

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

UNAN-MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Tesis Monográfica para optar al Título de Médico y Cirujano

“Actitud, hacia el embarazo de las pacientes adolescentes que asistieron a la atención del parto, en el Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez, en el periodo del 1 de enero al 31 de marzo de 2016”

Autores:

- **Jennifer Dolores Reyes Blanco**
- **Lillieth del Rosario Calero Gutiérrez**

Tutor:

Dra. Gladys Carolina Ramos Orozco

Managua 10 de Enero del 2019.

DEDICATORIA

Este presente estudio se lo dedicamos a todas aquellas Madres Adolescentes que han sabido llevar con orgullo su embarazo, logrando al fin de este un bebe sano capaz de forjar el mundo y producir cambios en el.

A nuestras Madres que a pesar de las dificultades que tuvieron que enfrentar en su vida, lograron en nosotros un milagro el cual se puede observar.

AGRADECIMIENTO

A Dios nuestro padre celestial, el cual ha derramado infinitas bendiciones en nuestras vidas, permitiéndonos llegar hasta esta etapa. A nuestros Padres y familiares por el apoyo incondicional que nos han brindado, económico, emocional y espiritual.

A nuestros Maestros que con devoción aportaron en el desarrollo intelectual y a nuestra Tutora por su labor enriquecedora.

OPINION DEL TUTOR

Con este estudio hemos logrado hacer un análisis de la actitud que experimentan las adolescentes secundario a un embarazo no deseado o accidental. Participar en este estudio ha sido un reto gratificante ya que hablar o querer estudiar la actitud de una adolescente no es muy fácil, ya que ella en estos precisos momentos no tiene una imagen definida de lo que ella es o de lo que quiere, o de lo que pasara con su vida. Sin embargo creo que es un tema de suma importancia puesto que este tiene repercusiones complejas para la sociedad en la que estamos viviendo, dado que si nuestros niños y adolescentes son el futuro de nuestra existencia hay que destacar la importancia en una mayor atención a este grupo poblacional tan vulnerable que día a día está perdiendo su identidad propia y tomando roles en la sociedad que no le corresponde.

Este estudio cuyo fin primordial es captar la atención de quienes lo lean para hacer un llamado a la conciencia de que podamos incidir positivamente en el apoyo, seguimiento y prevención del embarazo en la adolescencia, logrando así disminuir el porcentaje de adolescentes frustradas, cuyas vidas parecen no tener un sentido definido y que juntos aportemos para construir una sociedad mejor.

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez, en el periodo de Enero – Marzo de 2016 para conocer la actitud de las adolescentes que acudieron a la atención del parto.

En total se estudiaron 108 adolescentes, el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de la información se utilizó un cuestionario en el que se incluía todas las variables en estudio: características sociodemográficas, antecedentes Gineco-obstétrico, actitud hacia el embarazo y las reacciones Psico sociales secundaria hacia el embarazo.

Dentro de las características sociodemográficas se encontró que el 69.4% de las pacientes estudiadas tiene entre 15 y 19 años, el 65.74% curso la educación primaria, el 84.26% se encuentra soltera y la ocupación predominante es ama de casa en el 46.30% de los casos.

Con respecto a los antecedentes Gineco-obstétrico se encontró que en el 69.3% de los casos el inicio de vida sexual activa fue entre los 15-18 años. El 99% ha tenido al menos 2 compañeros sexuales, el 87.04% cursaba por su primer embarazo, el 41.6% se ha practicado al menos 1 a 2 abortos, el 10.8% no asistió a control prenatal, y el 63.89% nunca ha utilizado un método de planificación familiar.

Con relación a la actitud de las adolescentes hacia su embarazo, el 37.03% lo acepto, el 53.7% lo rechazo y el 9.25% mostro indiferencia.

De las pacientes que se han practicado aborto, la mayoría presento una actitud de rechazo e indiferencia al embarazo, actitud que también se relaciona con la falta de controles prenatales en 25.9% y 30% respectivamente. Las pacientes que no planificaron (63.89%) presentaron mayor porcentaje de rechazo e indiferencia hacia el embarazo.

Dentro de las principales reacciones psicosociales secundaria al embarazo, el 62.04% expreso temor, el 76.85% vergüenza y el 37.04% alegría; el 51.85%

recibió apoyo familiar, el 73.15% no recibió apoyo del cónyuge y el 56.48% abandono la escuela.

Las pacientes que recibieron apoyo por parte de la familia mostraron una actitud de aceptación del embarazo en el 70% de los casos y las que no recibieron apoyo del cónyuge mostraron rechazo e indiferencia en un 17% y 28% respectivamente.

INDICE

Contenido

DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTO	2
OPINION DEL TUTOR	3
RESUMEN	4
INDICE.....	6
INTRODUCCION	7
ANTECEDENTES.....	9
JUSTIFICACION	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
OBJETIVOS	15
MARCO TEORICO.....	16
DISEÑO METODOLOGICO.....	36
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	40
RESULTADOS	43
ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADO.....	46
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFIA.....	53
ANEXOS	56
GUIA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	70

INTRODUCCION

La sexualidad y los embarazos en la adolescencia figuran entre los aspectos básicos de la salud sexual y reproductiva que se han convertido en problemas mundiales. (6,7).

El embarazo en la adolescencia constituye uno de los principales problemas que preocupa hoy en día a la salud pública. Este problema es casi siempre el resultado de una escasa orientación sexual y reproductiva y falta de acceso a los métodos anticonceptivos, sin embargo, detrás de él se encuentra un sinnúmero de complejos patrones socio-culturales y económicos. (14,16).

Este acontecimiento, no es un problema nuevo, pero ha cobrado importancia reciente debido a la gran proporción de adolescentes en los países de vía de desarrollo. (2).

El inicio de la actividad sexual, sin una orientación adecuada y un conocimiento pleno de sus implicaciones, expone a la adolescente a una serie de riesgos asociados con su función sexual y con su capacidad reproductiva, tales como: experiencias traumáticas, abusos y violaciones, enfermedades de transmisión sexual y embarazos con sus consecuencias. (6).

Diversos estudios han revelado que un gran porcentaje de estos embarazos son accidentales, es decir, no planeados y generalmente ocurren cuando la adolescente no está informada acerca del riesgo a temprana edad. (4), (6).

La actitud de las adolescentes hacia su propio embarazo varía de acuerdo con los factores culturales, psicológicos, socio económicos, de salud y otros factores.

Durante la etapa inicial de la adolescencia la joven se siente psicológicamente unida a la madre; se siente tan preocupada por sus propias necesidades que no percibe el embarazo como un hecho que la convierte en madre. En la etapa media de la adolescencia la actitud es ambivalente, una combinación de sentimientos, culpa-orgullo. Es solo durante la etapa final de la adolescencia cuando se observa, la adaptación de la adolescencia al impacto de la realidad. (16).

La adolescente tiene que enfrentar, en ocasiones, embarazos no deseados y prácticas inseguras de aborto, lo que repercute en aspectos emocionales, psicológicos, biológicos y sociales del desarrollo presente y futuro de la madre adolescente, del hijo, de la familia y la sociedad.

Si esto no es manejado desde un hogar bien conformado, se producen una serie de comportamientos y conductas que tienden a romper con el orden establecido, entrando en confrontación con los padres y rompiendo la comunicación entre ellos, lo que conlleva al desconocimiento y falta de información adecuada por parte de la adolescente acerca de la sexualidad. (3).

Es importante señalar que la adolescencia se ha considerado como un factor de predisposición para la aparición de complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y el recién nacido. (2) (8).

ANTECEDENTES

El periodo de la adolescencia no se había estudiado detenidamente. No fue sino hasta después de la Segunda Guerra Mundial, cuando algunos médicos clínicos se interesaron por los problemas de salud de la población adolescente.

A partir de ello la salud de este grupo etareo ha ido adquiriendo relevancia de manera paulatina en el mundo entero, debido al aumento de riesgos en la salud, especialmente en salud reproductiva, donde uno de los principales problemas en este campo es el embarazo de las adolescentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) comienza a estudiar la problemática de este grupo en la década del 60, mientras que, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la hace a principios de los 70. Posteriormente y en forma progresiva se ha venido incrementando la atención sobre la salud de las adolescentes.

En 1985 el Instituto Mexicano de Seguro Social, la Academia Mexicana en Demografía Medica y el Centro de Orientación Adolescente, organizaron una reunión Regional en Oaxtepe, México; para tratar el tema del embarazo en adolescentes en América Latina y el Caribe, donde se plantearon que dentro de los factores que favorecen el embarazo en la adolescencia se encuentran los psicosociales, culturales, económicos entre otros.

La declaración de Oaxaca dictada en la Conferencia Internacional sobre Fecundidad en adolescentes de América Latina y El Caribe, entre el 6 y el 10 de Noviembre de 1989 en Oaxaca, México, estimo que en América Latina y El Caribe en total 22.3 millones de adolescentes mujeres menores de 20 en ese año ya tenían un hijo.

En el Cairo, Egipto, se celebró la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en 1994. A partir de esta conferencia una de las prioridades es la creación de servicios específicos de promoción de la salud sexual y reproductiva para los adolescentes, los que deben basarse en información que ayude a estos a

comprender embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infecundidad.

Para conocer aspectos específicos de la problemática del embarazo en la adolescencia en Latinoamérica se destacan los siguientes estudios:

En Cuba en 1991, Vázquez Márquez et, al., “Repercusión materna del embarazo precoz”, revela: el 52.5% de las adolescentes embarazadas eran menores de 18 años, el 17.2% de las adolescentes solo habían alcanzado un nivel primario y el 95.1% no tenían vínculo laboral, relacionado al estado conyugal, predominaron las no casadas en el grupo de las adolescentes y bajos ingresos per-capitas.

En Bogotá, Colombia entre 1998-1992, se estableció el primer Centro Latinoamericano para tratar y enfrentar el problema del embarazo en adolescentes. En el mismo periodo en el Hospital Asunción de Paraguay se realizó un estudio sobre las condiciones psicosociales y médicas de las adolescentes, este concluyó que la vía de finalización del embarazo fue por cesárea.

En Chile, de acuerdo a un informe de 1997 del FNUAP estimo que alrededor de 38000 a 40000 niños eran hijos de madre adolescentes y cerca del 80% de estos embarazos hubieran podido evitarse con una educación y orientación oportuna. De estos embarazos, 13000 eran madres escolares que representan el 32% de ellos.

En Nicaragua antes de 1990 la adolescencia no había sido considerada como un grupo de prioridad, ya que no era un problema significativo a entender. Fue a partir de 1990 que se incorpora un enfoque de género en la atención de la mujer, la niñez y la adolescencia, como producto de las transformaciones del Sistema de Salud.

La mayoría de las investigaciones que se han realizado en Nicaragua sobre el embarazo en las adolescentes han profundizado en el estudio de los factores etiológicos de orden biológico que lo facilitan. Sin embargo, el conocimiento sobre

los aspectos psicosociales de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes es insuficiente aun.

En Nicaragua uno de los primeros proyectos creados fue “El Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes del Hospital Bertha Calderón” fundados a finales de 1994, para ofrecer servicios de salud, educación y capacitación en el área de salud sexual y reproductiva para adolescente en Managua.

En 1994, Cortes Flores, Soledad P., en su estudio: “Características de las Adolescentes que estuvieron embarazadas” en un sector del departamento de Masaya, con una muestra de 250 adolescentes embarazadas, encontró los siguientes resultados: el 54.8% había cursado la primaria incompleta, 56.6% eran acompañadas, 49.2% amas de casa. Con relación al efecto del embarazo, 52.8% no presentó ninguna reacción, 31.6% experimento rechazo, 8% regaño y el 7.6% miedo o temor. En lo concerniente al apoyo familiar el 48.8% contaron con ello y 51.2% no. En lo que respecta al apoyo del conyugue el 68.8% lo recibió y el 32% no.

En 1996 en el estudio “El embarazo en adolescentes desde la perspectiva de los jóvenes”, realizado por Alpendres, Tania, en el barrio de Sutiava de la ciudad de León, se obtuvieron los siguientes resultados: las jóvenes perciben que el embarazo en la adolescencia es un problema serio para ellas y que afecta también a sus familias. La explicación a la elevada frecuencia de embarazo. Aun cuando este no es deseado, la encuentran en parte en un medio familiar desfavorable en que prevalece la falta de comunicación sobre todo en los temas relativos a la sexualidad, la falta de comprensión a la adolescencia, relaciones sexuales no planificadas y el hecho de que las adolescentes no tienen plena conciencia de la real posibilidad de un embarazo.

En 1997, Sotelo Avilés, y Ramírez Domínguez, realizaron en su estudio C.A.P. sobre salud productiva en adolescentes del distrito IV de Managua y 10 municipios de León, Chinandega, encontrando entre otros datos cualitativos los siguientes:

- ✓ Con respecto a la relación de pareja, prevalece el papel tradicional de “sumisión de la mujer”, donde la mayor responsabilidad recae en ella. Esta responsabilidad se inicia desde la decisión de establecer una relación sexual, el acto de asumir el embarazo y/o manutención del hijo.
- ✓ En cuantos a las adolescentes embarazadas y madres solteras en su mayoría expresaron “sentir frustración” por una experiencia que escapo de su control, que se refleja al nivel de ruptura familiar, con su pareja, con sus amigos, al nivel de su desarrollo y proyecto de vida.
- ✓ Se observó que las adolescentes embarazadas y sin pareja, puede asumir su embarazo de forma positiva si reciben apoyo familiar. Algunas adolescentes manifestaron “que se les paso por la mente el deseo de abortar”, por temor a la represalia de los familiares y a la negación de la paternidad por parte de los novios.

En 1997 en el departamento de Carazo, López Guadamuz, Lesbia et. al. Realizo el estudio “Percepción que tienen los adolescentes frente al embarazo” y dentro de sus resultados encontraron que el 75% de todas las adolescentes estudiadas se encontraban en la etapa tardía (17-19 años), 43.75% eran amas de casa, 34.3% estudiantes, 44% en unión libre. Respecto a los hallazgos cualitativos las adolescentes descubrieron que el embarazo es difícil y precipitado, además que no se encontraban emocional, biológica, ni económicamente preparadas.

En 1997, Ramos Orozco, Gladys, en su estudio “Algunos factores psicosociales que propiciaron el primer embarazo de las adolescentes” en el municipio de Granada, encontró que el 46.6% no querían quedar embarazadas, el 31.4% sintió alegría al enterarse, y el 12.4% declaro temor de la actitud que demostrarían sus padres o familiares al enterarse de su estado.

JUSTIFICACION

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno complejo, en el cual existe un escaso conocimiento de los factores socio-económicos, culturales y demográficos asociados al mismo.

Siendo sin duda, un grupo crítico, lo que conlleva a que se impulsen programas de atención integral en donde se tienen que interactuar aspectos nutricionales, enfermedades sobre todo las de transmisión sexual, el embarazo precoz, etc. Ya que puede tener efectos desbastadores en su salud y su desarrollo económico.

Aun cuando las adolescentes no poseen la maduración física ni psicológica que se requiere para la maternidad, su situación puede verse influida de manera favorable o desfavorable por sus características socio-demográficas. Esto abarca su edad, nivel de escolaridad, estado civil, situación socioeconómica y situación familiar. Es por ello que se ha considerado importante estudiar cual es la actitud de las adolescentes hacia su embarazo y como enfrentan ellas su salud, relacionados a su sexualidad y reproductividad.

El presente estudio pretende enfocar el embarazo en las adolescentes como un riesgo reproductivo y Psico-social, para proponer acciones educativas y atención especializada, con la participación institucional e interinstitucional que permita mejorar la calidad de vida de este grupo vulnerable como son las adolescentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la actitud hacia el embarazo de las pacientes adolescentes que asistieron a la atención del parto, en el Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez, en el periodo de 1 de enero al 31 de marzo de 2016”

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la actitud hacia el embarazo de las adolescentes que acudieron a la atención del parto en el Hospital Dr. Humberto Alvarado Vásquez, en el periodo de 1 de enero al 31 de marzo de 2016”

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las características socio-demográficas de las adolescentes embarazadas.
2. Identificar los principales antecedentes Gineco Obstétrico de las adolescentes.
3. Identificar la actitud hacia la experiencia del embarazo.
4. Describir las reacciones Psico-sociales derivadas del embarazo.

MARCO TEORICO

A. Adolescencia como un periodo de transición.

1. Concepto de adolescencia.

Adolescencia: “época de la vida situada entre la infancia, de la que es continuación y la edad adulta. La adolescencia es un periodo ingrato, (desagradable), marcado por transformaciones corporales y psicológicas. Suele comenzar entre los 12-13 años y acostumbra a concluir hacia los 18 años y/o 20 años. Evidentemente los límites son imprecisos, porque es un hecho que varía según el sexo, las condiciones geográficas, climáticas y los medios socioeconómicos”. (7).

2. Clasificación de la adolescencia.

Según Solum Donas Burak esta clasificación se hace fundamentalmente por razones estadísticas, de planificación y evaluación ya que en realidad la adolescencia como proceso comienza muchas veces antes de los 10 años y no necesariamente termina a los 19 años. (4) (6).

La adolescencia se divide en tres etapas debido a que los (as) adolescentes deben de pertenecer a grupos organizados para ser captados por diferentes equipos y fomentar su organización en grupos, con el fin de integrarlos a un programa de salud que les corresponda y adoptar la metodología necesaria según el grado de maduración y receptividad correspondiente.

Estas etapas son:

- | | |
|-----------------|-------------------------------|
| 1ra. 10-14 años | adolescencia temprana |
| 2da. 15-17 años | adolescencia media |
| 3ra. 18-19 años | adolescencia tardía (6) (21). |

“El código de la Niñez y la Adolescencia, de la República de Nicaragua, en su título, Fundamentos y Principios del Código arto. 2, Se considera adolescente a todo ser humano entre los 13 años y no mayor de 18 años de edad”

3. Etapas de Crecimiento y desarrollo de la adolescencia.

Existen características particulares de la adolescencia que se encuentran clasificadas de acuerdo a las etapas en que esta se divide, en lo que respecta a la independencia, identidad e imagen de los adolescentes. A continuación se detallan dichas características en el siguiente cuadro:

Etapas	Independencia	Identidad	Imagen
Adolescencia temprana (10-14 años).	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Menor interés en los padres. ❖ Intensas amistades con adolescentes del mismo sexo. ❖ Ponen a prueba la autoridad. ❖ Necesidad de privacidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aumentan habilidades cognitivas y el mundo de fantasías. ❖ Estado de turbulencia, falta de control de los impulsos, metas, vocaciones irreales. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Preocupación por los cambios puberales. ❖ Incertidumbre acerca de su apariencia.
Adolescencia media (15-17 años)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Periodo de máxima interrelación y de conflictos con los padres. ❖ Aumento de la apariencia sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conformidad con los valores de los padres. ❖ Sentimientos de invulnerabilidad. ❖ Conductas omnipotentes y generadora de riesgos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Preocupación por la apariencia, deseo de poseer un cuerpo más atractivo, fascinación por la moda.

