecuencia de violación o abuso sexual.

7.2. Fuente de información:

Primaria mediante encuestas aplicada a las adolescentes embarazadas que son atendidas en centro de salud. Félix Pedro Picado del Barrio Sutiava.

7.3. Aspectos éticos.

La información obtenida de las pacientes fue utilizada únicamente con fines de estudio, no siendo divulgada la identidad de las mismas. Para el llenado de la ficha de recolección de datos se solicitó de su consentimiento.

7.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Se diseñó un formulario de preguntas que dan respuestas a los objetivos del Estudio. La encuesta fue estructurada con preguntas abiertas y cerradas y se organizó en características generales, sociales, Biológicas, estructura y funcionabilidad familiar, conocimientos sobre salud sexual y reproductiva así como la accesibilidad a métodos de planificación familia. (Se anexa).

7.5. Instrumentos de recolección de la información:

☞ Guía de observación

Se utilizó durante el desarrollo de la investigación, describiendo la participación de las madres. Esta guía de observación a las jóvenes está estructurada por aspectos, relacionados con los objetivos del estudio y con el fin de recabar información sobre uno de los problemas generalizados relacionados con el embarazo adolescente.

☞ Guía de entrevista o cuestionario

Este instrumento se aplicó a las madres y embarazadas adolescentes con la finalidad de determinar las características incidentes en el embarazo no planificado.

☞ **Análisis documental**

En la realización del trabajo investigativo de campo se escudriñaron: bibliografías, webgrafías y leyes pertinentes.

☞ **Forma de análisis de instrumentos**

Una vez realizadas las entrevistas y las observaciones, se revisó todo el material en su forma original, se organizaron los datos por cada participante en forma independiente para realizar el proceso de codificación dando una lectura detallada de cada una de las respuestas de las madres para iniciar el proceso de identificación de palabras, frases, temas o conceptos dentro de los datos, de tal manera que los aspectos importantes pudieran ser identificados y descritos.

Después de identificar las categorías se procedió a establecer relaciones entre ellas, contrastar con referentes teóricos y estudios previos y finalmente poder dar respuesta a la pregunta de investigación planteada inicialmente.

7.5.1. PROCESO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para la recolección de datos se realizaron las respectivas coordinaciones y los trámites administrativos pertinentes de la siguiente manera:

- Se realizó las coordinaciones respectivas para obtener la autorización del Centro de Salud Félix Pedro Picado del Barrio de Sutiava, a través de una carta de presentación de la Bicentenario Universidad autónoma de León.
- Una vez obtenida la autorización se coordinó con el personal responsable para establecer el cronograma de recolección.
- La recolección de datos se realizó durante los meses de marzo a junio, los días lunes, miércoles y viernes de 8:00 am a 11:00 am.

- Luego de la recolección de datos se procesó la información utilizando los mecanismos pertinentes facilitando su análisis e interpretación, considerando el marco teórico.

La aplicación de la encuesta de las Embarazadas y jóvenes en estudio se realizó en forma individual privada, previo consentimiento informado, a las adolescentes embarazadas que llegaron espontáneamente a control al centro de salud de Sutiava, no importando su procedencia así como a jóvenes no embarazadas que acudieron espontáneamente a dicho centro.

7.6. Plan de análisis.

Se elaboró la base de datos luego la información obtenida a través de la aplicación del instrumento (encuesta), la observación directa fue procesada y analizada utilizando el programa EPI INFO en su versión 7.2 para Windows.

Los resultados se plasman en cuadros de resumen.

