

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA**  
**RECINTO UNIVERSITARIOA RUBEN DARÍO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**Monografía para Optar Título de Especialista en Dirección de Servicios de Salud  
y Epidemiología**

**“Factores de riesgo asociados al aumento de los embarazos en adolescentes del  
municipio de Altagracia, departamento de Rivas. Enero - Diciembre del 2020”**

**Autor:**

**Lic. Francisco Javier Padilla Vallejos**

**Tutora Científica:**

**Dra. Claudia Blanco Rocha.**

**Gineco Obstetra. Docente HGGL Rivas**

**Tutor Metodológico:**

**Dr. Ervin Ambota López. PhD**

**Salud Pública- Epidemiólogo**

**Economía y Gestión Sanitaria**

**Managua, Nicaragua, Marzo 2021**

## **Dedicatoria**

A

Dios todo poderoso por ser el creador de mi familia

Familia por su apoyo incondicional en todo momento de mi carrera

A mis maestros por su enseñanza durante estos años.

*Francisco Javier Padilla Vallejos*

**I**

## **Agradecimiento**

A mis Tutores por su abnegado apoyo académico

Al personal de registro clínico y estadístico del municipio de Altagracia, Isla de Ometepe

*Francisco Javier Padilla Vallejos.*

## **Opinión del Tutor**

Cada año, nacen 13 millones de bebés de madres adolescentes de entre 15 a 19 años de edad, lo que representa más del 10% de los nacimientos totales en el mundo.

Las consecuencias de la maternidad adolescente se definen muy bien en la literatura actual y comprenden mayores riesgos de complicaciones durante el embarazo y mortalidad materna, índices más altos de mortalidad infantil y desnutrición, una paridad total mayor y nacimientos no tan espaciados.

Las madres adolescentes también se encuentran en un riesgo elevado de pobreza, movilidad social descendente y divorcio o separación. También de gran relevancia es la calidad del apoyo que la adolescente gestante recibe, en particular de la familia de origen y la pareja.

Se ha visto que el apoyo social es capaz de reducir la vulnerabilidad a la depresión, sobre todo durante el embarazo y al comienzo de la adaptación al rol de madre. El hecho de iniciar o no una relación conyugal a raíz del embarazo es otro factor importante, debido a que el adolescente que entra en una relación conyugal puede obtener el apoyo y la aprobación de la sociedad, ya que el estado civil convierte su gestación en algo lógico, aceptado y esperado.

Es aquí que se centra la importancia del presente estudio, conocer los factores de riesgo que están asociados al incremento de los embarazos en las adolescentes de este lugar paradisiaco como es la Isla de Ometepe.

**Dr. Ervin José Ambota López. PhD**

**MPH Salud Pública – Epidemiología  
Máster en Economía y Gestión en Salud  
Especialista en VIH - sida  
Tutor Metodológico**



**Iii**

## Resumen

Con el **Objetivo** de identificar los factores de riesgo asociados al aumento de los embarazos en adolescentes del municipio de Altagracia, departamento de Rivas, se realizó un estudio del 1° de Enero 2017 al 31 de Diciembre del 2020.

**Diseño metodológico:** se efectuó un estudio epidemiológico de casos y controles, en el municipio de Altagracia ubicado en la Isla de Ometepe, con una muestra de 42 adolescente que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión tanto de casos como de controles. Se aplicará la Razón de Probabilidad (Odds Ratio), para la categoría de mayor prevalencia de casos en relación a la categoría con menor prevalencia de casos; así como el intervalo de confianza al 95% asociados a la estimación puntual del riesgo relativo. A través de la tabla de 2x2. También fueron analizadas mediante la prueba de significación estadística  $X^2$ , Valor de P, si hubo diferencias estadísticas significativas para las diferentes categorías de las variables independientes.