<p>Adolescencia tardía (18-19 años)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Emocionalmente próximos a los padres y a sus valores. ❖ Las relaciones íntimas son prioritarias, el grupo de pares se torna menos importantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Desarrollo de un sistema de valores y metas vocacionales reales. ❖ Identidad personal y social con capacidad de intimar. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aceptación de la imagen corporal.
---	---	---	---

La adolescencia comprende de los 10-19 años, sin embargo el estudio se consideró realizarlo a partir de los 13-18 años debido que en estas edades es cuando comúnmente se dan los embarazos en la adolescencia. Cabe destacar que el mayor índice de embarazos precoces se da en las edades de 15-17 años. Asimismo, otro aspecto por resaltar es que existen embarazos en las edades de 10-13 años, pero estos son pocos comunes y por lo tanto no son considerados en el presente estudio.

B. Embarazo en la adolescencia.

1. Concepto de embarazo en la adolescencia.

La terminología embarazo en la adolescencia se define como: La gestación que ocurre durante los primero 2 años ginecológicos de la mujer (edad de la menarquía) y/o cuando la adolescente, mantiene total dependencia social y económica de la familia paterna. Ha sido llamado también síndrome del fracaso o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. (1), (9).

Se le llama síndrome del fracaso debido a que muchas veces un embarazo a esta edad obstaculiza el aprovechamiento de oportunidades que le aseguren un futuro prometedor. Y más bien se convierten en una carga tanto para su familia como para la sociedad en general. (10) (13).

2. Causas y factores que predisponen el embarazo en la adolescencia.

El embarazo en la adolescencia es el producto de múltiples causas. Puede ser la manifestación temprana de la capacidad reproductora y vital, o la manifestación visible de un trastorno en el desarrollo de la adolescente, causado por un conglomerado de dificultades de orden individual, familiar y social. (12).

A continuación se enumeran las causas y factores que se presentan en la adolescente y que favorecen el embarazo precoz.

2.1 Factores individuales

- ✓ Abandono escolar
- ✓ Baja autoestima
- ✓ Falta de actitud preventiva (poco conocimiento y uso de métodos anticonceptivos)
- ✓ Sentimientos de desesperanza
- ✓ El miedo de estar sola
- ✓ La posibilidad de sentirse adulta; búsqueda de independencia.

2.2 Factores familiares

- ✓ Familia disfuncional (tención y conflictos familiares)
- ✓ Madre con embarazo en la adolescencia
- ✓ Hermana adolescente embarazada
- ✓ Carencia de afecto

2.3 Factores sociales

- ✓ Condición económica desfavorable
- ✓ Migración reciente
- ✓ Ingreso precoz a la fuerza de trabajo
- ✓ Mitos y tabúes acerca de la sexualidad (falta de educación sexual)
- ✓ Machismo como valor cultural (16) tanto en el adolescente como en la adolescente.

3. Consecuencia del embarazo en la adolescencia

“El embarazo en adolescente tiene consecuencias sobre sus condiciones de vida en el presente y en futuro. Un embarazo en la adolescencia puede introducir cambios muy profundos en sus vidas. Estos cambios aparecen tanto si deciden tener su hijo (a) o interrumpir el embarazo” (10) (21).

3.1 Consecuencias en la salud física de la adolescente.

El iniciar una vida sexual y reproductiva de manera precoz provoca, problemas en la salud de los adolescentes. Este grupo etareo tiende a padecer con mayor frecuencia enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Durante las primeras etapas de la adolescencia la pelvis aún no se ha desarrollado por completo, esto se da hasta los 18-19 años (etapa tardía de la adolescencia), por lo que los adolescentes que se embarazan antes que esto ocurra, durante el parto presentan una desproporción céfalo-pélvica que contribuye a un trabajo de parto difícil, ya que la pelvis de la mujer es pequeña en relación con el tamaño de la cabeza del feto, además tiene una mayor probabilidad de presentar partos prematuros terminados en cesárea, uso de fórceps o bien un trabajo de parto de mayor duración.

Otra de las complicaciones que se presentan son los estados hipertensivo. Este padecimiento consiste en la presentación de proteinuria, edema de manos, tobillos y presión arterial alta. De no tratarse adecuadamente se puede desencadenar en una eclampsia, la cual daña el sistema nervioso y llega a provocar inclusive la muerte. (2) (14).

3.2 Consecuencias familiares

En la mayoría de los casos el embarazo en la adolescencia no es muy bien recibido por la familia, pues se espera que la adolescente en esta edad priorice sus estudios para prepararse para el futuro. No obstante esto dependerá de la situación económica de la familia y el área en que vive la adolescente ya que en área rural el embarazo en la adolescencia es algo común y altamente aceptado debido al rol reproductivo que desempeña la mujer. (25).

En ocasiones, las adolescentes que quedan embarazadas se enfrentan con una fuerte censura en su casa, como consecuencia de no lograr una unión matrimonial, puede que no tenga otra opción que continuar viviendo en casa de sus padres en una situación dependiente durante y después del embarazo. Por eso algunas adolescentes son motivadas para casarse y así escapar de esta situación y construir su propia familia. Sin embargo, con el transcurso de los años existen problemas conyugales que a menudo culminan en divorcio. Algunos investigadores creen que la maternidad temprana, aunque es un obstáculo para el crecimiento adulto, es en muchos casos preferible a la maternidad temprana combinada con un matrimonio temprano, ya que este tiene mayores probabilidades de poner fin a una educación de nivel medio que el embarazo. (9) (13).

3.3 Consecuencias en el nivel educativo de la adolescente

El embarazo en la adolescencia se constituye en obstáculo para que la adolescente alcance el nivel académico esperado. Especialmente en países como Nicaragua, donde el sistema educativo no acepta adolescentes embarazadas y sobre todo, si este se produce fuera del matrimonio, por ello las adolescentes embarazadas y sobre todo, si este se produce fuera del matrimonio, por ello las adolescentes embarazadas se ven obligadas a abandonar la escuela. (15) (16).

3.4 Consecuencias psicológicas

Sentimientos de minusvalía y baja autoestima, se dan frecuentemente por la exposición al rechazo inicial de la familia, del novio, de la escuela y la sociedad en general. Los padres ven como una desgracia el embarazo de una hija soltera, se sienten culpables ante la situación y antes de reconocerlo se culpan mutuamente y lo proyectan a la adolescente, a través de reclamos, hostigamiento y hasta el maltrato físico, a veces tratan de obligar a su hija a un matrimonio forzado. La maternidad en esta edad también puede incidir en las relaciones sociales y grupales que la adolescente tenía. Con el posible abandono de la escuela, la asunción del rol materno y posiblemente de trabajadora asalariada, las

posibilidades de crecimiento con su grupo desaparecen. También pueden verse afectadas las posibilidades de participación en organizaciones comunitarias, clubes, grupo de teatro, de jóvenes, etc. Limitando su desarrollo personal. (15)

3.5 Consecuencias económicas

Al abandonar su educación escolar, las adolescentes pierden la oportunidad de lograr convertirse en profesionales y se ven obligadas a desempeñar trabajos que no le proveen suficiente remuneración, o se ven obligadas a continuar dependiendo económicamente de su familia de origen o de la familia de su compañero, lo que origina como consecuencia que muchas menores recurran a la prostitución.

“En general las adolescentes embarazadas casi siempre obtienen ingresos menores y su insatisfacción en el trabajo es mayor, deben afrontar su desarrollo social y personal mientras tratan de adaptarse a las necesidades de su hijo durante las 24 horas del día.” (18)

3.6 Consecuencias en los niños (as) de madres adolescentes

Los hijos (as) de madres adolescentes presentan desventajas biológicas, como es el retardo en el crecimiento fetal y el nacimiento prematuro o en partos de larga duración que pueden provocar sufrimiento fetal. Además muchas veces estos niños presentan desnutrición. (25)

El bajo peso al nacer no solo contribuye a la alta mortalidad perinatal e infantil, sino también afecta el desarrollo físico y mental subsecuente del niño. Estas (os) tienen más posibilidades de mostrar defectos neurológicos, retardo mental permanente. Y todos estos problemas son mucho más graves cuando la madre adolescente tiene 15 años o menos y cuando la madre practica hábitos como: fumar, ingerir alcohol y drogas. (2) (24)

C. Características socio-demográficas de las adolescentes embarazadas

1. Aspectos demográficos de la población Nicaragüense

Según el último estudio realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas en la segunda mitad del s. XX, la población de Nicaragua se ha quintuplicado, pasando de 1 millón en 1950 a 4, 935,559 millones en 1999. Al igual que la población mundial el crecimiento de la población Nicaragüense ha perdido impulso. Dado por el descenso de la mortalidad y principalmente de la fecundidad. Actualmente se registra una tasa de crecimiento de 2.7% anual, pero prevé que mantendrá un crecimiento por encima del 1% anual hasta mediados del próximo siglo. Este descenso del crecimiento de la población nicaragüense se confirma ya que de acuerdo a los datos del Fondo de la Población y vivienda de 1995 la tasa de crecimiento poblacional anual era de 3.2%, muy superior al promedio de América Latina de 1.6%. (12)

Según datos del Censo Nacional de 1995, realizado por el Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censos, la población Nicaragüense está constituida en un 50.57% por mujeres y un 49.43% por hombres.

Una de las características de la población Nicaragüense es el crecimiento sorprendente de la población urbana debido a la migración del campo a la ciudad en busca de empleo.

La población rural es considerablemente más joven que la población urbana, debido a que las tasas de natalidad han sido y siguen siendo más altas en las aéreas rurales. (22)

2. Fecundidad en las adolescentes

La fecundidad en las mujeres Nicaragüense ha venido descendiendo prácticamente a lo largo de las tres últimas décadas. Coadyuvando a este descenso, los mayores niveles de educación, la urbanización creciente y el mayor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. En Managua el promedio de hijos es de 3.1% y llega a 4.4% en el atlántico, acercándose a cinco (4.9) en el área rural de esta región. (18)

La tasa específica de fecundidad en adolescente entre 15-19 años constituyen uno de los problemas más preocupantes. Este es un aspecto que requiere atención preferencial por la profunda repercusión que tiene en la vida de las madres adolescentes y también en la salud de sus hijos.

Según la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA 1998) la tasa de fecundidad en las adolescentes experimento un descenso del 12% (158 a 139 niños por 1000 mujeres), sin embargo dado que los descensos han sido superiores en las otras edades, el aporte del grupo se ha incrementado y actualmente representa el 18% de toda la fecundidad nacional. La ligera disminución de la tasa de fecundidad se ha visto apoyada por el incremento de uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres en unión estable en todos los grupos de edad para los años 1993-1998, pero especialmente entre las mujeres adolescentes (15-19 años) de un porcentaje de 23 al 40%. (13)

3. Nivel de escolaridad en las adolescentes

En esta edad se estima que los espacios naturales de interacción social son la escuela, la familia y la vida comunitaria. Además el grupo de pares es muy importante, ya que permite al adolescente desenvolverse en distintos ambientes para completar el desarrollo de su identidad. Debido a la situación de la pobreza que vive Nicaragua país, son muchos (as) los (as) niños (as) y adolescentes que son privados del derecho de asistir a las escuelas y/o colegios.

Las condiciones de pobreza tienen incidencia sobre el nivel educativo de las adolescentes. En 1994 se calculaba que el alfabetismo en el grupo etareo de 10-19 años alcanzaba el 65%, mientras que el analfabetismo representa el 35%. (13)

Diversas investigaciones han comprobado que las adolescentes con un nivel bajo de escolaridad tienden a presentar embarazos precoces, en su mayoría no deseados. Al no recibir la educación formal que incluya la educación sexual y reproductiva, las adolescentes pierden la oportunidad de trazarse un proyecto de vida que les permita lograr un desarrollo personal adecuado. En su mayoría estas adolescentes, con una educación inferior a la de la escuela primaria, tienen más

probabilidades de casarse y convertirse en personas sexualmente activas antes de cumplir los 20 años.

La relación entre el nivel de educación y la fecundidad es muy evidente, según los datos de la encuesta realizada por el Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censo (INEC) en 1999, las adolescentes sin educación tienen una fecundidad 6 veces mayor que las de aquellas de educación superior y casi 5 veces mayor cuando llegaron a 4to. Grado de primaria.

Muchas adolescentes que se encuentran estudiando y salen embarazadas se ven obligadas a abandonar su educación tal como lo requiere la tradición en muchos países y pocas regresan a completar su educación después de dar a luz. Una adolescente con un hijo y sin un diploma de estudios secundarios está limitada en su capacidad tanto de trabajar como de criar niño. (12) (13)

El que las adolescentes reciban educación sexual y reproductora, no fomenta la promiscuidad. Diversas investigaciones científicas han demostrado que no existe ningún aumento correlativo en comportamiento sexual de las (os) adolescentes después de haber recibido conocimiento de dicha educación. Por lo contrario, se ha comprobado que una gran parte de los jóvenes y adolescentes que han recibido dicha información tienen mayores niveles de abstinencia y aplazan la iniciación de la actividad sexual, además tienen menor cantidad de compañeros sexuales y menores tasas de embarazo no planificados y enfermedades de transmisión sexual (ETS). (2) (22)

La escolaridad de las adolescentes de sectores urbanos es de primaria y/o secundaria incompleta. Y los sectores rurales en su mayoría son analfabetas o de primaria incompleta. El contenido fundamental de transición en la adolescencia está orientado a que las adolescentes adquieran los conocimientos y habilidades básicas para actuar más tarde como personas adultas. (13)

Otro aspecto importante por destacar es que existe una relación inversa entre el índice de matrícula escolar y la mortalidad infantil, ya que esta es muy reducida

entre los recién nacidos de adolescentes muy instruidas que entre recién nacidos de aquellas con poca instrucción.

4. Estado civil

En la actualidad las (os) adolescentes están iniciando una vida sexual activa a muy temprana edad. Como resultado de esto se dan embarazos no deseados, abortos, partos, matrimonios forzados y principalmente madres solteras.

Cuanto más temprano se inicia la unión de las parejas, más tiempo y oportunidades existen de que empiecen a procrear. Además, todo parece indicar que el patrón de emparejamiento temprano es mayor en el área rural que en la ciudad. Diversos estudios demuestran que las mujeres rurales establecen sus primeras uniones entre los 14 y 17 años. Esta práctica coincide con la alta fecundidad en el área rural, que llega hasta casi 7 hijos por mujer sin instrucción formal, frente a un promedio de 3 hijos por mujer en Managua. (10)

No obstante en las áreas urbanas también se dan uniones a temprana edad. Posiblemente debido a la transición socio-cultural que está atravesando Nicaragua. “Es decir se está pasando de un pensamiento tradicional a uno más acorde a los cambios de una cierta modernidad inducida por la sociedad y por los medios de comunicación”.

Al iniciar a temprana edad las relaciones sexuales, muchas adolescentes quedan embarazadas y una vez consumado los hechos, la familia muchas veces presiona para que se de pronto un matrimonio, independientemente si están o no de acuerdo con el yerno. El objetivo de los padres es legitimar la relación de pareja, evitando empañar el honor de la familia. En su mayoría estos matrimonios terminan en divorcios.

“Las adolescentes que quedan embarazadas corren el riesgo de quedar para siempre como madres solteras”. Esto trae como consecuencias el nacimiento de niños fuera del matrimonio o unión consensual y ubica a la sociedad y a la familia frente a una problemática preocupante no solo por las expectativas y

condiciones de vida del niño, sino también por el futuro de la madre soltera. Finalmente las adolescentes embarazadas se encuentran unidas en uniones consensuales, en todo caso uniones inestables, lo que dificulta la crianza de los hijos.

5. Situación socio-económica

El inicio de la adolescencia se define biológicamente como el proceso de maduración sexual (pubertad) en tanto la definición de la finalización es sociológica, el adolescente pasa a ser adulto en el momento que consigue su independencia del núcleo familiar, básicamente por una dependencia de tipo económica. (13)

De manera general en Nicaragua la pobreza, la desigualdad social, los bajos niveles de educación, el desempleo, las viviendas inadecuadas, el alcoholismo, las familias disfuncionales, la desintegración moral y social, el abandono, entre otros factores, inciden negativamente en la situación socio-económica de las (os) adolescentes. Esto hace que la población joven y adolescente se encuentra expuesta: Uso de drogas, abuso sexual, embarazos precoces, explotación sexual y otras situaciones de violencia. (11)

Específicamente las adolescentes Nicaragüenses poseen un estatus inferior con menos oportunidades y beneficios que los adolescentes y continúan con el poco acceso a la educación, alimentación mucho menor, soportan una carga más pesada, tantos de las actividades domésticas así como el cuidado de sus hermanos, tienen uniones tempranas y la maternidad precoz afecta negativamente sus oportunidades de empleo.

El embarazo durante la adolescencia refuerza la condición social baja de la mujer y su dependencia. La madre adolescente tiene más dificultad en conseguir ingresos adecuados para mantenerse a sí misma y a su hija. Sus oportunidades económicas son limitadas ya que no ha tenido tiempo de aprender algún oficio o adquirir educación formal. El desempleo entre mujeres adolescente es alto y la ocupación de la mayoría es ama de casa. La prevalencia de embarazo es más

alta entre adolescentes de bajos ingresos y una vez que esta ha tenido un hijo, le resulta más difícil poder escaparse de la pobreza. La madre adolescente tiene una posibilidad 7 veces mayor de ser pobre que las mujeres embarazadas mayores de 20 años. (8) (19) (21)

La maternidad precoz no redonda en la mejoría de la condición de la mujer ni de la economía del país, puesto que reduce la participación de la mujer en la fuerza laboral y crea una carga pública inmensa pues exige el apoyo financiero para ella y su familia en forma de atención médica especializada, asistencia social y subsidios de alimentación. (8)

6. Mortalidad de las adolescentes embarazadas

La maternidad en adolescentes conlleva a considerables riesgos y este se asocia a la edad, nivel educativo y normas culturales. Las adolescentes entre 15-19 años tienen dos veces más probabilidades de morir en el parto en relación a las mujeres entre 20-30 años y dicha probabilidad es cinco veces mayor entre las menores de 15 años.

Salud Sexual y Reproductiva

La salud reproductiva es un estado total de bienestar físico mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

En consecuencia la Salud Reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgo de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia.

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables de Planificación Familiar de su elección.

La salud reproductiva es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual y como parte del desarrollo humano se

ocupa de promover y mantener una sexualidad sana basada en conductas y estilos de vida saludables así como en fuertes procesos educativos que hacen posible el desarrollo integral. (14)

Sexualidad del Adolescente

La sexualidad vista como una condición inherente a la naturaleza del hombre aparece dentro de su extraordinaria naturalidad como algo de extrema complejidad. Si nos referimos a su ubicación en el tiempo, aparece junto con la vida y sabemos que la misma vida y sabemos que la misma vida no termina, sino que se transforma y multiplica.

La educación relativa a la salud sexual puede ser un medio para ayudar a los jóvenes a prevenir esos problemas y mejorar su futura salud de la reproducción.

La buena educación sexual ayuda a las jóvenes a aclarar valores y evitar comportamientos de riesgos, la educación sexual que se da en algunos centros educativos como una educación formal obedece a un abordaje adecuado, indiscutiblemente la educación sexual debe de iniciarse en el hogar y la misma no solo debe ser solo información, sino formación para llegar al cambio de actitudes, porque de la concepción que tengamos del sexo y de la sexualidad y de la educación sexual así va a ser nuestra conducta.

Centro de Salud Reproductiva para Adolescentes del Hospital Bertha Calderón.

Se trata de un proyecto que ofrece atención de salud y educación integrada y diferenciada a adolescentes en la esfera pública. Ofrece los servicios: capacitación, información, educación, y comunicación. El centro presenta como programa clínico un modelo mixto de atención primaria y secundaria, enfocado en un perfil profesional con un componente clínico.