VIII. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	CONCEPTO	VALOR ESCALA
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la Embarazada hasta el momento de la entrevista.	1.-10-13 2.-14-16 3.-17-19
PROCEDENCIA	Espacio geográfico donde radica la persona al momento de la Entrevista.	1.-Urbano 2.-Rural
EDAD DE MENARQUIA	Edad de la primera menstruación	1.-10-13 2.-14-16 3.-17-19
EDAD DE IVSA	Edad en que tuvo su primera Relación Sexual	1.-10-13 2.-14-16 3.-17-19 4.- virgen
PREVENCIÓN DEL EMBARAZO.	Se refiere si Sabe que el embarazo puede evitarse y si conoce los métodos anticonceptivos.	1. Si 2. No
SABE DONDE CONSIGUE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.	Conocimiento de Lugar donde puede acudir y obtener métodos para anticoncepción.	1. Si (Accesible) 2. No (No Accesible)
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CONOCIDOS	Tipos de métodos anticonceptivos que sobre los cuales tiene conocimiento la persona.	1. Naturales. 2. Barrera (preservativo) 3. Hormonales (Orales u Inyectables). 4. Métodos de emergencia. (PPMS). 5. Ninguno.
ACCESO A MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.	Posibilidad de la persona de tener alcance a los métodos de planificación en algún momento de su vida.	1. Si (Accesible) 2. No (No accesible)
USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN.	Utilización de la persona de los diferentes métodos de planificación u anticoncepción.	1. Si 2. No
DIFICULTAD DE USO DE ANTICONCEPTIVOS	Presencia de inconvenientes para uso de anticonceptivos.	8.1.1. 1. Si 2. No
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	Grado de información y conocimientos propios que tiene la adolescente sobre sus derechos de salud sexual y reproductiva.	8.1.2. 1. Adecuado (> de 6 parámetros). 2. Inadecuado (< de 6 parámetros)
CON QUIEN VIVE LA ADOLESCENTE	Se refiere a las personas que conforman el núcleo familiar con quien vive la adolescente.	1. Padre y madre. 2. Padre, madre y hermanos. 3. Padrastro y madre. 4. Madrastra y padre. 5. Otros. Familiares

		6. Otros. No familiares
ESTRUCTURA FAMILIAR DEFICIENTE	Composición familiar que no es adecuada para los adolescentes.	1. Adecuada (padre y madre o padre, madre y hermanos) 2. Inadecuada (otros)
COMUNICACIÓN CON LOS PADRES	Tipo de comunicación entre padre e hijo relacionada con el nivel de confianza para hablar sobre diferentes temas de sexualidad entre otros.	1. Mucha. 2. Poca 3. Ninguna
COMUNICACIÓN INADECUADA	Grado de comunicación deficiente o inapropiada para el adolescente	1. Inadecuada(nada y poca) 2. Adecuada (mucho)

IX. RESULTADOS

En este apartado, resulta esencial analizar de manera descriptiva las características incidentes para el embarazo no planificado en adolescentes de 12 a 19 años, por lo que, en consecuencia, se expondrán los aspectos que se consideren son menester incluir en este proceso. Por su parte, también se presentan resultados del análisis de los insumos obtenidos, mismos que fueron adquiridos mediante los instrumentos de recopilación de datos aplicados.

Cabe destacar que se seleccionaron todas las preguntas e ítems que formaron parte de la observación y la entrevista aplicada a las adolescentes embarazadas, se relacionan con el objetivo planteado y sus criterios. Por ello, es preciso indicar que los datos que serán mostrados a continuación, corresponden a apreciaciones y respuestas de aquellos que se han transcrito fielmente en aras de mayor credibilidad.

Para el presente estudio se aplicó una encuesta a 50 adolescentes embarazadas o que han estado embarazadas las cuales acudieron a control o a la Consulta del centro de salud Félix Pedro Picado del barrio Sutiava, de León Nicaragua durante los meses de marzo a junio del año 2017, encontrando los siguientes resultados:

- **Datos Generales**

Dentro de las características generales de las adolescentes embarazadas que fueron encuestadas tenemos:

La edad de las adolescentes embarazadas encuestadas fueron 70% (35) tienen entre 17 y 19 años, 28% (14) tienen entre 14 y 16, solo 2% (1) tiene menos de 14, Con respecto a su procedencia las adolescentes embarazadas 72% (36) son del área urbana y 28% (14) son del área rural.

Según su Menarca: el promedio es de 12 años y el Inicio de vida sexual activa (IVSA) en promedio fue a los 15 años de edad.

- **Con respecto a la educación**

El nivel de educación en las adolescentes llega a un 65% primaria, 27% secundaria y solo un 8% a llegado a la universidad, aunque muchas veces por el embarazo no terminan sus estudios

- **Estructura Familiar**

De las adolescentes embarazadas 38% (19) vivían solo con su padre, madre y hermanos, 16% (8) solamente con mama, 16% (8) con madre y padrastro, 30% (15) con otros no familiares.

- **Valoración de la familia**

Las adolescentes embarazadas del estudio en cuestión tienen un 62% (31) familias deficientes un 38% (19) familias adecuadas.