**Resultados:** Los factores de riesgo con significancia estadísticas asociados al incremento de embarazos en la adolescencia son; religión católica; procedencia rural, estado civil soltera; hábitos tóxicos; aborto y embarazo anterior, uso de condones, riesgos individuales; riesgos culturales/familiares /comunidad.

**Conclusiones:** se acepta la hipótesis alternativa “Los factores de riesgo asociados al incremento de los embarazos en la adolescencia son prevenible” y se rechaza la nula

**Palabras Claves:** Factores de Riesgos, Riesgos sociales; individuales; culturales y psicológico; Adolescentes; Embarazo.

# INDICE

Capítulo I. Generalidades	
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	2
1.3. Justificación	9
1.4. Planteamiento del Problema	10
1.5. Objetivo de Investigación	11
1,6 Hipotesis	12
1.6. Marco Referencial	13
Capítulo II. Diseño Metodológico	
2.1. Tipo de Estudio	21
2.2. Caracterización del área de estudio	21
2.3. Universo	22
2.4. Muestra	22
2.5. Criterios de Inclusión - Exclusión	22
2.6. Técnicas y Procedimientos	22
2.7. Plan de Tabulación	24
2.8. Plan de Análisis	24
2.10. Operacionalización de Variables	26
Capítulo III. Desarrollo	
3.1. Resultados	31
3.2. Discusión	33
3.3. Conclusiones	40
3.4. Recomendaciones	41
Capítulo IV. Bibliografía	
4.1. Consultada	42
4.2. Básica	46
Capítulo V. Anexos	
5.1. Instrumento	47

5.2. Tablas	50
5.3. Cronograma	58
5.4. Presupuesto	59

## **Capítulo I: Generalidades**

### **1.1 Introducción**

El embarazo adolescente es un constante de interés, con amplia preocupación a nivel de todos los países de América Latina y el Caribe es que es considerada como la región con mayor tasa de fecundidad adolescente a nivel mundial.

En América Latina, un tercio de los embarazos ocurren en mujeres menores de 18 años de edad, siendo casi el 20% de ellas menores de 15 años. A su vez, las proyecciones para décadas posteriores al año 2020 señalan que América Latina y el Caribe alcanzaran las mayores tasas de fertilidad juvenil en todo el mundo.

La OMS; indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1,000 adolescente. Aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año.

Dicha situación pone en riesgo la salud materno-fetal, ya que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en estas menores.

Nicaragua, posee uno de los porcentajes más altos en cuanto a embarazos adolescentes según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud el 25.9% de las adolescentes comprendidas entre el grupo de 15 a 19 años de edad, ha estado embarazada alguna vez, siendo las procedentes de las zonas rurales y con menor nivel educativo las mayores afectadas.

El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan su madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales, comorbilidad, y en un medio familiar normalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.

## 1.2. Antecedentes

### Antecedentes Internacionales

González-Quiñones, Juan C. (2012, p. 88) refiere que la identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana que la edad media fue de 15,3 años, los cuales han recibido información sobre planificación en 80 %, reconocer ciclo menstrual: 32 %. La prevalencia de haber tenido relaciones sexuales es de 40 %, con vida sexual activa 20 %. Siendo la prevalencia de embarazo 4% y de aborto de 1%. Factores de riesgo más frecuente fueron; no haber recibido información sobre planificación versus entender con dudas sobre planificación (OR 0,1 con IC 95 % de 0,03-0,4). Haber tenido aborto previo (OR 7,8 IC 95 % 2,3-25,8). No planificó en primera relación (OR de 3,9 IC 95 % de 2,2-7). No se identificó como factores de riesgo la autoestima, la relación con padres y la percepción de futuro.

Acosta-Varela, Martha E (2012, pp. 40 -42), afirma en su estudio; Embarazo en adolescentes y factores socioculturales, en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, que los principales resultados fueron: la no utilización de métodos anticonceptivos estuvo asociada con el embarazo (RM = 2.78, IC 95 % = 1.21-6.36), la baja escolaridad (RM = 2.66, IC 95 % = 0.97 a 7.29) el no acceso a servicio médico (RM = 2.23, IC 95 % = 0.96 a 5.18).