Actitud

Definición de actitud

La actitud es un concepto ampliamente utilizado en psicología, especialmente en el área de psicología social, hasta el punto que se ha llegado a escribir que el concepto de actitud es el más importante y más frecuentemente utilizado en dicha ciencia. (4) (16)

Existen diversas definiciones de actitud, a continuación se presentan tres que describen dicho términos de una manera amplia y comprensible.

Actitud una tendencia aprendida para responder, en una forma evaluativa a las personas, conceptos y hechos. Las actitudes comprenden creencias, sentimientos y tendencias de acción. (16)

G. Allport (1967) la describe como estado mental y neural de preparación para la respuesta, organizada a través de la experiencia y que ejerce una influencia direccional y/o dinámica sobre la conducta del individuo, hacia todos los objetos y situaciones con que se relaciona.

Fishbein y Ajzen la define como una predisposición aprendida a responder de una manera consciente, favorable o desfavorable respecto a un objeto dado.

En definitiva, en estas definiciones, aparecen puestos de relieve los esenciales componentes de la actitud: se trata de cómo se ve, de una predisposición a actuar, aprendida, dirigida hacia un objeto, persona o situación y que incluye dimensiones cognitivas o emotivas eventualmente propiamente conductuales. (15) (16)

Componentes de la actitud

Existen varios enfoques en cuanto a los componentes de la actitud. Hay un enfoque unidimensional que dice que la actitud tiene solo un componente: el efectivo. Existe otro enfoque bidimensional el cual sostiene que existe dos componentes de la actitud: el efectivo y el cognitivo. Finalmente otro enfoque teórico que establece que son tres los componentes de la actitud: efectivo, emotivo, conductual. (12) (15)

En este trabajo se adoptó el tercer enfoque el cual a continuación se explica:

- ❖ El componente Efectivo: alude a los sentimientos de una persona y su evaluación del objeto de actitud. Figuran el amor, el odio, la simpatía, la aversión y otros sentimientos afines.
- ❖ El componente Cognitivo: se refiere al grado de conocimiento, creencias, opiniones y pensamientos, que el individuo tiene hacia su objeto de actitud.
- ❖ El componente Conductual: cubre tanto sus intenciones de conducta como sus acciones respecto sobre su objeto de actitud. Incluye las tendencias conductuales, comprenden las inclinaciones a obrar de determinada manera ante el objeto acercarse a él, rehuirlo, etc.

Formación de las actitudes

La formación de las actitudes se da por procesos aprendidos, que surgen en el transcurso de la actividad mediante la cual tiene lugar el reflejo de la realidad por la psiquis. Son un resultado de la actividad, entrando a formar parte de la experiencia individual, pero a su vez condicionan la actividad y experiencias subsiguientes, por tanto no existen actitudes innatas. Las actitudes se adquieren fundamentalmente por 4 mecanismos socio-psicológicos diferentes: imitación, identificación, instrucción y enseñanza. (6) (21)

La Imitación: se trata de un mecanismo de formación de actitud en que los individuos aprenden modo de conducta o reacción, sin ser sometidos en forma alguna a técnicas educacionales.

Por tanto la imitación es una forma espontánea de formación de actitudes, que aparece en etapas bien tempranas del desarrollo infantil. Este es el proceso que está presente cuando los niños copian cierto modo de conducta de los adultos sin que se les haya estimulado a hacerlo.

La Identificación: esta ha sido definida como un proceso imitación consciente, es decir, el individuo se propone la imitación de ciertos aspectos de un ambiente

(persona, objeto, etc.) por ejemplo un adolescente se propone actuar como aria su padre ante determinadas situaciones.

La Instrucción: es un mecanismo de formación de actitudes en el que la persona resulta instruida directamente por otra u otras acerca de las actitudes adecuadas o no adecuadas con respecto a unos u otros problemas o situaciones. En este tipo de mecanismos a veces interviene la recompensa o el castigo.

La Enseñanza: constituye un mecanismo de defensa en el cual se trata que el sujeto adopte determinadas actitudes deseables, mediante la actividad que realiza durante el proceso de aprendizaje, frecuentemente sin que el sujeto se percate de que este es el fin de la actividad. El individuo tiene que realizar conductas necesarias lo que forma con cierta obligatoriedad determinadas actitudes. Existen algunos factores de ambiente que ejercen mayor influencia en la formación de las actitudes, las cuales son: la familia, la escuela, la sociedad y en general.

La Familia: se debe destacar como la primera y una de las más importantes fuentes de actividad en las primeras etapas de la vida. Algunas áreas se vinculan con la formación de determinadas actitudes en el niño. (8) (15)

Relaciones con el niño: (Especialmente grado de aceptación y rechazo)

- ✓ Autoridad y disciplina ejercida por cada uno de los padres.
- ✓ Los padres como modelo.
- ✓ La moral familiar en relación con los patrones sociales.
- ✓ Conflictos familiares
- ✓ Estructuras de roles (deberes y derechos)

Área Escolar: aquí se tiene la influencia de:

- ✓ Patrones institucionales: reglamentos, instrucciones, normas.
- ✓ Personalidad del maestro como modelo.
- ✓ Autoridad y disciplina escolar y en general actitudes hacia la conducta del maestro.
- ✓ El contenido de los textos escolares.

La sociedad en general:

- ✓ Los grupos y las normas
- ✓ La ideología
- ✓ Los valores

Actitud de las adolescentes hacia su embarazo

La actitud hacia su propio embarazo, varía de acuerdo con los factores culturales, temperamentales, socioeconómicos, de salud y otros factores. “son mucho los factores que intervienen en las diferentes actividades que las mujeres adoptan frente a sus embarazos, actitudes que siempre tienen una causa y una razón de ser”. (10) (12)

Actitud evolutiva de la adolescencia hacia el embarazo

A pesar de las indiferencias individuales se identifican algunas características y diferencias comunes, que permiten clasificar los comportamientos sobre la base de las etapas inicial, media y tardía del desarrollo del adolescente.

Para analizar las actitudes de la adolescencia de manera sistemática, es conveniente estudiarlas de acuerdo con la etapa del inicio del embarazo, la experiencia del embarazo mismo y la maternidad. (4)

Actitud en la etapa de la adolescencia en que se inicie el embarazo

Etapa inicial o temprana de la adolescencia

Se puede decir de manera general, que las muchachas que quedan embarazadas durante la etapa inicial de la adolescencia muestran la incidencia más alta de desórdenes emocionales. En este grupo la negación patológica es más común. El centro de preocupación es el cuerpo mismo y de la separación de la madre. El embarazo es frecuentemente una manera experimental de probar el misterio del cuerpo físico. (4) (16)

Etapa media de la adolescencia

La característica principal es el establecimiento de la propia identidad y feminidad. El embarazo se asocia a menudo con una expresión de erotismo y de desplazamiento. Los cambios bruscos de comportamiento son comunes, oscilando entre estados depresivos por la pérdida de los padres idealizados y el nuevo escenario de enamorarse.

De esta manera es fácil comprender que la muchacha durante la etapa media de la adolescencia se encuentra generalmente en situación de desequilibrio, en un momento se siente aislada, no querida, rechazada y en otro se siente popular, dinámica, entusiasta, dentro de este contexto el embarazo se puede percibir simultáneamente como una peligrosa amenaza y como una condición que conduce a la madurez y a las oportunidades. (4) (16)

Etapa final o tardía de la adolescencia

La muchacha se absorbe en las relaciones interpersonales y el embarazo es con frecuencia, un intento de consolidar las relaciones íntimas y de “agarrar al novio”. Esta es la etapa de consolidación de la propia identidad, que algunas adolescentes logran mediante la integración de la función de madre joven. (4) (16)

Actitud hacia la experiencia del embarazo

Durante la etapa inicial de la adolescencia la joven se siente psicológicamente unida a la madre. Se siente tan preocupada por sus propias necesidades que no percibe el embarazo como un hecho que la convierte en madre.

En la etapa media de la adolescencia es común observar la dramatización de la experiencia corporal y emocional. La adolescencia se siente posesiva en cuanto al feto y la percibe a su vez como instrumento para afirmar su independencia de los padres. Su actitud es a menudo ambivalente, una combinación de sentimientos de culpa y de orgullo.

Es solo durante la etapa final de la adolescencia cuando se observa la adaptación de la adolescente al impacto de la realidad. Se siente preocupación por las cosas de la vida diaria, es una etapa de planificación cuando dedica mucha energía a los placeres del embarazo. (9) (15)

Actitud hacia la maternidad

La adolescente en la etapa inicial de la adolescencia está unida a la madre que en su imaginación siente celos de los sentimientos que el hijo puede despertar en su madre (la abuela). No hay concepto de desarrollo de una vida individual, de manera característica es incapaz de dibujar un bebe y no puede imaginar realmente lo que es un hijo (persistencia poderosa de la negación).

El tema de la maternidad le provoca con frecuencia depresión y sentimiento de aislamiento. No hay lugar para el padre, el hombre está completamente fuera de sus planes. Sin embargo, durante la etapa media de la adolescencia la mayor parte de las muchachas experimentan fantasías ambivalentes sobre la maternidad, idealizan a menudo el futuro (la madre perfecta que siempre va a tener el amor del hijo) pero también se desesperan frente al esquema, pero como una esperanza en el futuro. (16)

Durante la última etapa, la adolescente desarrolla sentimientos de protección maternal y desea al hijo. Un aspecto muy común es la búsqueda del amor, del compromiso del hombre que se convierte en su futura pareja. (16)

Escala de Likert:

Se define como una serie de ítems o frases que han sido cuidadosamente seleccionadas de forma que constituyan un criterio valido, fiable y preciso, para medir de alguna forma los fenómenos sociales en este caso, la actitud de las adolescentes hacia su embarazo, el tipo de respuesta no solo abarca las dos posturas extremas de aceptación o rechazo, sino también las intermedias. A cada ítem se le dio un valor aditivo o una puntuación. Así una actitud de aceptación,

responderá favorablemente a muchos ítems, sin obviar que un individuo ambivalente puede responder algunos ítems favorables y otros desfavorables.

DISEÑO METODOLOGICO

El presente estudio se llevó a cabo en el servicio de Labor y Parto del Hospital Humberto Alvarado Vásquez de Masaya, Nicaragua, en donde se entrevistaron a todas las adolescentes que parieron en el servicio de Labor y Parto, en el periodo comprendido entre el 1 de Enero y el 31 de Marzo del 2016.

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el servicio de Labor y Parto del Hospital Humberto Alvarado Vásquez.

Universo: Constituido por 361 pacientes adolescentes de 12 a 19 años que parieron en el servicio de Labor y Parto del Hospital Humberto Alvarado Vásquez.

Muestra: La muestra fue seleccionada de forma no probabilística, por conveniencia siendo esta de 108 adolescentes que cumplían con los requisitos de criterios de inclusión.

Instrumento de recolección: Adjunto formulario e instructivo de llenado.

Periodo de estudio: Periodo comprendido del 1de Enero al 31 Marzo del 2016.

TECNICA Y PROCEDIMIENTO

Método de Recolección de la información:

La fuente de la información es primaria, se realizó mediante una entrevista, en la cual la información fue vaciada a una ficha previamente elaborada con respuestas cerradas se dividió en tres partes:

1. Abarca las características socio demográfico y antecedente gineco obstétricos de las adolescentes en estudio.
2. En donde se mide la actitud de la adolescente hacia su embarazo mediante la construcción de una escala de aptitudes tipo LIKERT.
3. Concerniente a las principales reacciones Psico sociales del embarazo.

Validación del instrumento:

Es un instrumento que ha sido desarrollado de acuerdo a los objetivos planteados.

Plan de tabulación y análisis.

- Se calculara los porcentajes.
- Se realizara una base de datos en el programa SPSS 15.0 que contiene las variables de la ficha de recolección de la información.
- En la ficha de recolección serán preguntas cerradas, con un total de 23 preguntas.
- Se realizaran los cuadros estadísticos en Microsoft Excel 12.0. los gráficos de presentación en Power Point 12.0.

CONSIDERACIONES ETICAS.

La realización del estudio no tiene implicancias éticas, los datos de las pacientes, formulario llenado son únicas y estrictamente para fines del estudio, para brindar aportes a mejorar la calidad de atención a las usuarias en relación a la percepción del embarazo en la adolescencia.

VARIABLES.

1. Edad
2. Escolaridad
3. Estado civil
4. Ocupación
5. IVSA
6. Numero de compañeros sexuales
7. Número de embarazos
8. Número de abortos
9. Planificación familiar
10. Controles pre-natales

11. Actitud hacia el embarazo:

- ¿Sabías que al tener una relación sexual, podrías quedar embarazada?
- ¿Negaste a familiares y/o amigos el embarazo?

- ¿Pensastes que en la primera relación sexual podrías quedar embarazada?
- ¿Fuiste influenciada por amigo o pareja a tener una relación sexual?
- ¿Tuviste apoyo de familiares y/o amigos?
- ¿Pensastes que al embarazarte podrías retener a tu pareja?
- ¿Durante el embarazo consumías café?
- ¿Durante el embarazo consumías licor?
- ¿Durante el embarazo consumías cigarrillos?
- ¿Utilizabas ropa ajustada con el embarazo?
- ¿Consideraste que el embarazo podía interrumpir tus estudios?
- ¿Quedaste embarazada porque otra amiga hizo lo mismo?

12. Reacciones Psicosociales derivados del embarazo.

- Temor
- Vergüenza
- Alegría
- Apoyo Familiar
- Apoyo del cónyuge
- Abandono escolar

13. Observación.

14. Personal que recolecta la información.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Indicador	Valor/Escala
Edad	Tiempo transcurrido entre el nacimiento hasta el momento actual, expresada en años.	Años	10-14 15-17 18-19
Escolaridad	Nivel de preparación académica, alcanzada por la adolescente.	Nivel académico	1. Analfabeta 2. Primaria incompleta. 3. Primaria completa. 4. Secundaria incompleta. 5. Secundaria completa. 6. Universidad completa. 7. sin estudios
Estado civil	Condición social de la adolescente según las relaciones con la sociedad.	Situación conyugal	1. Soltera 2. Casada 3. Acompañada
Ocupación	Tipo de actividad u oficio que realiza la adolescente, para adquirir o no una remuneración.	Actividad	1. Estudiante 2. Ama de casa 3. Domestica 4. Comerciante 5. Otros
Menarquia	Inicio de la primera menstruación, expresado en años.	Años	1. Antes de los 10 años 2. 10-12 3. 13-15 4. 16-17
	Edad de inicio de la primera relación		1. Antes de los 10 años 2. 10-12

IVSA	sexual de la adolescente expresada en años.	Años	3.13-15 4.16-18
Número de compañeros sexuales.	Cantidad de compañeros sexuales que tiene o ha tenido la adolescente.	Números	1.Un compañero 2.Dos compañeros 3.Tres compañeros o mas
Número de embarazos.	Cantidad de embarazos que ha tenido la adolescente antes del actual.	Números	1.Primigesta 2.Bigesta 3.Trigesta o mas
Número de abortos.	Cantidad de abortos que ha tenido la adolescente.	Números	1.Un aborto 2.Dos abortos 3.Tres a mas 4.Ninguno
Control prenatal.	Asistencia del adolescente de forma periódica a unidades de salud, a control de su embarazo.	Números	1.1-2 2.3 o mas 3.Ninguno
Anticonceptivos en la primera relación sexual.	Es la utilización de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual.	Método de planificación.	1.Gestagenos orales 2.DIU 3.Inyectables 4.Preservativo 5. Métodos naturales. 6. Anticoncepción de emergencia.

			7.Otros 8. Ninguno.
Reacciones Psico-sociales derivadas del embarazo.	Respuesta psicológica de la adolescente y su entorno secundaria a su embarazo.	Reacción	1.Temor 2.Alegria 3.Verguenza 4. Apoyo del cónyuge. 5. Abandono escolar.
Actitud hacia el embarazo.	Tendencia de aceptar o rechazar el embarazo.	Reacción	1.Aceptacion 2.Rechazo 3.Indiferencia
Observación	Información adicional de la paciente que se considere de relevancia para el estudio.		Información adicional.
Personal que recolecta la información.	Perfil del profesional que recolecta la información.	Perfil	Especialista Residente Médicos generales Médicos internos Médicos en servicio social Otros

RESULTADOS

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Humberto Alvarado Vásquez, en donde se abordó la actitud hacia el embarazo de las adolescentes que asistieron a la atención del parto.

Se seleccionó una muestra de 108 adolescentes, de un universo de 361, que asistieron a este centro hospitalario en los meses de Enero – Marzo de 2016.

La mayoría se encuentra en el rango de la adolescencia tardía de 15 a 19 años correspondiendo a un 84.25% casos y 15.74% casos en la adolescencia temprana 10 – 14 años, con respecto a la escolaridad, el 32.26% alcanzaron un grado de educación primaria, del 62.4% en educación secundaria, 3.74% no culminó su educación primaria, encontrando también que aunque la encuesta contenía la opción de analfabeta y universidad no se encontró ninguna paciente en este grupo. (Grafico 1,2)

Con relación del estado civil de las adolescentes, observamos que el 84.26% se encontraba soltera, 12.04% acompañada y 3.70% se encontraba casada. La ocupación predominante es ama de casa, en 46.30%, estudiantes 45.37% y un 8.33% trabaja en diferentes tipos de actividades. Con respecto al inicio de vida sexual activa, el 70.46% inicio entre los 15 y 19 años y el 39.55% entre los 12 y 14 años. Al relacionar el tiempo de inicio de vida sexual y el primer embarazo, en el 80% es menor de 12 meses. El 59.25% ha tenido un compañero, el 39.81% han tenido al menos dos compañeros sexuales y el 0.92% más de tres compañeros sexuales. (Grafico de 3-7)

El 87.04% de las adolescente eran primigesta; el 11.11% multigesta, 1.85% era bigesta. El 25.93% de las adolescentes, se ha practicado al menos un aborto, 15.74% se ha practicado más de un aborto y el 57.41% no ha realizado esta práctica. El 10.18% de las adolescentes embarazadas no asistió a control prenatal, el 41.66% se realizó de uno a dos controles y el 48.14% tres controles o más. El 63.89% de las adolescentes nunca ha utilizado un método de planificación familiar y el 36.11% si utilizo en alguna ocasión. (Grafica 8-11)

Con respecto a la actitud de las adolescente hacia su embarazo el 37.03% lo aceptaron, el 54.70% lo rechazo y el 9.25% mostro indiferencia. (Grafico 12)

Al indagar sobre las principales reacciones Psico-sociales de las adolescentes, secundaria a su embarazo, 62.04% expresaron sentir temor, siendo la principal causa los cambios que sufriría su cuerpo, el 37.04% no expresó ningún temor. El 37.04% manifestó sentir alegría por el hecho de ser madre mientras el 62.96% expreso tristeza. El 51.85% recibió apoyo familiar y el 48.15% fueron abandonadas por sus padres o se alejaron de su familia. El 73.15% no recibió apoyo del cónyuge, quedando como madre solteras. El 56.48% abandono la escuela durante el primer trimestre del embarazo y el 43.52% continuo con sus estudios. (Grafico de 13 – 15).

El 76.85% refirió haber sentido vergüenza de su embarazo, mientras que un 23.15% dijo no haber sentido vergüenza. (Grafico 16).