- **Nivel de comunicación las adolescentes embarazadas con sus padres**

En un 54% (27) no hablaban con sus padres sobre temas de sexualidad, proyectos y metas, solo 26% (13) hablaban mucho y el 20% (10) muy poco. Por lo tanto el 74% tiene una comunicación familiar inadecuada y el 26% adecuada

9.1.1. Nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva y

Accesibilidad a métodos de planificación familiar.

En cuanto a conocimientos de salud sexual y reproductiva, se partió de la pregunta si conocían los derechos sexuales y reproductivos de los adolescente, así como

algún método y tipo de anticonceptivos, las adolescentes embarazadas tienen en un 44% (22) un nivel inadecuado, 56% (28) nivel adecuado.

En la accesibilidad a métodos de planificación las adolescentes embarazadas en un 96% (48) sabían dónde conseguir métodos de planificación familiar, 4% (2) no sabía. Así mismo en los casos además de saber dónde conseguirlos 78% (39) pudieron conseguirlos y 22% (11) no pudieron.

Sobre el uso de los métodos las adolescentes embarazadas 72% (36) los uso y 28% (14) no los uso; Sobre la dificultad de seguir usándolos para las embarazadas adolescentes a un 22% (11) se les dificultó y 78%(39) no se les dificultó.

Las jóvenes con estructura familiar deficiente y una comunicación inadecuada con estructura familiar deficiente tienen más riesgo de embarazo no planificado en la adolescencia, mientras que el nivel de conocimiento de salud sexual y reproductiva, el conocer sobre métodos de planificación familiar, conseguir y usarlos no constituye un factor de riesgo en nuestro estudio desde el punto de vista estadístico.

Al 90% sus padres daban consejos, a un 76% siempre recibió consejos y se les motivaba a estudiar, se notó que solo un 2% expreso maltrato o que sentían que no las querían.

9.2. CUADROS

Cuadro 1. Características socio demográficas las jóvenes que participaron del estudio embarazo no planificado en adolescentes del Barrio de Sutiava de León. 2017

Variables	Adolescentes embarazadas	
	No.	%
Edad		
• 10 a 13 años	1	2.0
• 14 a 16 años	14	28.0
• 17 a 19 años	35	70.0
Total	50	100%
Procedencia		
• Rural	14	28.0
• Urbano	36	72.0
Total	50	100

Cuadro 2. Promedio y desviación estándar de algunas características biológicas y sexuales de las jóvenes que participaron del estudio embarazo no planificado en adolescentes del Barrio de Sutiava de León. 2017.

Variable	Promedio	Desviación estándar
Edad	17.0	1.4708
Edad de menarca	12.52	1.2329
IVSA	15.44	1.4591

Cuadro 3. Estructura y funcionabilidad familiar de las jóvenes que participaron del estudio embarazo no planificado en adolescentes del Barrio de Sutiava de León. 2017.

Variables	Adolescentes embarazadas	
	No.	%
Con quién vivían las adolescente		
• Padre - Madre y Hermanos.	19	38.0
• Madre solamente.	8	16.0
• Madre y Padrastro.	8	16.0
• Otros Familiares.	15	30.0
Total	50	100
Tipo de estructura familiar		
• Deficiente	31	62.0
• Adecuada	19	38.0
Total	50	100
Nivel de comunicación		
• Mucho	13	26.0
• Poco	10	20.0
• Nunca	27	54.0
Total	50	100
Tipo de comunicación		
• Inadecuada	37	74.0
• Adecuada	13	26.0
Total	50	100