Cada año nacen 14 millones de niños de madres adolescentes, indicó el instituto de investigación sobre los políticos de salud pública en materia de reproducción, analiza Panduro BJG, et al. (2016: p. 80).

Estos adolescentes están biológicamente preparados y culturalmente motivados para iniciar una vida sexual activa, pero son incapaces de analizar las consecuencias de su conducta sexual y tomar decisiones de forma responsable, sustenta la dirección nacional de atención materno infantil y planificación familiar, (2016; p16).

El embarazo en la adolescencia en Cuba constituye un resultado no esperado en el proceso de reproducción cuyas causas son los factores sociológicos, psicológicos, culturales, afirma; Simón YT & Aznar TC. (2016; pp. 31- 33) en condicionantes de género y embarazo no planificado, en adolescentes y mujeres jóvenes.

Rodríguez Rodríguez, Niurka, et al. (2017), afirma en su artículo publicado sobre factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo en Cuba, son; tener sus primeras relaciones sexuales entre 15 y 19 años y no poseer conocimiento sobre complicaciones del embarazo en la adolescencia. A pesar que la gran mayoría las adolescentes conocían la edad óptima para embarazarse y no consideran el aborto como método anticonceptivo.

Amado Antonio García Odio; (2017); en su estudio realizado en Nueva Gerona, Isla de la Juventud, concluyo que dentro de los factores de riesgo individuales, de la dificultad para planear proyectos futuros; dentro de los factores de riesgo familiares: poca comunicación entre la familia y la adolescente; dentro de los factores de riesgo socio económicos: per cápita familiar bajo; el bajo nivel educacional dentro de los factores de riesgo culturales. En cuanto a los factores de riesgo psicológicos: incapacidad para entender las consecuencias de la iniciación precoz de las relaciones sexuales.

Datos preliminares de INEI-ENDES (2016); en el Perú, 14 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad han sido madres o están embarazadas. En los últimos 20 años, a pesar de los esfuerzos del Estado y la sociedad, no se ha logrado reducir esta cifra. En el año 2015 se observó una leve reducción en el porcentaje de embarazo adolescente, esta tendencia parece mantenerse en el año 2016, al pasar de 13.6 a 12.7%. El embarazo en adolescentes de 15 a 19 años de edad refleja distintas realidades de nuestro país. Expresa un problema de derechos humanos, de inequidad y de injusticia social en el país.

Las adolescentes que ya son madres corren un alto riesgo de tener nuevamente un embarazo no planificado. Ello debido a causas asociadas a la exclusión y el poco acceso a servicios de planificación familiar.

Alonso Uría; Rosa María et al. (2016; pp. 2- 6 ); sustenta que el embarazo en la adolescencia: identificó algunos factores biopsicosociales como incidencia de embarazo en la adolescencia fue de 13,2 %, predominó el embarazo en la adolescente tardía para un 52,9 %, el nivel de escolaridad fue bajo en el 86,2 %, y un 82,2 % eran de amas de casas. Es de destacar la importancia de la consulta de orientación a la embarazada adolescente para el correcto tratamiento de la gestación y de su descendencia, así como el papel de la educación sexual en la salud reproductiva.