Al relacionar la actitud hacia el embarazo con la edad, observamos que las que mostraron aceptación en el 92.5% se encuentran entre los 15 y 19 años y un 7.5% entre 10 y 14 años. El rechazo correspondió al 77.6% entre 15 y 19 años y 22.4% entre 10 y 14 años. La indiferencia fue mayor entre las de 15 y 19 años en un 80% y el 20% en el grupo de 10 a 14 años. (Grafico 17)

Relacionando la actitud hacia el embarazo con el número de aborto provocado, se observó que esta práctica se presentó en pacientes que expresaron rechazo al embarazo en 30% e indiferencia en 25.9%. (Grafico 18)

La asistencia a los controles prenatales fue mayor en pacientes que expresaron actitud de aceptación, en donde el 32.5% se realizó de 1 a 2 controles, el 60% 3 controles o más. Lo contrario con la que expresaron rechazo, donde el 3.8% no asistió a controles prenatales y el 5% se realizó de 1 a 2 controles. Entre las que expresaron indiferencia en su totalidad se realizaron al menos 1 control, el 30% se realizó 2 controles y el 20% 3 o más. (Grafico 19)

Con relación a la actitud y a la planificación familiar, se observó que las adolescentes, que expresaron aceptación, el 45% utilizaban un método de planificación familiar y 55% no planificaba.

De las que expresaron rechazo, el 67.2% no utilizó métodos de planificación y el 32.8% si planificaba. De las que expresaron indiferencia, el 80% no utilizaba métodos de planificación familiar y el 20% si utilizaba algún método. (Gráfico 20)

Del 37.03% de las adolescentes que mostraron una actitud de aceptación hacia su embarazo, un 67.5% expresó que no tenía temor; mientras que un 32.5% si manifestó temor. Del 9.25% de las que mostraron indiferencia hacia su embarazo, un 70% si expresó temor, mientras que solo un 30% no manifestó esta reacción. En cambio, del 54.70% de las adolescentes que mostraron un rechazo a su embarazo, el 81.0% demostró temor y solo un 19% no lo mostró. (Gráfico 21)

Del 37.03% de las adolescentes que mostraron una actitud de aceptación hacia su embarazo, un 42.5% dijo no sentir vergüenza, mientras que las que presentaron rechazo (87.9%) e indiferencia (90%) si manifestaron estar avergonzadas. (Gráfico 22).

Del 37.03% de las adolescentes que mostraron una actitud de aceptación hacia su embarazo, el 37.5% tuvo el apoyo del cónyuge, mientras que un 62.5% no lo tuvo. Del 54.7% de las que mostraron una actitud de rechazo hacia su embarazo, un 81% no contó con el apoyo de su pareja y solamente un 19% si lo tuvo. Mientras del 9.25% de las adolescentes que expresaron una actitud de indiferencia a su embarazo un 70% no con el respaldo de su cónyuge y solo un 30% si lo tuvo. (Gráfico 23)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADO

Al realizar esta investigación reafirmamos que la sexualidad y los embarazos en la adolescencia constituyen uno de los principales problemas que preocupa hoy en día a la salud pública. Numerosos estudios han revelado que un gran número de embarazo en la adolescencia son accidentales o no planeados teniendo que enfrentar aspectos emocionales, psicológicos, biológicos y sociales.

De las 108 adolescentes que asistieron a la atención de su parto, la mayoría se encuentra en el rango de adolescencia tardía (15 a 19 años) según SOLUM DORAS BURAK, esta calificación se hace fundamentalmente por razones estadísticas de planificación y evaluación. El código de la niñez y la adolescencia de la Republica de Nicaragua, en su Título: Fundamento y Principio de Códigos, el Art. 2 se considera adolescentes a todo ser humano entre 13 años y no mayor de 19 años de edad.

La aceptación hacia el embarazo en la adolescente fue mayor en este grupo de edad, con menor porcentaje de indiferencia y rechazo. Esto probablemente se ve influido por el mayor grado de madurez, tanto físico como mental que presenta la paciente en esta edad con relaciones a las menores de 14 años, lo que hace que enfrente de mejor manera el embarazo. Según la Escuela Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) la tasa de fertilidad en este grupo de edades constituye uno de los problemas, más preocupantes en un aspecto que requiere atención preferencial por la profunda repercusión que tiene en la vida de la madre adolescente y también en la salud de sus hijos. Actualmente se presenta 139 niños por cada 1000 mujeres adolescentes.

Con respecto a la escolaridad es alarmante que solo un pequeño porcentaje a completado su nivel primario de la educación y que la mayoría de las adolescentes de este estudio estén cruzando primaria incompleta. Este dato coincide con estudios realizados en Cuba (1992), en Bogotá (1993) en donde el 17% y el 15% respectivamente de los adolescentes que habían alcanzado su nivel primario, en otro estudio realizado 1994 por Cortez Flores en un sector de Masaya, el 54.8%

había cursado primaria incompleta. Debido a la situación de pobreza que vive Nicaragua son muchos los adolescentes que son privados de derecho de asistir a la escuela o colegio ya que se miran obligados a trabajar de muy temprana edad para ayudar al sostén de la familia.

Con relación al nivel de educación y la fecundidad es muy evidente según datos en la encuesta realizado por Instituto Nicaragüense de Estadísticas y Censo (INEC) en 1999 de las adolescente sin educación tenían una fecundidad de 6 veces mayor de aquellos de educación superior y se ha comprobado, que una gran parte de jóvenes y adolescentes que han recibido información sobre sexualidad tiene mayor niveles de abstinencia y aplazan la iniciación de la actividad sexual, con menor tasa de embarazo no planificado.

Con respecto a la relación de pareja o estado civil de las adolescentes, predomina el papel tradicional de sumisión de la mujer, donde la mayor responsabilidad del hogar recae en ella. La mayoría se encuentra acompañada, unión que se estableció después del embarazo. Estos datos coinciden con un estudio realizado en 1997 en Carazo donde el 64% de las adolescentes en estudio se encontraban en unión libre.

Es significativo observar que un buen porcentaje de las adolescentes se encuentra en la responsabilidad de su madre, sin el apoyo del cónyuge, y solo la minoría se encuentra casada obligada por sus padres ´para salvar el honor de la familia, la mayor parte de estos matrimonios arreglados terminan en divorcio.

La medida de edad de inicio de la vida sexual de las adolescentes a los 15 años y al relacionar el tiempo de inicio con su primer embarazo en el 80% es menor de 12 meses, lo que significa que las adolescentes desconocían que podrían quedar embarazadas con la primera relación sexual, esto influye en que una gran parte de los embarazos no sean deseado o no planificado.

La ocupación predominante de las adolescentes estudiada es ama de casa en 51% de los casos, esto coincide con un estudio realizado en Carazo donde se aborda la per sección que tienen las adolescentes frente al embarazo, donde el

43% eran amas de casa. En el estudio realizado por Cortez Flores repostan un 49.2%.

Un pequeño porcentaje es doméstica o comerciante, lo que confirma que el embarazo en la adolescencia refuerza la condición social baja en la mujer y su dependencia a otras personas, la madre adolescente tiene más dificultades en conseguir ingresos adecuados para mantenerse así mismo y a su hijo.

La prevalencia de embarazo es más alta entre adolescente de bajo ingreso y una vez que se ha tenido un hijo, le resulta difícil poder escapar de la pobreza. La madre adolescente tiene la posibilidad 7 veces mayor de ser pobre que la mujeres embarazadas después de los 20 años.

Con respecto al número de compañeros sexuales, es sorprendente observar que la mayoría ha tenido dos o más compañeros. Lo que implica que son uniones consensuales, exponiéndose a una temprana edad a enfermedad de transmisión sexual o nuevos embarazos con diferentes parejas, interfiriendo en la crianza de los hijos. Así tenemos, que a pesar que la mayoría de los adolescentes en estudio se enfrentan a su primer embarazo, un porcentaje significativo tienen más de dos hijos.

Un pequeño porcentaje de las adolescentes en estudio tiene el antecedente de haberse provocado un aborto (6%), cifra que corresponde con la frecuencia real de abortos que alrededor del 10% .hay que tener en cuenta, que la práctica del aborto se establece en pacientes de edad madura (Generalmente), cuando se practica en adolescentes casi siempre se ve bajo la influencia de otras personas pudiendo ser sus padres, el cónyuge o un amigo. Así tenemos que esta práctica además, se relaciona con la actitud que adoptara la adolescente hacia su embarazo, observándose el mayor porcentaje de abortos en adolescentes que adoptan una actitud de rechazo.

Los controles prenatales en las adolescentes en estudio, resultan inadecuados debido en su mayoría al ausentismo o a la atención medica tardía, esto por la tendencia de la adolescente de ocultar o negar su embarazo, son jóvenes que se

aíslan y por vergüenza a no ser vista embarazada no asiste a los controles prenatales sumando la falta de apoyo familiar y/o compañero, sin medir las repercusiones que implica no detectar patologías a temprana edad gestacional.

La asistencia a los controles prenatales es una forma de valorar la actitud hacia el embarazo, observamos que las adolescentes que adoptan una actitud de aceptación, tienen mayor porcentaje de asistencia a los controles prenatales, no así en las que muestran rechazo o indiferencia al embarazo en donde existen mayor porcentaje de inasistencia o controles insuficientes.

Un gran porcentaje de adolescentes nunca ha utilizado un método de planificación familiar, esto se relaciona a la poca educación sexual y reproductiva y a la información que manejan muchas veces es distorsionada, recibidas por personas no idóneas como son otros adolescentes. Los métodos de planificación familiar más utilizada son la píldora y preservativo y el fallo que presentan es por la pobre información que manejan sobre el uso de los mismos.

Con respecto a la actitud de las adolescentes hacia su embarazo se puede decir de manera general que en esta etapa se muestra una alta incidencia de desórdenes emocionales, en donde la adolescente no recibe el embarazo como un hecho que la convierta en madre, por un lado puede sentirse querida, entusiasta, optimista, aceptando con positividad el embarazo; por otro lado, puede sentirse aislada, frustrada, sola, no querida, mostrando una actitud de rechazo o indiferencia hacia el embarazo.

El hecho que las adolescentes en estudio tengan una actitud de aceptación positiva de su embarazo depende de factores económicos, culturales, emocionales y familiares. Son jóvenes que no tienen un concepto de desarrollo de una vida individual, en donde idealizan a menudo el futuro, esperando ser las mejores madres, con mucho amor a sus hijos, en donde muchas veces no hay lugar para el padre, quedando el hombre fuera de sus planes

La presencia de un embarazo sin estar preparada, desde el punto de vista emocional y económico, provoca un aumento de las frustraciones, angustias y

dependencia económica, provocando dificultades por lograr la independencia deseada. Es por eso que las principales reacciones psicosociales de las adolescentes en estudio secundario al embarazo fueron: temor y vergüenza, principalmente a los cambios corporal y a las reacciones violentas o de rechazo por parte de los padres y tutore o el cónyuge.

Todos los altercados emocionales que acontecen durante el embarazo depende en gran medida si fue planeado o deseado por ambos padres o si tienen el apoyo familiar. Las pacientes mostraron una actitud de aceptación al embarazo, expresaron menor temor y vergüenza al mismo, en relación con las que las rechazaron.

Lo alarmante es observar como la gran mayoría de las adolescentes experimentan abandono escolar, quedando limitada su capacidad intelectual, lo que dificulta aún más la obtención de empleos para la crianza de los hijos.

.

CONCLUSIONES

Al concluir esta investigación nos damos cuenta que la actitud de las adolescentes hacia su embarazo es un fenómeno complejo en donde su aceptación, rechazo o indiferencia va a depender de factores médicos, psicológicos y sociales.

- La mayoría de las adolescentes del estudio se encuentran en la etapa tardía de la adolescencia (15-19) con un nivel de educación primaria (Incompleta), amas de casa, acompañadas.
- La media de edad de inicio de la vida sexual es a los 15 años al menos han tenido dos compañero sexuales, primigesta en su mayoría con poca práctica de aborto y deficiente planificación familiar y de controles prenatales.
- La actitud de las adolescentes hacia su embarazo es de aceptación, a pesar de no contar con el apoyo del cónyuge.
- Las principales reacciones Psico-sociales derivadas del embarazo fueron temor y vergüenza, principalmente a los cambios corporales, y a las reacciones violentas o de rechazo por parte de los padres o cónyuge, siendo alarmante el porcentaje de abandono escolar.

RECOMENDACIONES

- Hacer conciencia a las autoridades de los ministerios de educación y salud, de la necesidad de una educación sexual y reproductiva sana, no distorsionada a todos los adolescentes durante sus estudios básicos.
- Abordar el embarazo en la adolescente, en las unidades primarias y secundarias de salud, como un fenómeno complejo de interacción médica, psicológica, social, cultural y demográfica.
- Realizar un correcto seguimiento médico y psicológico en las adolescentes embarazadas, con mucho tacto, respeto y sin espíritu crítico.
- Asegurarnos que toda adolescente que egrese de los puerperio use un método de planificación familiar y seguimiento en el centro de salud reproductiva del Hospital
- Brindar consejo a los adolescentes que continúen sus estudios para poder tener mejores oportunidades de trabajo y mejorar los ingresos para la crianza del hijo.

BIBLIOGRAFIA.

1. Almendarez, Tania. El embarazo desde la perspectiva de los jóvenes. Sutiava, León, 1996.
2. Borge, Alfredo. Complicaciones obstétricas y perinatales de las adolescentes en HFVP.2000.
3. Casales F. Julio Cesar. Contribución al estudio de la Psicología Materialista Dialéctica, UNAN, Mangua, 1982.
4. Craig, Grace, J: Desarrollo Psicológico. Pretince Hall Hispanoamericana S.A, México 6° Edición, 2° Edición en español.Human Development. Trad.Cordoba, Lurdes Asian, 1994.
5. Flores, Oscar. Salud Sexual y Reproductiva en Ginecología y Obstetricia. Imprimatur, Mangua.1° Edición, 1997.
6. Gispert, Carlos Enciclopedia de la Psicopedagogia.Editoral.S.A., Barcelona 2000.
7. Hernández, Maribel. Situación de la salud Sexual y Reproductiva de los y las adolescentes del área 3.2. Managua, 2000.
8. Hurlock, Elisabeth. Psicología de La adolescencia.s.n.Chile, 1990.
9. Jiménez Burillo, Florencio. Psicología Social. Encuadernación Elva, S.A. Madrid, 3°Edicion, 1998.
- 10.La casita Rosa; Evaluación del “Centro de Salud Reproductiva para adolescentes del Hospital Bertha Calderón,”MINSa/FENUAP, Managua, 1998.
- 11.Ministerio de Salud de Nicaragua. Mujer...Temas de Salud MINASA/FENUAP.Nicaragua, 1994.
- 12.Ministerio de Salud Nicaragua, Programa de Atención Integral a la adolescencia. Bases programática.MINSa/OPS/OMS/ASDI,NICARAGUA,2° Edición, 2000.
- 13.Ministerio de salud Nicaragua. Programa de Atención a la Adolescencia. Imprimatur, Managua, 1996.
- 14.Pérez Yasmina et, al. Factores biológicos preconcepciones y socio-demográfico presentes en los embarazos atendidos en el Hospital de Estela

- en el 1er Semestre de 1996. (Monografía) Facultad de Ciencias Médicas, UNAN, León.
15. Pick de Weiss, Susan. Et, al. Planeando tu vida. Programa de Educación Sexual para Adolescentes. Planeta Mexicano, México, 6° Edición, 1993.
 16. Phillips G, Zimbardo. Psicología y Vida. Impresora Publimex, S.A., México, D.F. 10° Edición, 1986.
 17. Piura López, Julio. Introducción a la Metodología de la investigación Científica. Litografía y Tipografía Rojas, Managua, 3° Edición, 1998.
 18. Ramos Orozco, Gladys Carolina. Algunos factores psicosociales que propiciaron el primer embarazo de las adolescentes que acudieron en control prenatal, en tres centros de salud del municipio de Granada, de Enero - Diciembre del año 1997. (Monografía) Facultad de ciencias Médicas. UNAN – MANAGUA.
 19. Sotelo Avilés, Melvin y Ramírez D. Gioconda. Estudio C.A.P. sobre Salud Reproductiva en Adolescentes. Distrito IV y X municipio de León y Chinandega. Abril – Julio, 1997.
 20. Stern, Claudio. Ph.D El embarazo en la adolescencia. Como problema público: una visión crítica. S.A. México, 1997.
 21. Toro Calzada. Embarazo en Adolescentes, S.N México, 1992.
 22. Torrez, L y Torrez, M. Factores de Riesgo identificados en Adolescentes Embarazadas que se presentaron a la consulta del FNUAP (HBCR). (Monografía). Facultad de Ciencias Médicas, UNAN – MANAGUA, 1996.
 23. Varela Obando, Mercedes. Psicología de la Mujer Embarazada. Gráficas Jomagar, Madrid, 1980.
 24. Vásquez, Flavio. Identificar las características generales y sociales de las madres adolescentes y la condición clínica de sus recién nacidos,

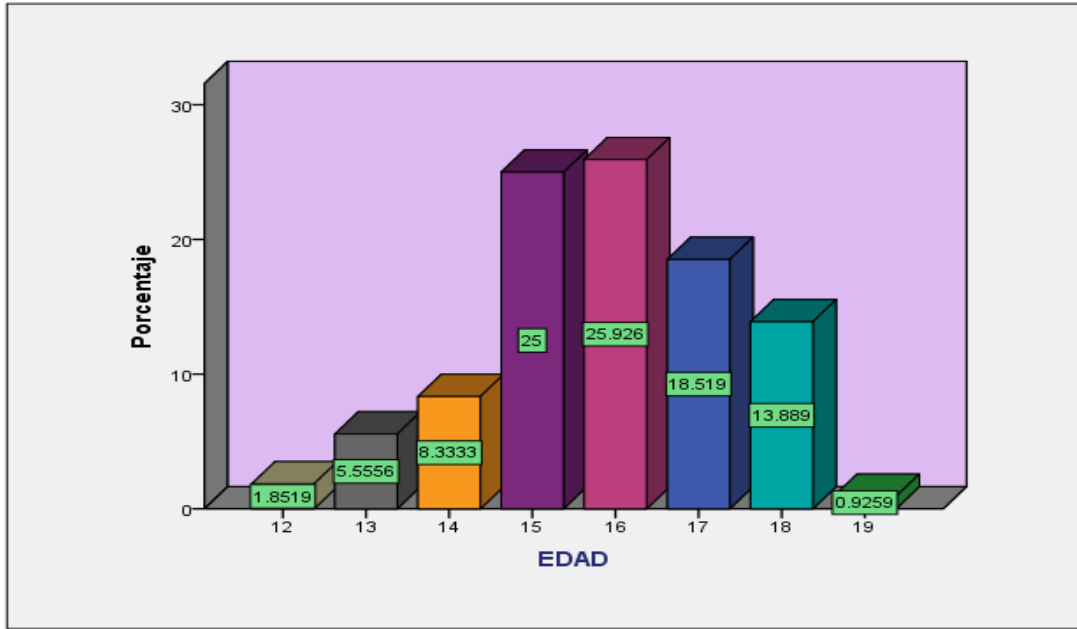
HEODRA, Octubre – Diciembre 1999. (Monografía). Facultad de Ciencias Médicas, UNAN – LEON Febrero 2000.

25. Vásquez Márquez, etc. La Repercusión Materna del Embarazo Precoz. (Monografía) Cuba. 1991.

26. Sequeiro Calero, Valinda y Cruz Picón, Astralia. Investigar es fácil. Manuel de Investigación. Editorial El Amanecer, S.A, Managua, 2° Edición. 1997.