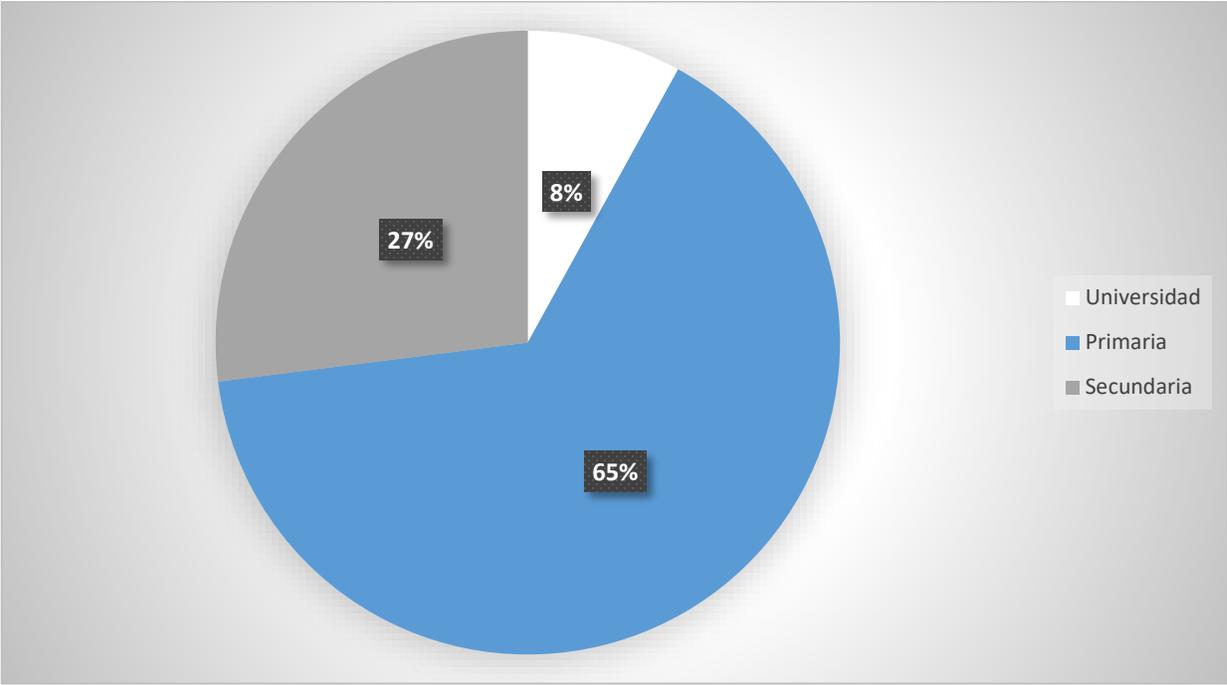
Cuadro 4. Valoración que hacen las jóvenes que participaron del estudio embarazo no planificado en adolescentes del Barrio de Sutiava de León. 2017, sobre las relaciones con su familia

Valoración	Adolescentes embarazadas	
	No.	%
Te daban consejos	45	90.00%
Te apoyaban	38	76.00%
Te consentían	29	58.00%
Te cuidaban	34	68.00%
Te ayudaban	36	72.00%
Te amaban	33	66.00%
Te motivaban a estudiar	38	76.00%
No te querían	3	6.00%
Te despreciaban	1	2.00%
Te maltrataban	1	2.00%

Cuadro 5. Nivel de conocimientos sobre sexualidad y diferentes formas de acceso a los métodos de planificación familiar que tienen las jóvenes que participaron del estudio embarazo no planificado en adolescentes del Barrio de Sutiava de León. 2017.

Variables	Adolescentes embarazadas	
	No.	%
Nivel de conocimientos		
• inadecuados	22	44.00
• Adecuados	28	56.00
Sabía dónde conseguir el método		
• Si	48	<u>96.0</u>
• No	2	4.0
Sabía donde conseguir el método y lo consiguió		
• Si	39	78.00%
• No	11	22.00%
Sabía dónde conseguir los métodos, los consiguió y los usó		
• Si	36	72.00%
• No	14	28.00%
Sabía conseguir los métodos, los consiguió, los usó y se le dificultó seguir usándolos.		
• Si	11	22.00%
• No	39	78.00%
TOTAL	50	100.0

Grafico 1. Nivel de escolaridad de las jóvenes del estudio embarazo no planificado en adolescentes del barrio sutiava. 2017



X. DISCUSIÓN.

Al aplicar la observación directa, los autores obtuvieron los siguientes hallazgos:

La mayoría de las adolescentes embarazadas, están ubicada en la adolescencia tardía, entre 17-19 años (70%), y un (28%) en la adolescencia temprana, a su vez han tenido una menarquia temprana promedio a los 12 años. Las mujeres están iniciando vida sexual activa más tempranamente (IVSA) entre 15 y 18 años en promedio a las 15 años, esto atribuye a que puedan salir embarazadas en la adolescencia, coincidiendo con otro estudio realizado en Mantica Berio (2010), estos aspectos se convierten en elementos peligrosos lo que indica que la temprana madurez reproductiva se convierte en un factor de riesgo de un embarazo, lo que conlleva a la curiosidad y tempranos contactos sexuales, los cuales están asociados a la oportunidad de estar embarazada antes de los 19 años.