Embarazo en adolescentes como factor de riesgo para maltrato fetal según Ramos Gutiérrez Ruth Yesica, et al (2009, p. 48), afirma en su estudio de casos y controles, la población de investigación fueron mujeres embarazadas en quienes se identificó maltrato fetal y los controles fueron embarazadas sin maltrato fetal. El tamaño de la muestra tomó en cuenta: alfa de 95%, beta 20%, relación de grupo de estudio 1:1, frecuencia de embarazadas adolescentes con maltrato fetal 27.8%, frecuencia de embarazadas adolescentes sin maltrato fetal de 19.6%. La frecuencia de adolescentes que ocasionaron maltrato fetal se obtuvo de un estudio piloto realizado en 97 madres con maltrato fetal y 97 madres sin éste. El maltrato fetal se documentó mediante una entrevista estructurada que se aplicó en forma directa a las madres de los casos y de los controles por un médico y una psicóloga en las primeras 24 horas del nacimiento de su hijo. Los casos fueron las madres que refirieron llevar control prenatal insuficiente, consumir drogas, como: alcohol, tabaco, cocaína, marihuana entre otras, o si fue agredida físicamente durante el embarazo. Cuando se identificó un caso, la mujer que le seguía y no ocasionó maltrato fetal se tomó como control. Se realizó un análisis descriptivo del grupo de casos y, posteriormente, se evaluó la asociación de ser madre adolescente y maltrato fetal. En la evaluación del factor de riesgo la variable dependiente fue el maltrato fetal y la variable independiente ser madre adolescente; es decir, ser menores de 19 años de edad. La estimación del riesgo relativo y la fuerza de asociación entre el factor de riesgo y el maltrato fetal se efectuaron con razón de momios. Concluye su análisis que de las 333 mujeres que incurrieron en maltrato fetal, la forma más frecuente fue el control prenatal inadecuado en 284 (69.7%) casos, seguido por el consumo de drogas en 100 (24.5%) y agresión física a la mujer embarazada en 23 (5.6%). Un grupo de 69 mujeres (20.7%) realizó combinaciones de las diferentes formas de maltrato fetal.

Mora Cancino, Ana María (2015, p. 25); en su artículo Embarazo en la adolescencia afirma que en México, el 20% de los nacimientos anuales ocurren en mujeres menores de 20 años de edad. Que los riesgos son mayores conforme menor es la edad de la gestante, en especial cuando las condiciones sociales y económicas hacen que el cuidado de la salud sea inferior a lo ideal, lo que es determinante en el desarrollo psicosocial posterior. Los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, con escasa autoestima y asertividad, tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a usar con menor frecuencia anticonceptivos, y en el caso de las jóvenes, a embarazarse, con el riesgo de llegar al aborto ante la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una mejor decisión. Es imprescindible, por lo

tanto, tomar en cuenta el contexto cultural y las características especiales de la familia para entender en forma precautoria la situación de la adolescente en riesgo de embarazo.

Acevedo, M. Gómez, D., Arbelo, D. & Rodríguez, I. (2010, p. 12), en su exploración de los factores que podrían estar ligados con la ocurrencia del embarazo adolescente en dos áreas urbanas del departamento de Boyacá. Obtuvo como resultados que la media de edad 18 años; 24,00% menores de 17 años; media de escolaridad 9,6 años; 51,60% sin bachillerato completo; edad promedio de las parejas 22,7 años (rango 17-43); 58,00% manifiesta tener pareja estable; edad promedio de inicio de la vida sexual 15,9 años; 12,90% inició su sexualidad con 14 años o menos; para 25,80% este era su segundo embarazo; 8,50% con antecedente de al menos un aborto; 32,30% clasifica como embarazos francamente no deseados; se registra un muy bajo nivel de conocimiento y por ende, de utilización de métodos de planificación familiar.

Rodríguez Gázquez, María de los Ángeles (2010, p 22) sustenta que la sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La Salud Sexual y Reproductiva (RRS) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

La sexualidad hace parte normal del desarrollo del adolescente. Ella es fuente de comunicación y se expresa principalmente en tres áreas: la genital o biológica que se expresa en los aspectos fisiológicos, el área erótica relacionada con la búsqueda de placer, y la moral expresada en la estructura social fijados en los valores aceptados. La esfera de la sexualidad introduce a los adolescentes en un conjunto de escenarios de riesgo, frente a los cuales toman decisiones de acuerdo con determinadas concepciones sobre la salud y la enfermedad, sobre el cuerpo y sobre los valores que le inculcó la sociedad. En la experiencia diaria puede observarse que hay adolescentes que pueden ser perfectamente conscientes de los riesgos y conocen las consecuencias de ser activos sexualmente, así como otros que desconocen por completo. Es así como este grupo necesita servicios de consejería en SSR para que puedan aclarar las preguntas sobre las formas de evitar embarazo no deseado, y de cómo disminuir los riesgos de adquirir una ITS, incluida el VIH/SIDA.