ANEXOS

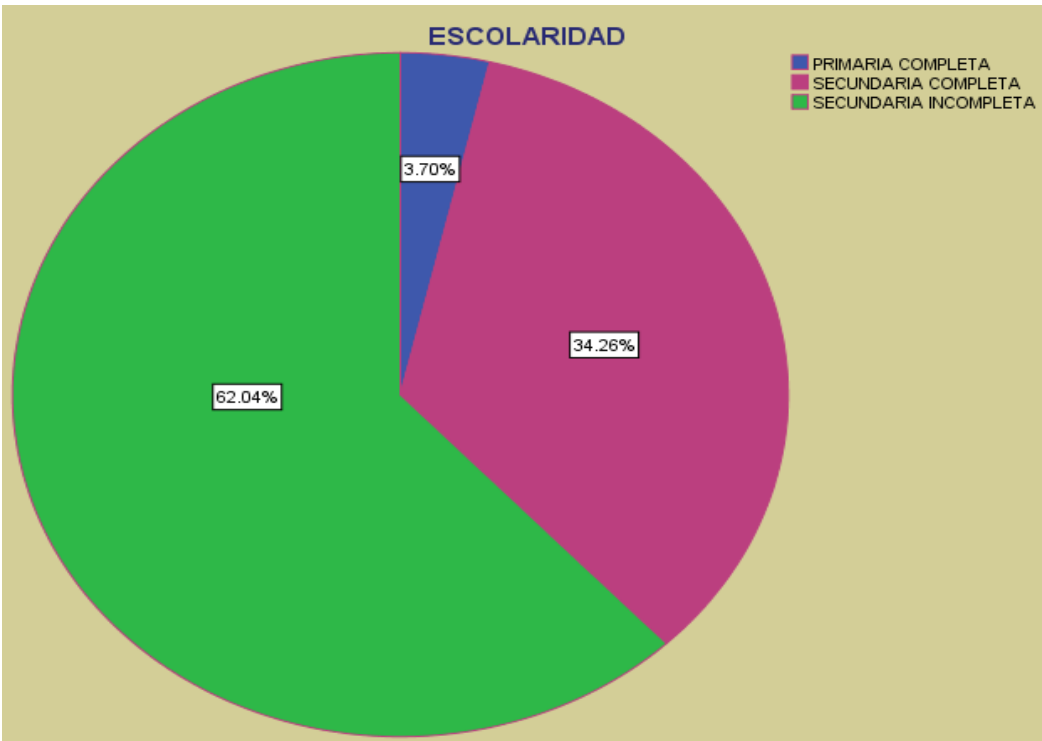
EDAD



Edad

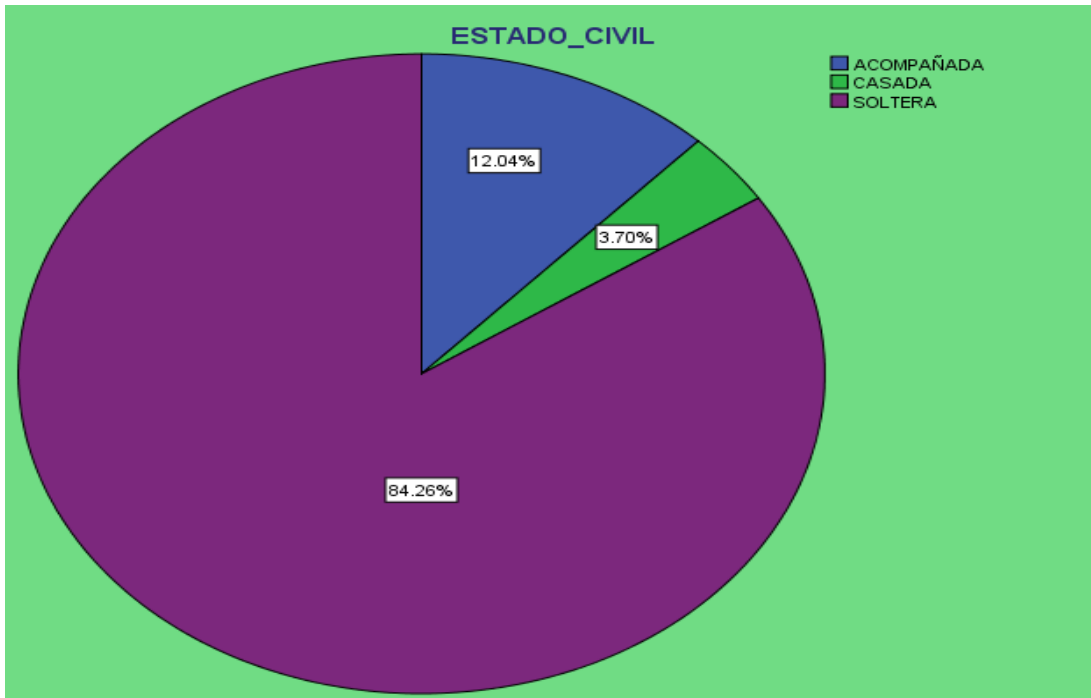
- 12 años
- 13 años
- 14 años
- 15 años
- 16 años
- 17 años
- 18 años
- 19 años

Grafico # 1,2

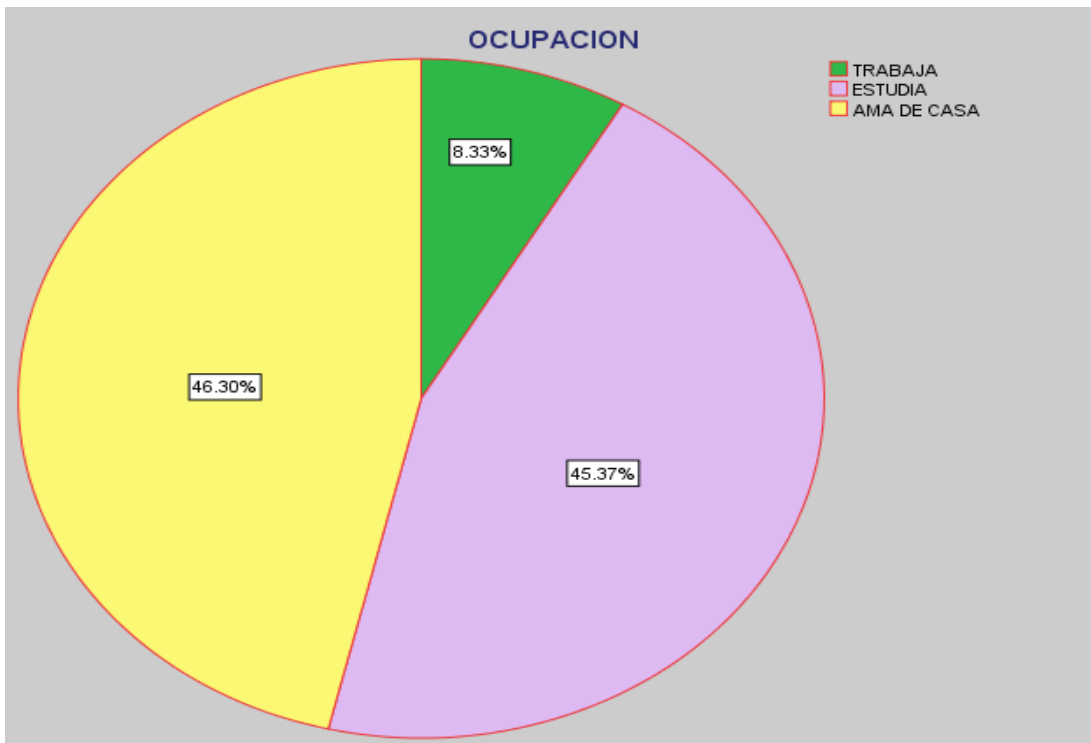


Escolaridad

Grafico # 1,2

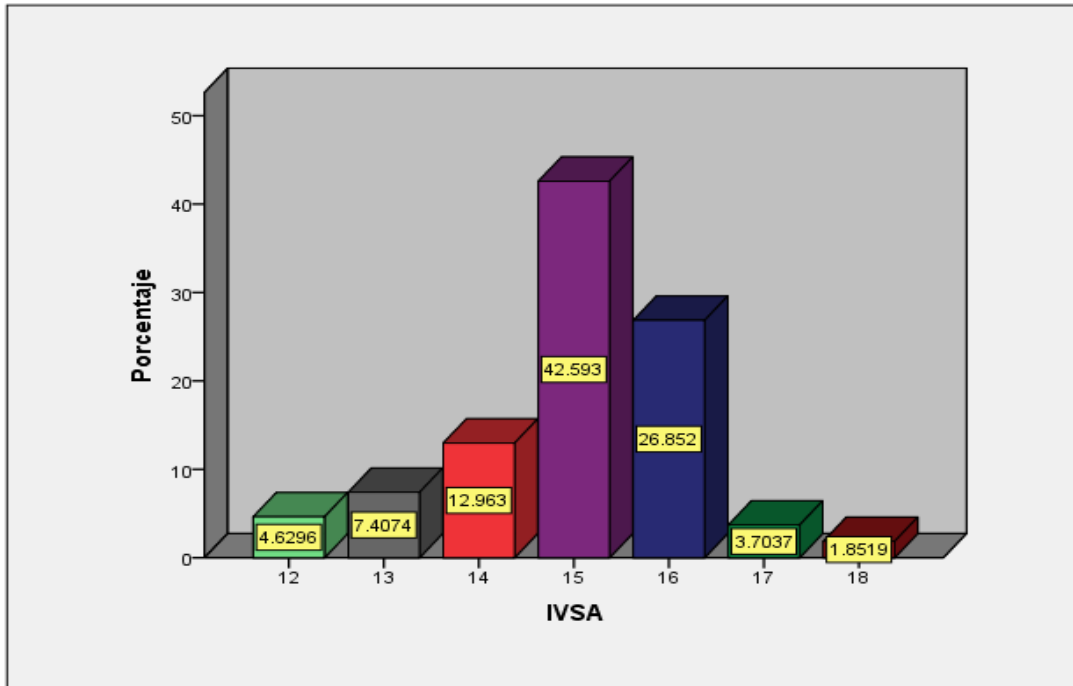


Estado Civil
Grafico # 3-7



Ocupación
Grafico # 3-7

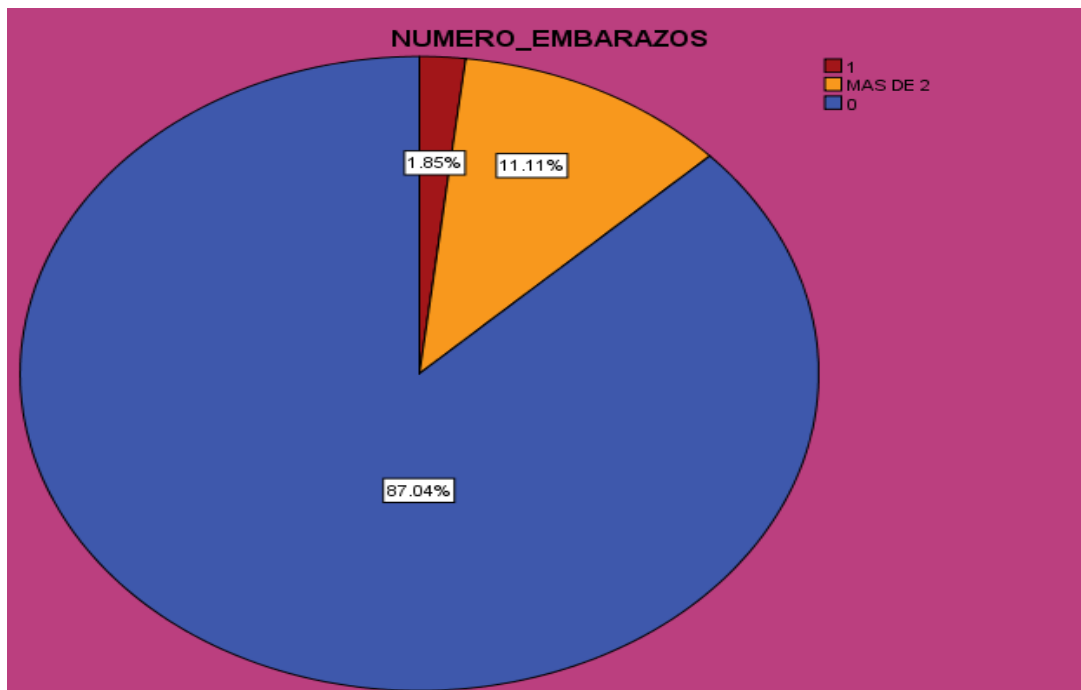
IVSA



IVSA

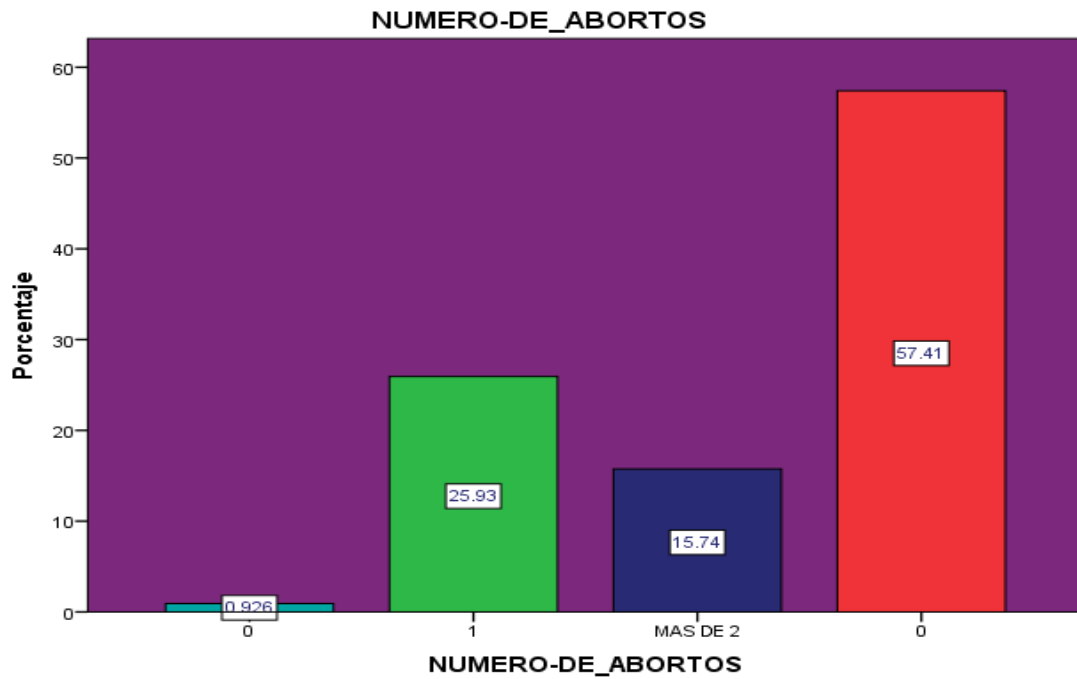
- 12 años
- 13 años
- 14 años
- 15 años
- 16 años
- 17 años
- 18 años