A estas edades las adolescentes no han alcanzado la madurez emocional o incluso a comprender la responsabilidad que traen sus actos, según el MINSA en su página electrónica menciona que la menarca precoz es un factor predisponente en la ocurrencia de embarazo durante la adolescencia, porque la edad de la pubertad ha declinado desde los 17 años en el siglo XIX, a alrededor de los 12 – 13 años.

En la actualidad, dichas características conducen a que las adolescentes sean más fértiles a una edad menor; consideramos que este fenómeno crea en la adolescente un desarrollo físico precoz, aparentando más edad de la que tiene, viéndose atractiva y despertando el interés sexual.

Se pudo observar que en su mayoría las adolescentes del estudio son del área urbana 72%, a diferencia de otros estudios en donde prevalecía el área rural, no

obstante las jóvenes del área rural son vulnerables a salir embarazadas durante su adolescencia, por la pobreza y un bajo nivel de escolaridad que repercute a que su conocimiento sobre sexualidad y métodos de planificación familiar sea bajo, también el vivir en familias represivas o restrictivas las conlleva a la curiosidad de experimentar en el ámbito de la sexualidad a diferencia de la zona urbana.

En nuestro estudio un 65% de las jóvenes solo tienen instrucción primaria y apenas un 8% llega a la universidad la cual se ven obligadas abandonar por las circunstancias del embarazo adolescente, coincidiendo en la baja escolaridad al igual que el estudio del centro de salud de Somoto (2006) citado en los antecedentes.

Años atrás los problemas principales eran los bajos niveles de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva así como la accesibilidad a métodos de planificación. En nuestro estudio podemos ver que ha cambiado y hoy en día las jóvenes tienen mayor conocimiento sobre sexualidad y mayor accesibilidad a los métodos anticonceptivos ya que de las adolescentes embarazadas y las que cursaron con algún embarazo, sabía dónde conseguir los métodos, los consiguió y los usó como lo indica el análisis de la OPS y OMS (2014) coincidiendo con ello, pero se nota que lo que hay es un inadecuado uso de los mismos.

De las adolescentes embarazadas gran parte 62% tienen una estructura familiar deficiente donde la separación de sus padres, las lleva a vivir con otros familiares u otras personas hasta en un 30% lo cual deteriora su entorno familiar, además tienen una comunicación inadecuada, donde la mayoría nunca hablaron con sus padres sobre sexualidad y otros temas, lo cual influyó en su embarazo en la adolescencia, por lo cual coincidimos con otros estudios internacionales y se demuestra que estas situaciones están aumentando el embarazo adolescente no planificado en nuestro territorio.

Algunos de los padres hablan de sexo con sus hijos en un 26%, pero basándonos en los hechos podemos afirmar que ésta fue limitada, o quizás porque ellos mismos no tienen el conocimiento o no saben cómo abordarlo pues piensan que dándoles información van a iniciar sus relaciones sexuales más rápido. Así también sus hijos les de pena hablar con ellos sobre estos temas.

Después de todos estos resultados damos salida a nuestro objetivo y se demuestra que los adolescentes con comunicación familiar inadecuada tienen más riesgo de embarazo no planificado en su adolescencia a diferencia de los que poseen comunicación adecuada y en ningún momento esta diferencia será igual en ambos grupos, también así la estructura familiar aumenta más el riesgo la probabilidad del embarazo precoz.

En cuanto a los antecedentes de esta problemática los hallazgos fueron:

- Mal funcionamiento del núcleo familiar: la mayoría de las adolescentes entrevistadas expresaron mantener relaciones sexuales sin las medidas de contracepción adecuadas. Por eso se considera importante no sólo que existan en las escuelas asignaturas relacionadas a la sexualidad sino que es importante que cada día se relacione a los padres de familia en la educación con sus hijos; Si los padres se relacionaran un poco más con sus hijos, se podría disminuir esta problemática y sobre todo, se accedería a otro nivel académico y a una mejor comunicación familiar.

Así mismo dijeron que no existe buena comunicación familiar, ni una formación familiar sobre valores frente a la sexualidad, ante esta situación de falta de comunicación asertiva y afectiva influyó que la mayoría de la adolescente terminara por embarazarse. Cabe hacer notar que cuando se habla de información adecuada se entiende: saber cómo se conciben los hijos, y conocer los métodos

anticonceptivos, así como saber sobre el cuidado del propio cuerpo y su biología a nivel más general.