Lion, Katherine C & Stewart, Chris, analiza en su estudio; La maternidad en adolescentes de Nicaragua: una evaluación cuantitativa de factores asociados; concluye que la edad media de todas las encuestadas fue 16.9 años y el 62% vivía en áreas urbanas, 40% tenía algo de educación primaria y el 51% había cursado al menos un año de educación secundaria. El 22% de las encuestadas vivía con una pareja o esposo (17% y 5%, respectivamente) y el 96% conocía métodos anticonceptivos; sin embargo, sólo el 11% conocía el ciclo ovulatorio. El 35% de las encuestadas había tenido una relación sexual y el 25% había sido madre. La edad media de la primera relación sexual fue a los 18.9 años, mientras que la edad mediana al primer nacimiento fue a los 19.6 años. En comparación con la muestra completa, las encuestadas que habían tenido relaciones sexuales tenían menos posibilidades de vivir en áreas urbanas (55%) o de haber asistido a la escuela secundaria (37%); en contraste, una proporción mayor de mujeres sexualmente activas (64%) vivía con su pareja o marido (49% y 15%, respectivamente) y el 71% ya había sido madre. Entretanto, dos tercios de las mujeres sexualmente activas habían usado un método anticonceptivo moderno y 4 de cada 10 informo estarlos utilizando. Entre las 343 encuestadas sexualmente activas que no querían quedar embarazadas dentro de los próximos dos años pero que dijeron no utilizar un método moderno, las razones mayormente citadas fueron que no estaban casadas ni viviendo en unión consensual (44%) o que no tenían relaciones sexuales con frecuencia (38%), seguido de oposición ya fuera personal o por parte de la pareja (8%), miedo a efectos secundarios (6%), porque el lugar para obtenerlos estaba demasiado lejos (2%) y porque no sabía dónde obtenerlos (1%, no se muestra).

Espinoza, Steven Pedro et al (2016, p 18) de 255 adolescentes entre las edades de 15 a 19 años de edad, pertenecientes a los barrios Canal y Central del municipio de Bluefields en el periodo de marzo del 2014 a febrero del 2015. Resultados: Los barrios Canal y Central del municipio de Bluefields muestran una prevalencia de embarazo (26.7%) de las 255 adolescentes en total, con significancia estadística con los datos sociodemográficos como la edad, escolaridad, ocupación, etnia, estado civil y religión; además de la relación con la mayoría de los distintos factores de tipo socioeconómicos, familiares y personales a los que se encuentran expuesta la población en nuestro estudio

En Centroamérica, nacen cada año entre 99 y 139 niños por 1,000 mujeres de 15 a 19 años de edad, a excepción de Costa Rica. Cerca de dos terceras partes de las mujeres de 15 a 19 años de edad, probablemente tendrán un hijo antes de llegar a los 20 años.

### **Antecedentes Nacionales**

Datos de ENDESA (2011-2012) señalan que la edad promedio en que las mujeres inician sus relaciones sexuales es de 16.8 años. En la zona urbana es de 17.9 y la rural 16.6.

Toda niña o adolescente embarazada (menor de 14 años), ha sido violada. Nuestro marco jurídico establece como delito que una persona adulta tenga relaciones sexuales con una niña o adolescente menor de 14 años. La niña o adolescente que queda embarazada producto de una violación no debe ser obligada a llevar a término ese embarazo, que además de poner en riesgo su vida, le provoca dolor y sufrimiento emocional, cortándole la posibilidad de disfrutar de esa etapa de su vida y de desarrollarse normalmente.