Grafico # 3-7

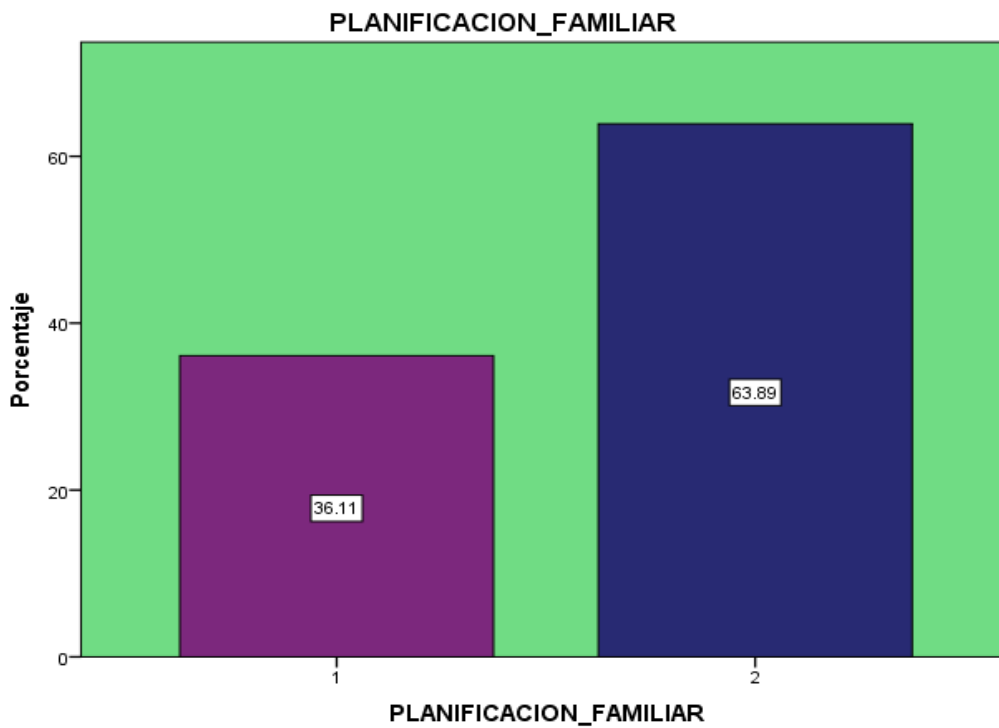


Numero de embarazo

Grafico # 8-11

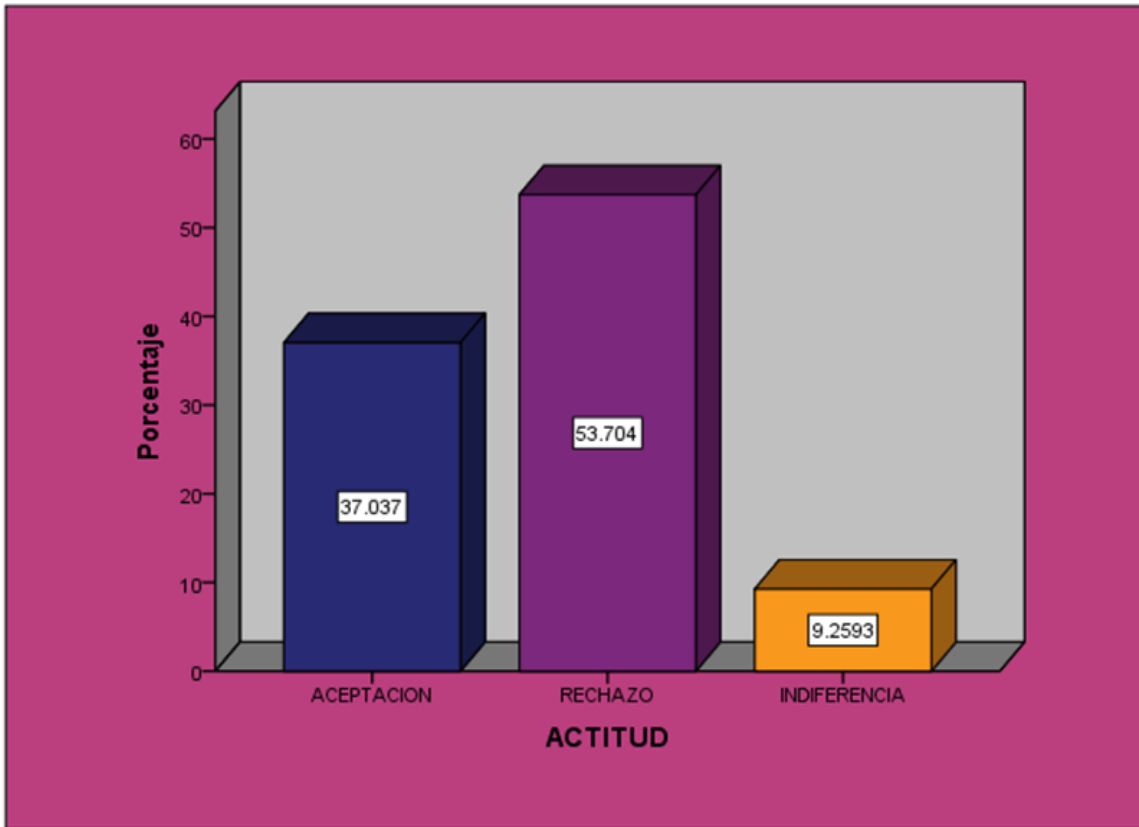


Número de Abortos
Grafico # 8-11



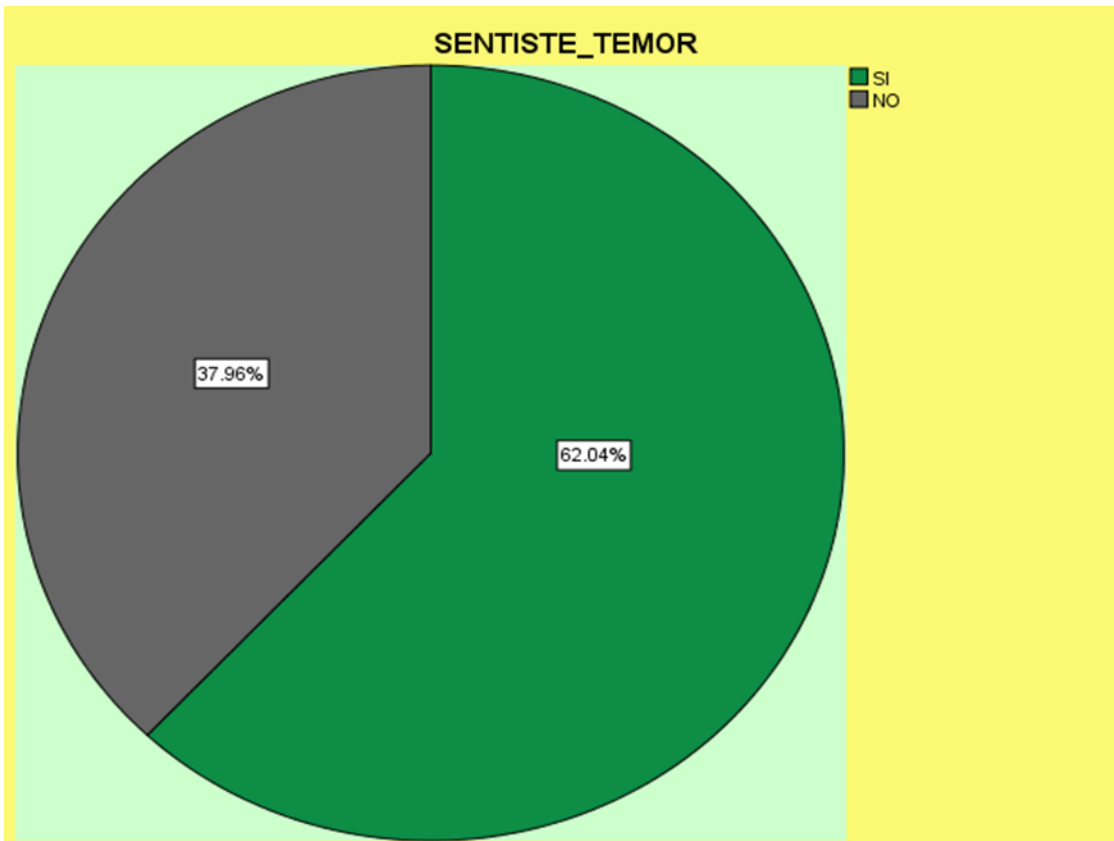
Planificación familiar
Grafico # 8-11

ACTITUD

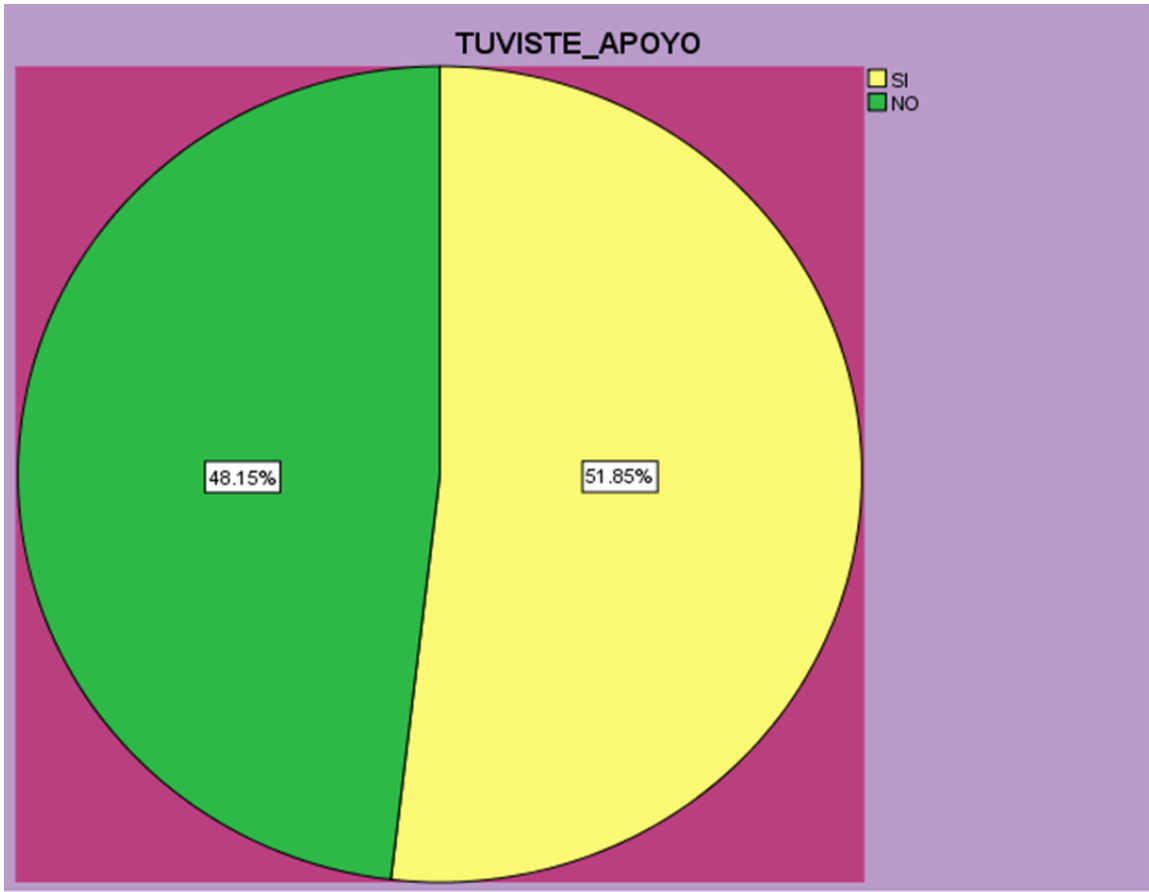


Actitud hacia el embarazo
Grafico # 12

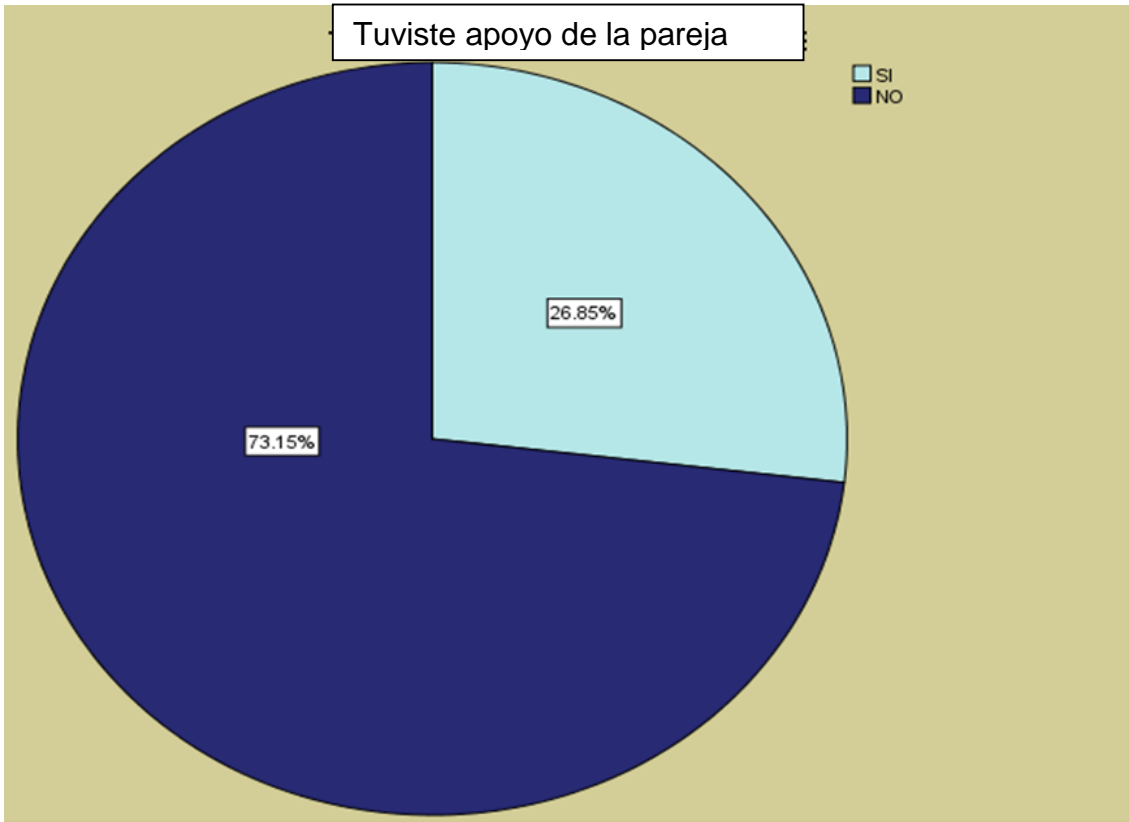
SENTISTE_TEMOR



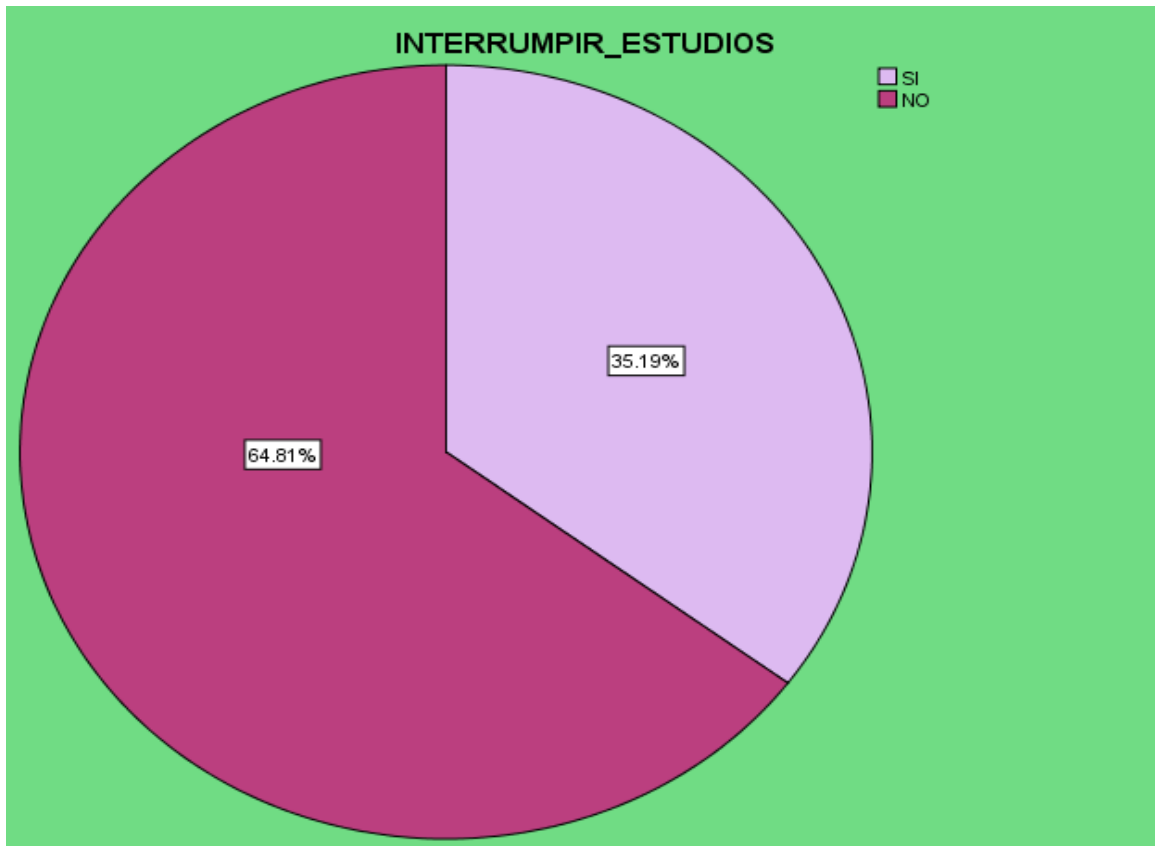
Sentiste temor
Grafico # 13-15