Se les hizo notar que es importante la relación con la familia para evitar embarazos no planificados, sin embargo, ellas hacen notar que la situación familiar es tan compleja que incluso buscan embarazarse para lograr salir del hogar. Se pudo analizar que estos casos son frecuentes en los hogares de las adolescentes en donde se da frecuentemente la violencia intrafamiliar, maltrato hacia los hijos, o intervienen nuevas parejas en la relación familiar habiendo a veces una muy mala relación con los hijos.

En cuanto a los aspectos psicológicos y culturales, los hallazgos fueron los siguientes:

Se pudo analizar que durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo, las adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual. Asumieron que al practicar la sexualidad, jamás pensaron en salir embarazadas o que eso no les va a pasar. Se dejaron guiar por la necesidad de probar su fecundidad.

Otro aspecto incidente que se pudo analizar fue el ambiente de pobreza y subdesarrollo en el que la mayoría de las adolescentes se desarrollan esto permite que la adolescente sea incapaz de evitar un embarazo. Otro aspecto que expresaron fue el machismo de su pareja y la necesidad del varón de probarse, evitando utilizar preservativos o bien, la euforia del momento como ocurre en área rural.

En el aspecto social, se pudo comprobar lo siguiente:

La tasa de mayor fertilidad en las adolescentes entrevistadas fue urbana, aunque en este estudio la mayoría de jóvenes son del área urbana también afecta el área rural y las que no tienen ninguna inclinación religiosa, a esto se le anexa las zonas

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

De igual manera, hacían notar la influencia amenazante de los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados que contribuyen a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual. Otro factor que explicaban es la pérdida de la religiosidad que afecta las limitaciones para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

En conclusión este estudio permitió ampliar conocimientos sobre el tema abordado y adquirir conciencia de que como profesionales de la salud, comprometerse a paliar esta situación que cada día se convierte en un flagelo social de los pueblos.

XI. CONCLUSIONES

- La estructura familiar deficiente y una comunicación familiar inadecuada son las situaciones más importantes que caracterizan el embarazo no planificado de las adolescentes.
- El Inicio de Vida sexual activa, menarca temprana, son también características comunes en las adolescentes del sector sutiava que las predisponen a un embarazo.
- El nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva además de la accesibilidad a métodos de planificación familiar no constituyeron en nuestro estudio situaciones que conlleven al embarazo para la población urbana ya que tienen buen grado de información y acceso a los métodos pero afecta a la rural.

XII. RECOMENDACIONES

1. Reforzar a través de estrategias de capacitación la educación sexual y reproductiva específicamente sobre sexo seguro y responsable de adolescentes en zona urbana haciendo énfasis en las jóvenes de zona rural.
2. Llevar a cabo jornadas de facilitación y entrega de anticonceptivos, así como brindar charlas sobre planificación familiar a las adolescentes y jóvenes de las zonas rurales.
3. Promover la educación a adolescentes y padres de familia sobre proyectos de vida viables.
4. Educar a los jóvenes sobre la importancia de una adecuada estructura y vida familiar incorporando valores para la vida.
5. Brindar consejería a padres e hijos sobre una adecuada comunicación familiar haciendo énfasis sobre la importancia del hablar sobre sexualidad, metas.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz, R. M., & Pérez Medina , M. I. (2010). Factores Psicosociales Y Económicos De Las Adolescentes. León. Recuperado el 16 de Junio de 2016
2. Dávila, B. (2014). *Factores de riesgo asociados a las complicaciones del parto*. Managua. Recuperado el 20 de Mayo de 2016
3. Gázquez, M. d. (Junio de 2008). *Factores de riesgo para embarazo adolescente*. Bolivia. Recuperado el 6 de Junio de 2016
4. J., I. c. (23 de Septiembre de 2013). *Sexo y adolescencia*. Recuperado el 2016, de <http://infogen.org.mx>
5. Médica, C. (15 de Marzo de 2016). *Tipos de embarazo*. Recuperado el 3 de Junio de 2016, de <http://www.medicam.es>
6. Michelle Gómez, c. a. (2012). *Análisis de las consecuencias del embarazo en la adolescencia*. Recuperado el 3 de Junio de 2016, de <http://www.monografias.com>
7. OMS. (15 de Octubre de 2012). *Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes*. Recuperado el 13 de Mayo de 2016
8. OMS. (2014). *EL embarazo en la adolescencia*. Recuperado el 14 de Junio de 2016, de www.who.int/
9. OMS. (2014). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Recuperado el 14 de Mayo de 2016, de <http://www.who.int>
10. OMS. (Marzo de 2015). *LOS PARADIGMAS SOCIALES EN EL EMBARAZO DE LOS ADOLESCENTES*. Recuperado el 3 de Junio de 2016, de <http://www.eumed.net>