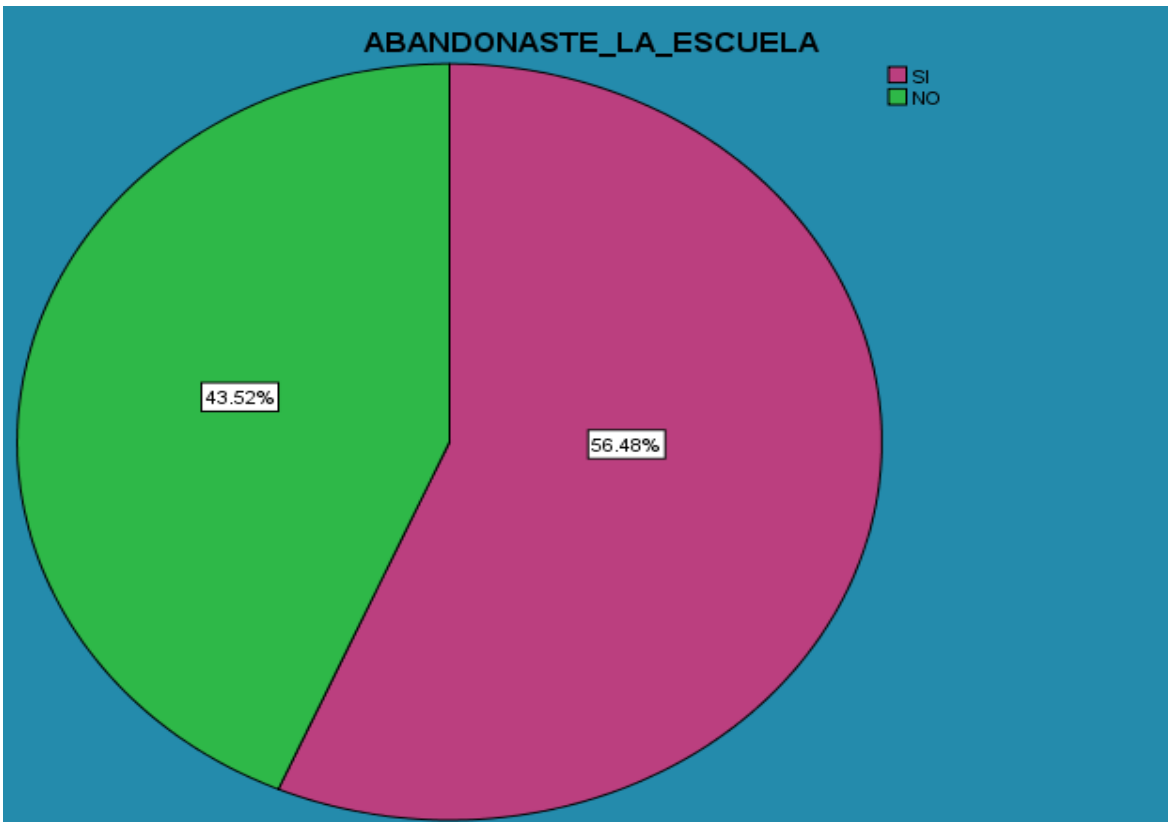
Tuviste apoyo
Grafico # 13-15



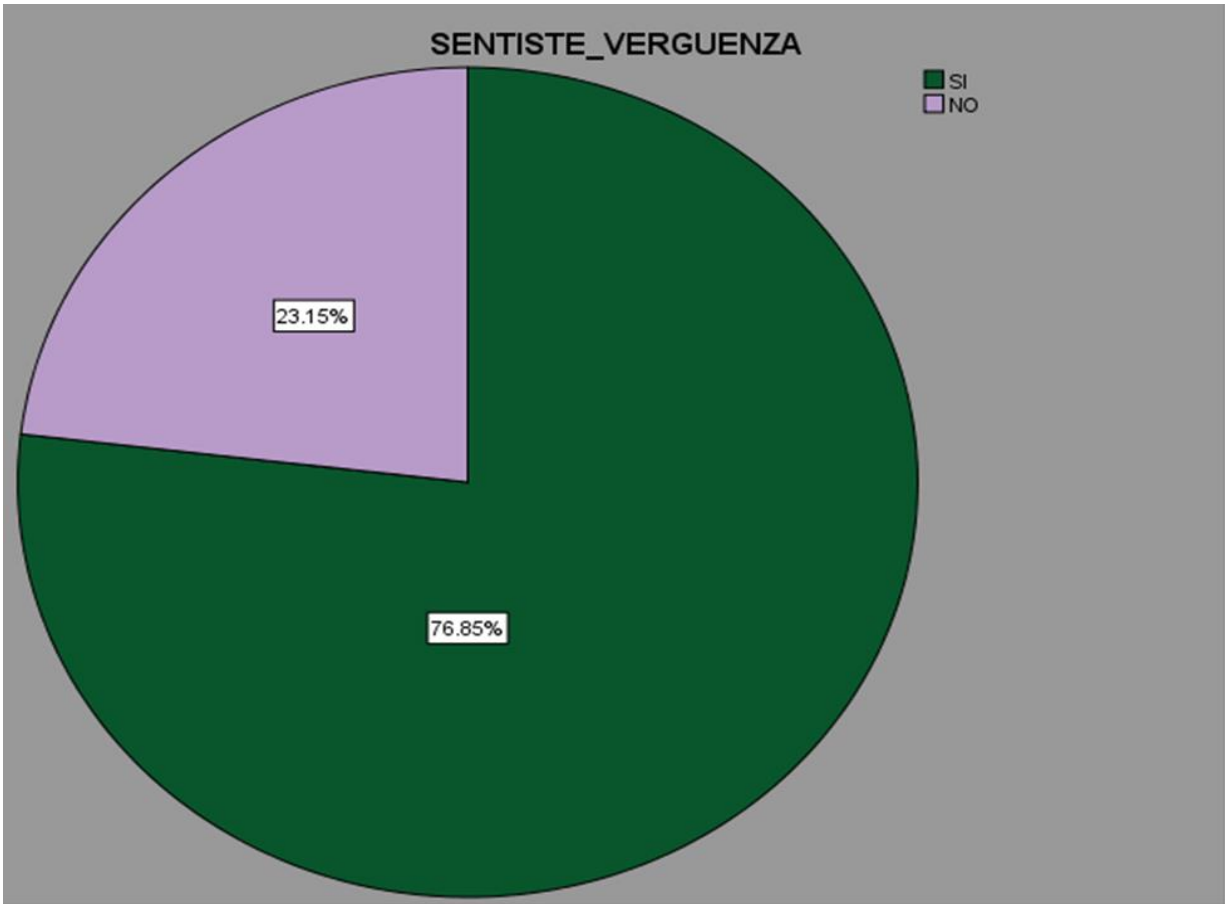
Apoyo de la pareja
Grafico # 13-15



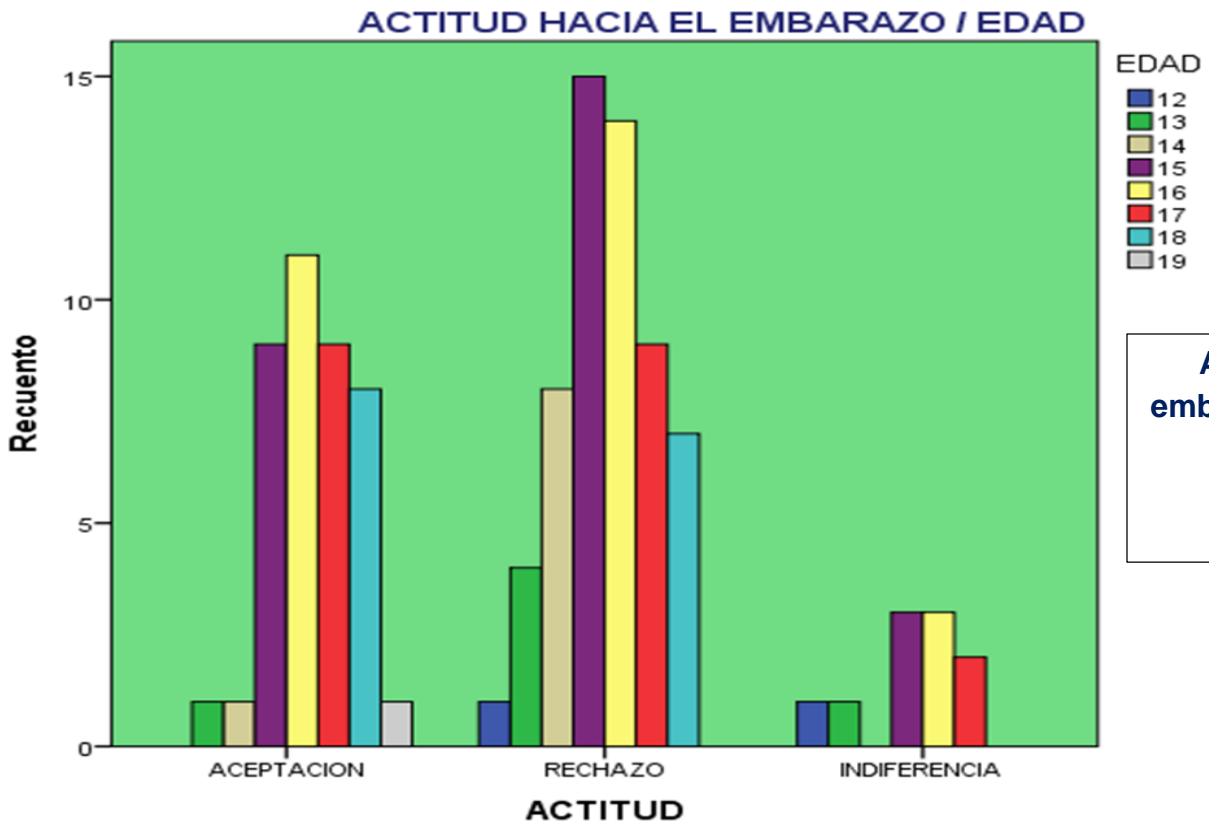
Interrumpir estudios
Grafico # 13-15



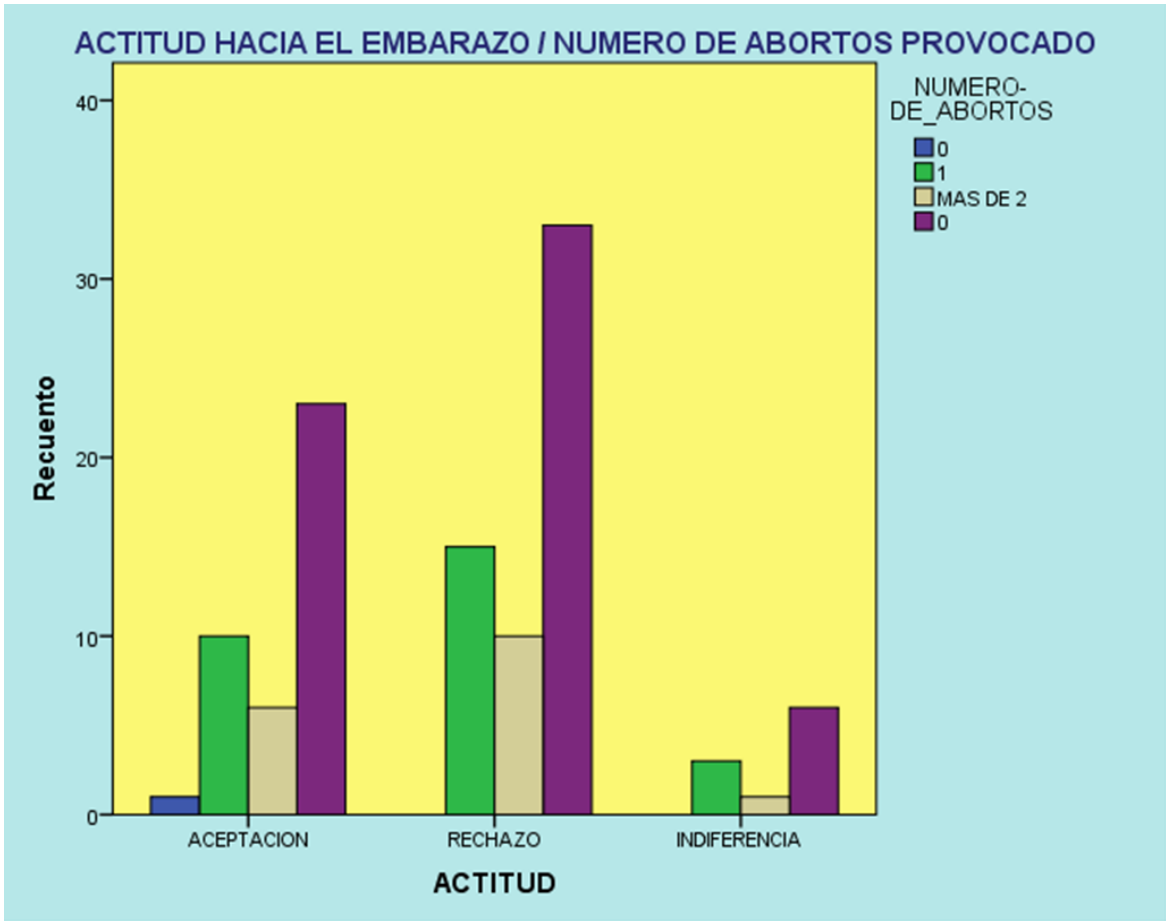
Abandonaste la escuela
Grafico # 13-15



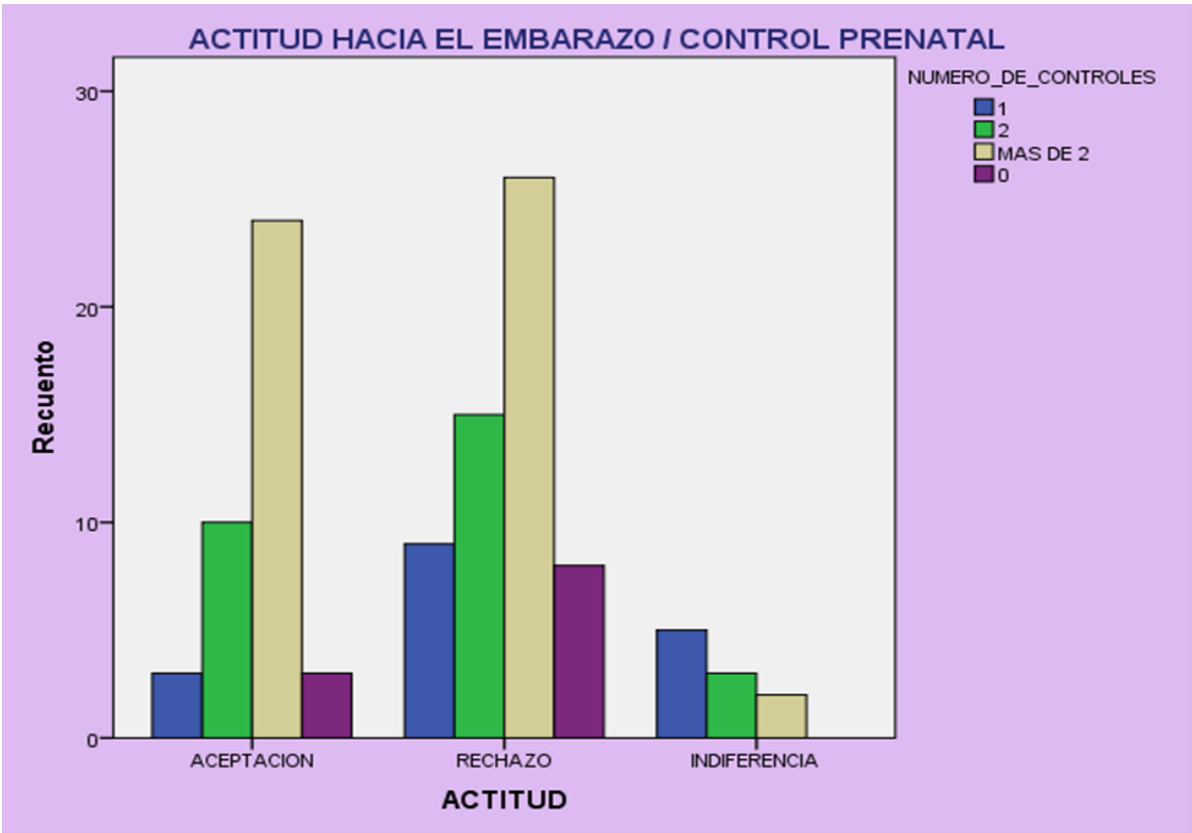
Sentiste vergüenza
Grafico # 16



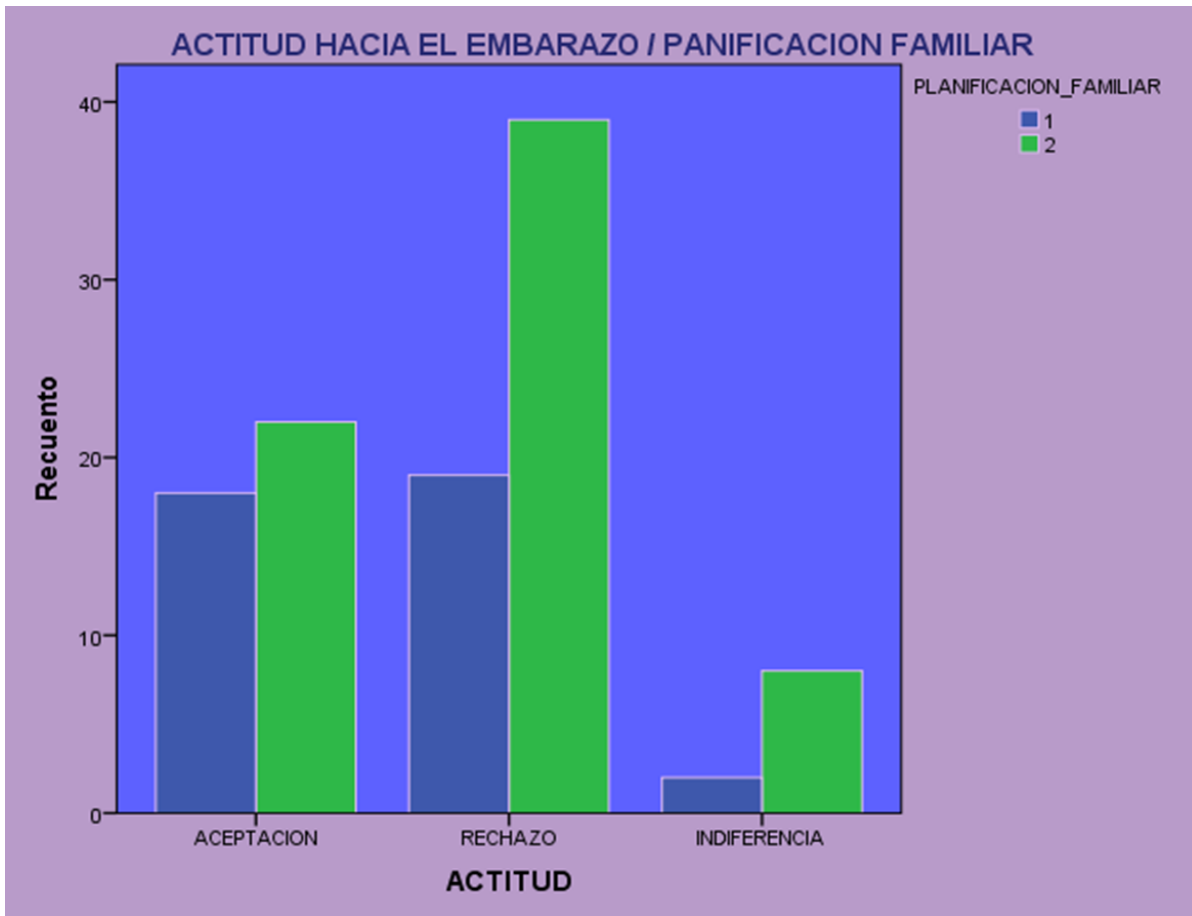
Actitud hacia el embarazo con la edad
Grafico # 17



Actitud hacia el embarazo con el número de aborto provocado
Grafico # 18

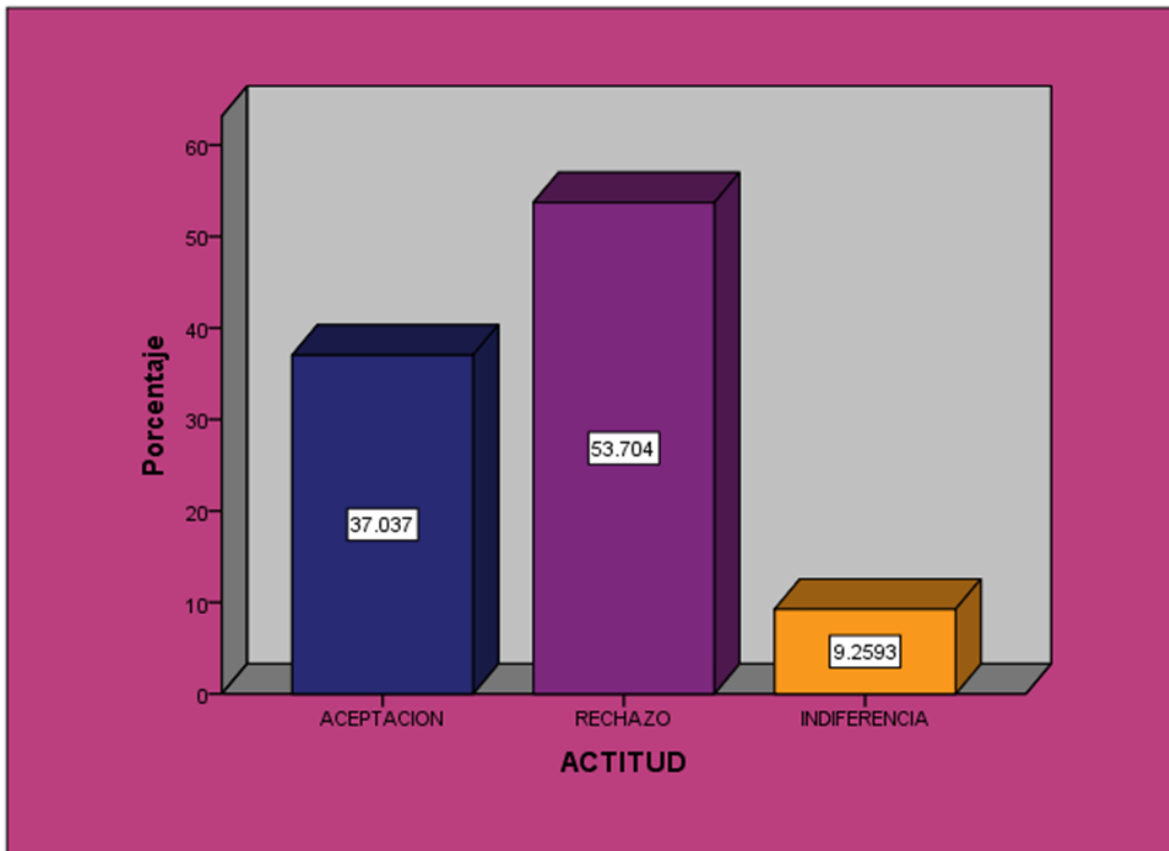


Actitud hacia el embarazo con el control prenatal
Grafico # 19

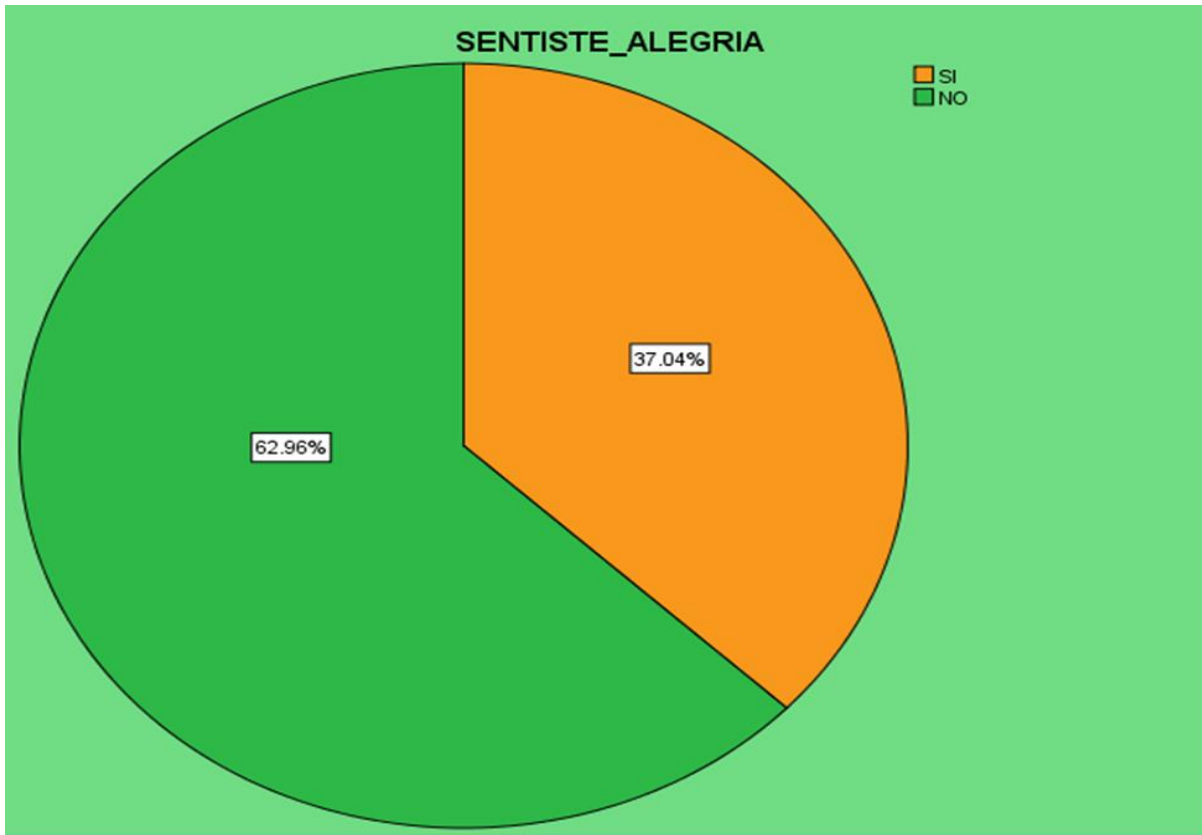


Actitud hacia el embarazo con planificación familiar
Grafico # 20

ACTITUD

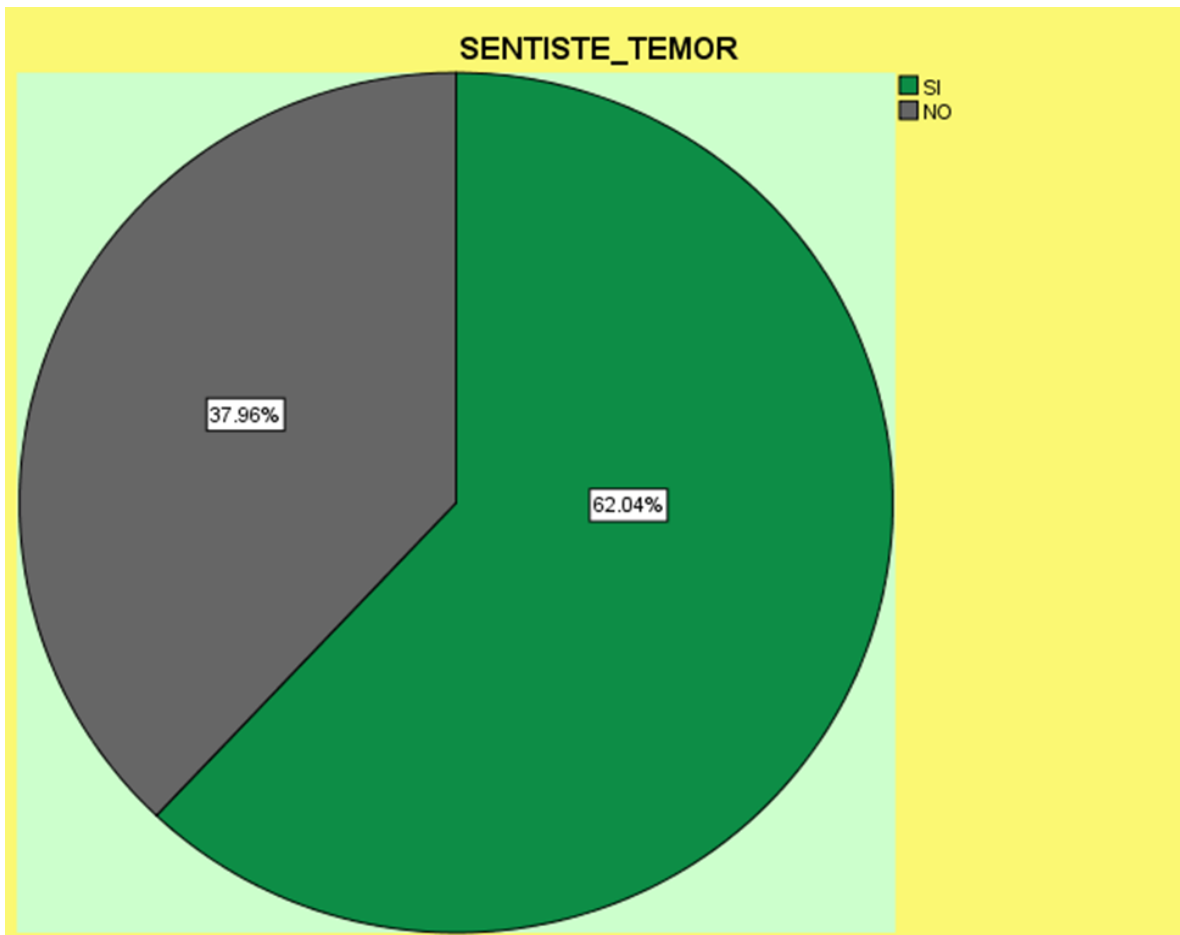


Actitud
Grafico # 21



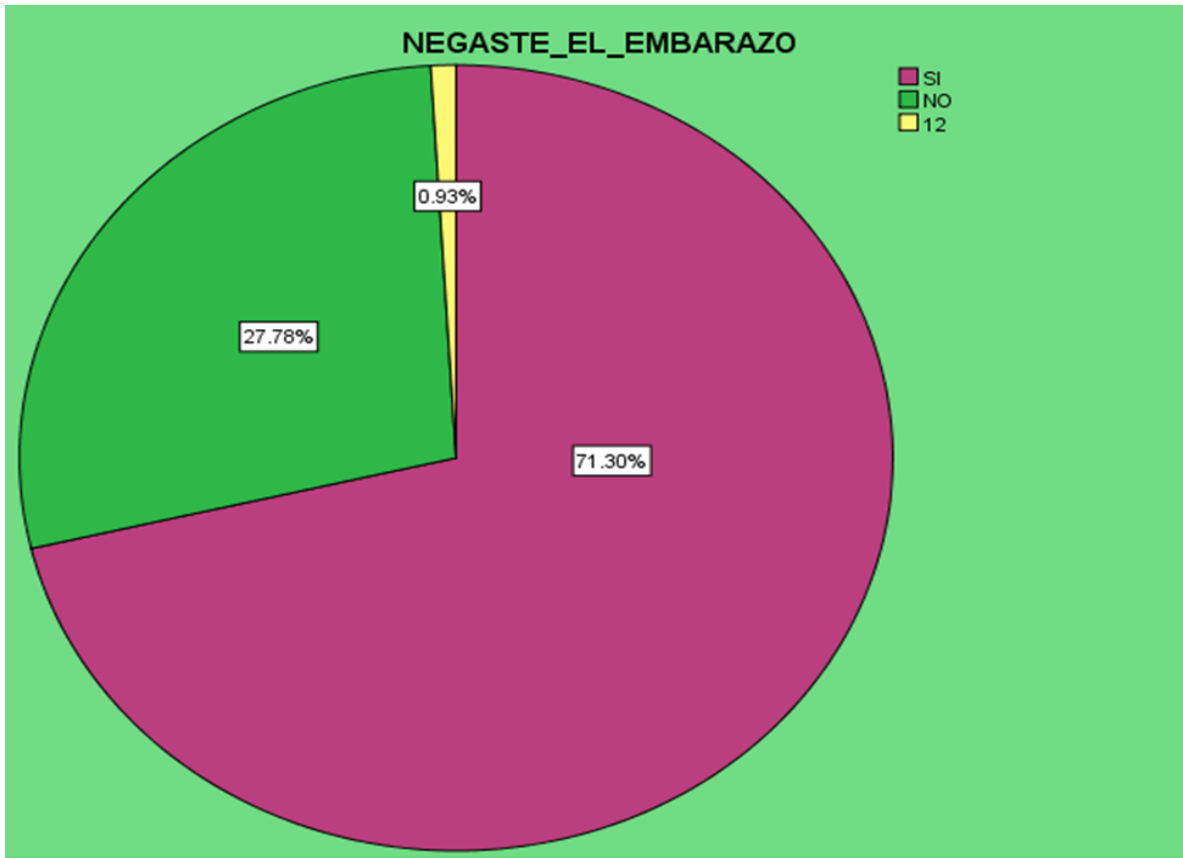
Sentiste alegría

Grafico # 21

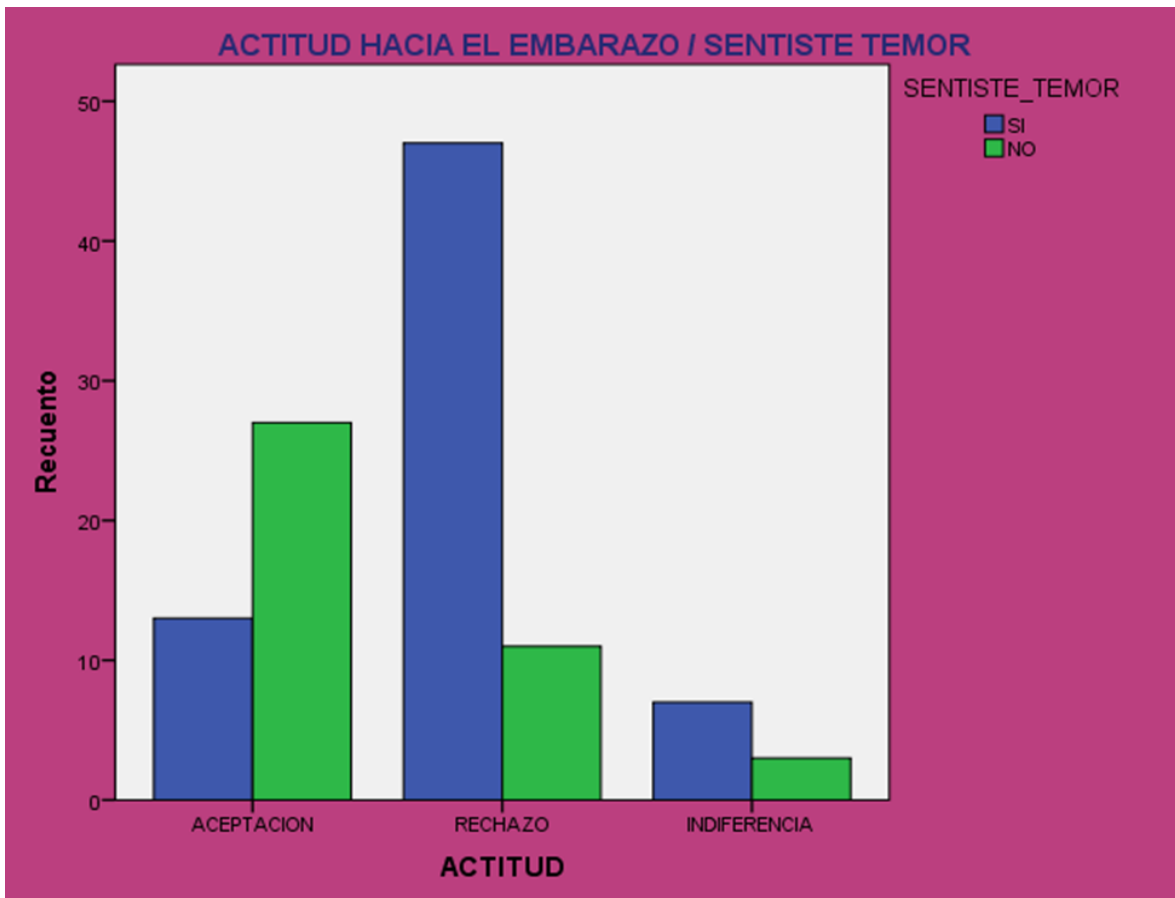


Sentiste temor

Grafico # 21

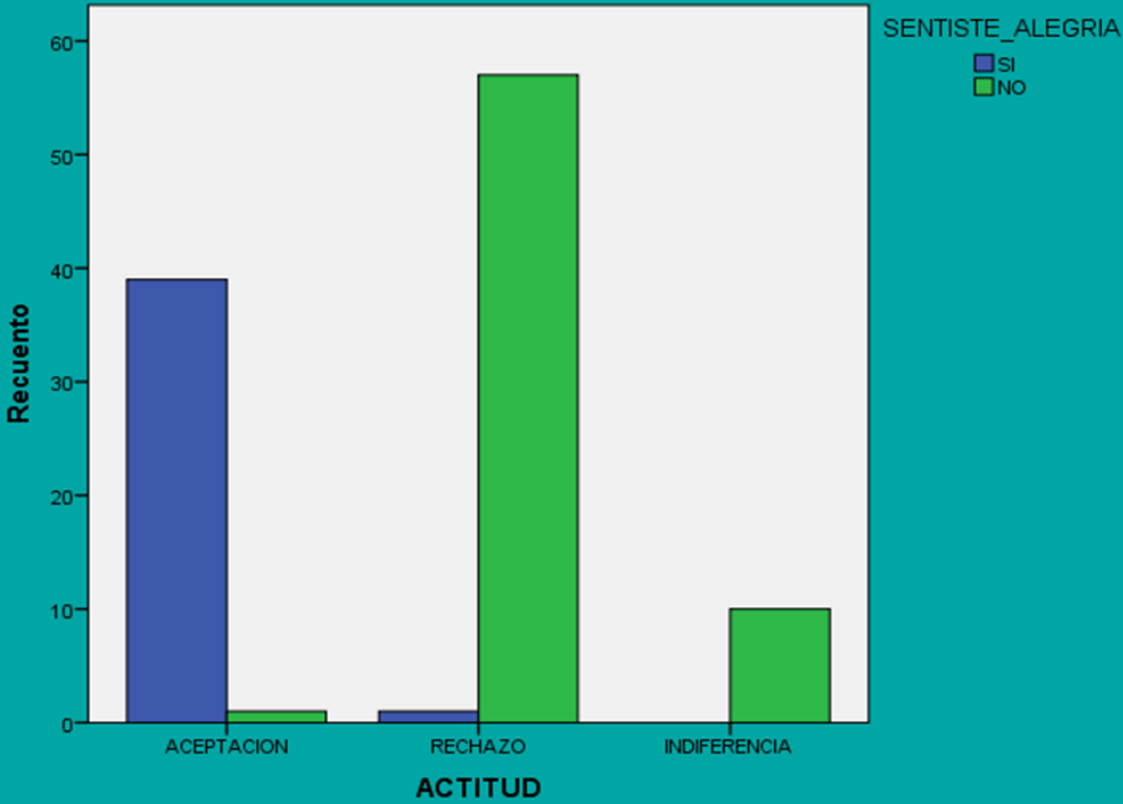


Negaste el embarazo
Grafico # 21



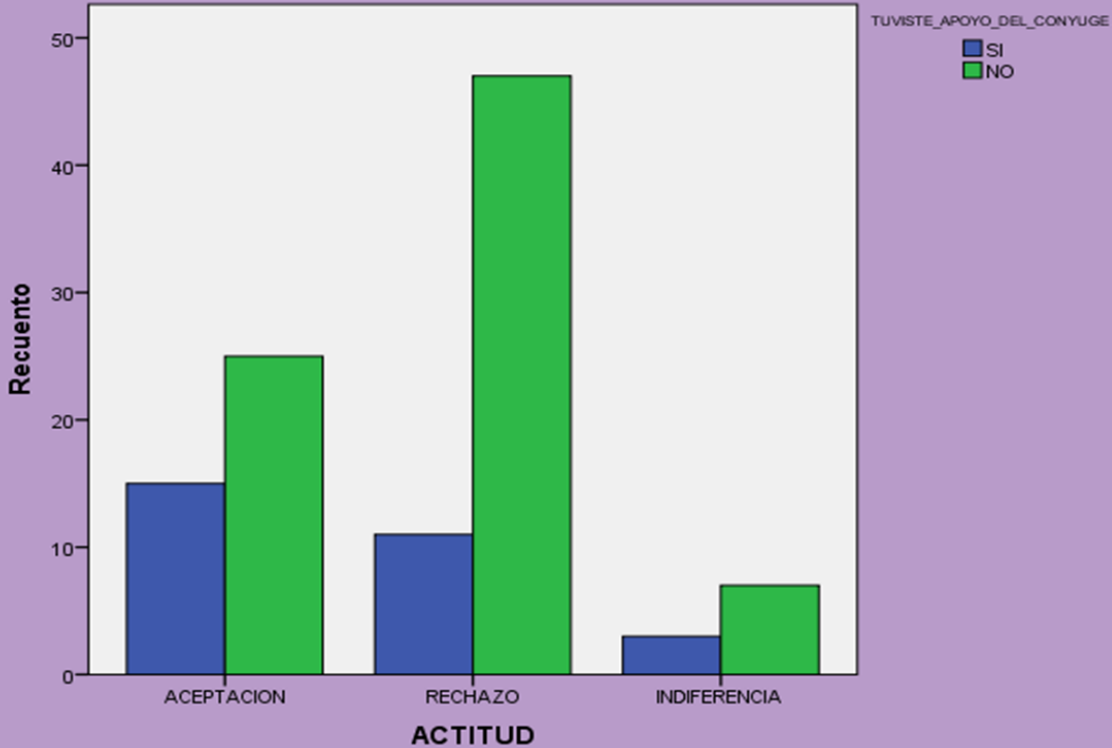
Temor
Grafico # 21

ACTITUD HACIA EL EMBARAZO / SENTISTES ALEGRIA



Aceptación
Grafico # 22

Actitud hacia el embarazo/ tuviste apoyo de la pareja



Apoyo de la pareja
Grafico # 23

GUIA DE RECOLECCION DE LA INFORMACION

Lugar: ----- Expediente: -----

Unidad de Salud: -----

Nombre de la Paciente: -----

Edad: ----- Estado Civil: -----

Ocupación: ----- Escolaridad: -----

Antecedentes ginecoobstetricos

1- IVSA:

2- N° de compañeros sexuales:

3- N° de embarazos:

4- N° de abortos:

5- N° Controles prenatales:

Actitud hacia el embarazo

6- ¿Sabías que al tener una relación sexual, podrías quedar embarazada?

7- ¿Negaste a familiares y/o amigos el embarazo?

8- ¿Pensaste que en la primera relación sexual podrías quedar embarazada?

9- ¿Fuiste influenciada por amigo o pareja a tener una relación sexual?

10- ¿Tuviste apoyo de familiares y/o amigos?

11- ¿Pensaste que al embarazarte podrías retener a tu pareja?

12- ¿Durante el embarazo consumías café?

13- ¿Durante el embarazo consumías licor?

14- ¿Durante el embarazo consumías cigarrillos?

15- ¿Utilizabas ropa ajustada con el embarazo?

16- ¿Consideraste que el embarazo podía interrumpir tus estudios?

17- ¿Quedaste embarazada por que otra amiga hizo lo mismo?

Reacciones Psico-sociales derivados del embarazo

18- ¿Sentiste temor?

19- ¿Sentiste vergüenza?

20- ¿Sentiste alegría?

21- ¿Tuviste apoyo familiar?

22- ¿Tuviste apoyo del cónyuge?

23- ¿Abandonaste tus estudios?