11. Otero, J. C. (4 de Abril de 2014). *Cambios sociales en la adolescencia*. Recuperado el 3 de Junio de 2016, de www.reeditor.com/columna
12. Piaget, J. (2014). *Etapas de las operaciones formales*. Recuperado el 3 de Junio de 2016, de <http://eldesarrollocognitivo.com>
13. Silver, T. (1995). *Mitos y realidad de la adolescencia*. Recuperado el 27 de Mayo de 2016, de <http://www.sld.cu/>
14. Zamora, T. M. (2012). *Embarazo en Adolescentes: "Trastornos y consecuencias"*. Recuperado el 23 de Mayo de 2016, de Trinidad-monterozamora.blogspot.com

XIV. ANEXOS

EL EMBARAZO NO PLANIFICADO EN ADOLESCENTES DEL BARRIO DE SUTIAVA, LEÓN. 2017.

Estimado joven, gracias por darnos la oportunidad de llenar esta encuesta. Nuestra investigación se orienta a identificar aquellos aspectos que limitan el desarrollo de nuestras adolescentes al asumir un embarazo no planificado en etapas tan jóvenes. La información que nos brindes es de mucha utilidad para abordar sus derechos sexuales y reproductivos con calidad y calidez. Gracias por su información.

I.- Datos generales:		Encuesta No: /___/___/___/												
Edad: /___/___/	Lugar de residencia:	¿Alguna vez en su vida ha estado embarazada o está embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No, nunca												
¿A qué edad tuvo su primera regla?: /___/___/	<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural													
¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?: /___/___/														
<p><i>A partir de acá si es adolescente embarazada la pregunta va a buscar información inmediatamente antes de su embarazo. Si no lo está pero cursó con embarazo antes de 19 años la pregunta va dirigida a su vida de adolescente.</i></p>														
II.- Estructura y funcionabilidad de la familia:														
Con quien vivías antes de salir embarazada o durante tu adolescencia: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre. <input type="checkbox"/> Hermanos. ¿Cuántos?: /___/___/ <input type="checkbox"/> Padrastro. <input type="checkbox"/> Madrastra. <input type="checkbox"/> Otros. Familiares <input type="checkbox"/> Otros. No familiares 														
Valora como era tu familia en relación a tu vida y tus metas (<i>Antes del embarazo y cuando eras adolescente</i>): <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Te daban consejo</td> <td><input type="checkbox"/> Te motivaban a estudiar.</td> <td><input type="checkbox"/> No te querían</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Te apoyaban</td> <td><input type="checkbox"/> Te amaban</td> <td><input type="checkbox"/> Te despreciaban</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Te consentían</td> <td><input type="checkbox"/> Te maltrataban</td> <td><input type="checkbox"/> Te peleaban</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Te cuidaban</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Te ayudaban</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Te daban consejo	<input type="checkbox"/> Te motivaban a estudiar.	<input type="checkbox"/> No te querían	<input type="checkbox"/> Te apoyaban	<input type="checkbox"/> Te amaban	<input type="checkbox"/> Te despreciaban	<input type="checkbox"/> Te consentían	<input type="checkbox"/> Te maltrataban	<input type="checkbox"/> Te peleaban	<input type="checkbox"/> Te cuidaban		<input type="checkbox"/> Te ayudaban
<input type="checkbox"/> Te daban consejo	<input type="checkbox"/> Te motivaban a estudiar.	<input type="checkbox"/> No te querían												
<input type="checkbox"/> Te apoyaban	<input type="checkbox"/> Te amaban	<input type="checkbox"/> Te despreciaban												
<input type="checkbox"/> Te consentían	<input type="checkbox"/> Te maltrataban	<input type="checkbox"/> Te peleaban												
<input type="checkbox"/> Te cuidaban		<input type="checkbox"/> Te ayudaban												
III.- Conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva:														

De los siguientes cuales sabías (antes de salir embarazada o cuando eras adolescente) que eran **tus derechos** sexuales y reproductivos de los adolescentes (Si no consideraste ninguno no marques nada):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Estar informados plenamente sobre los derechos sexuales y reproductivos | <input type="checkbox"/> Evitar un embarazo no deseado |
| <input type="checkbox"/> Prolongar al máximo el inicio de las relaciones sexuales | <input type="checkbox"/> Conocer sobre los métodos de planificación familiar |
| <input type="checkbox"/> Disfrutar de la sexualidad | <input type="checkbox"/> Tener acceso al método de planificación familiar adecuado |
| <input type="checkbox"/> Decidir el momento y con quién iniciar la vida sexual | <input type="checkbox"/> Ser respetado por la identidad sexual. |
| <input type="checkbox"/> Prevenir las infecciones de transmisión sexual | <input type="checkbox"/> Recibir cuidados durante un embarazo. |

¿Conocías algún método de planificación familiar antes de salir embarazada o cuando eras adolescente?

- Si
 No

¿Qué método(s) es el (los) que más conocías?

-
-
-

¿En qué momento de la vida una mujer y su pareja deberían planificar tener un hijo?

Cursa embarazo

- Si
 No

Casilla para entrevistador:

- Embarazada actual
 Cursó con embarazo

IV.- Accesibilidad a métodos de planificación familiar.

Antes de salir embarazada o cuando eras adolescentes, ¿Sabías donde obtener los métodos de planificación familiar?

- Si
 No

¿En algún momento los pudo conseguir?

- Si
 No

¿En algún momento los usó?

- Si
 No

¿Se les dificultó seguir usándolos?

- Si
 No



Universidad nacional autónoma de Nicaragua
Facultad de ciencias medicas
UNAN - LEÓN

A su despacho

fecha:

Dr. Ramírez

Director C/S Félix Pedro Picado de Sutiava

Estimado Dr. reciba de nuestra parte el más sincero saludo deseándole éxitos en su labor a cargo de este centro asistencial.

A través de la presente nos dirigimos a usted, con el objetivo informar que estamos elaborando un estudio sobre **el embarazo no planificado en adolescentes del Barrio de Sutiava**, por lo tanto le solicitamos formal permiso, para llevar a cabo la aplicación de encuestas a adolescentes que cursen con embarazo durante su adolescencia, las cuales acudan a control u otro servicio de esta unidad, así como jóvenes que hayan cursado con un embarazo. Las encuestas están estipuladas para ser recogidas en el periodo de mayo a junio, las mismas contribuirán para recopilar datos para la elaboración de nuestro informe final.

Sin más a que referirnos y esperando su más pronta respuesta, nos despedimos deseándoles éxitos en el ámbito laboral como familiar.

Att:

Br. Roberto Bolívar Salgado Flores.

Br Pablo Emilio Duarte Bustamante.

14.1. CRONOGRAMA DE TRABAJO

A continuación se anexa el cronograma de trabajo que se utilizó durante la realización del estudio Embarazo no planificado en adolescentes de 12 a 19 años del barrio sutiava, que asisten al centro de salud Félix pedro picado. Cuya investigación fue realizada en el primer semestre de año 2017.

ACTIVIDADES	2016 PRIMER TRIMESTRE																						
	marzo						abril						mayo						junio				
Diagnóstico: Selección del tema	☺																						
Delimitación del tema		☺																					
Redacción de objetivos, estructuración de cronograma de trabajo y elaboración de bosquejo		☺	☺																				
Búsqueda de antecedentes, redacción de justificación				☺																			
Planteamiento del problema					☺																		
Pregunta problema y preguntas directrices					☺																		
Avances del marco teórico					☺																		
Diseño metodológico						☺	☺																
Matriz de categorías y de construcción de instrumentos								☺															
Elaboración de instrumentos de recolección de datos									☺														
Revisión de protocolo de investigación para participación en JUDC										☺													
Participación en JUDC con protocolo de investigación												☺											

Revisión y consideración de sugerencias y recomendaciones del jurado calificador para mejora de la investigación.											☺	☺							
Aplicación de instrumentos													☺						
Análisis y discusión de resultados, conclusiones, recomendaciones y anexos														☺					
Diseño de la propuesta de estrategias															☺				
Presentación del informe final para la última revisión																			
Entrega de documento final al Departamento																			
Defensa final del trabajo de investigación																			

☺ Indica actividades realizadas