Las adolescentes entre 15 y 19 años de edad, tienen el doble de probabilidad de morir a causas de complicaciones durante el embarazo, que las mujeres entre los 20 y 24 años de edad, y las menores de 15 años de edad tienen un riesgo 4 veces mayor.

Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes a nivel Latinoamérica. El 26.3% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 110 de cada 1,000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres. El porcentaje más alto de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas lo presenta Jinotega con un 38%, seguido de la Costa Caribe con un 30%. Managua y León con un 20%. (UNICEF y el CECC-SICA, 2012) siendo la fecundidad de las adolescentes del área rural supera en un 75% a las del área urbana. El 46% de las adolescentes sin educación eran madres o estaban embarazadas de su primer hijo. Los partos entre las adolescentes y jóvenes son más frecuentes en el área rural y aumentan en la medida en que viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas.

En Nicaragua el 15% de las mujeres de entre 15 y 49 años no tiene la posibilidad de planificar sus embarazos. La mayoría de las adolescentes embarazadas son pobres, con poca o nula educación y menos oportunidades de terminarla; y madres solteras, sin pareja. Por tanto, es un problema que afecta y amenaza el avance en las metas del Milenio relativas a reducción de la pobreza, expansión de la educación y mejoras en la salud materno-infantil, es frecuente el abandono de los estudios, lo que reduce futuras oportunidades de lograr buenos empleos y las posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección, y la proporción de mujeres entre 20 y 24 años que tuvo un hijo durante la adolescencia es más del doble entre las más pobres que entre las que están en el estrato socioeconómico más alto.

El número de nacimientos en madres de 10 a 14 años se ha incrementado en la última década en un 47.9%, según datos de mientras el 25% de todos los nacimientos en Nicaragua viene de madres adolescentes de 15 a 19 años.

Una cuarta parte de todos los nacimientos en Nicaragua, 35.000 al año son de mujeres entre 15 y 19 años; éstas tienen la razón más alta de muerte materna, ya que por cada 100,000 embarazadas menores de 15 años, 180 se mueren.

Nicaragua es un país con mucha pobreza, tradiciones rurales y tradiciones católicas; esta combinación de factores dificultan que las niñas tengan acceso a una educación sexual de calidad, esta combinación crea una sociedad que normaliza el silencio sobre las relaciones sexuales, y por esta razón las mujeres y los hombres no conocen métodos anticonceptivos, y cuando sí conocen sobre los métodos, el acceso a los mismos puede ser difícil.

CECC-SICA, (2012); afirma que el 88% de los casos de la violencia sexual son reportados por las mujeres jóvenes. Estas violencias pueden resultar en embarazos. Están frente a una cultura de silencio y conservadora, formando parte de una dinámica de violencia sexual en la que ellas no eligieron participar.

De igual manera, los riesgos físicos con un embarazo son más serios cuando la mujer es más pequeña. Cuando se ve la información de los embarazos de las niñas, es muy difícil entender la falta de esfuerzos para cambiar esta situación.

### 1.3. Justificación

Originalidad: Basado en la una búsqueda exhaustiva de estudios similares, nacionales e internacionales existen diferentes investigaciones de este índole, pero no se encontró en Nicaragua, en la Isla de Ometepe, carece de un estudio similar, lo que motivo a profundizar en esta temática y retomar intervenciones de promoción y prevención para disminuir los caso de embarazos en esta zona turística. En este sentido hay cinco aspectos que se destacan en este estudio:

Conveniencia institucional: el enfoque está dirigido a conocer los factores de riesgo asociados al incremento de los caso de los embarazos a esta edad, pues es considerada como un problema de salud del SILAIS, es un grupo vulnerable, debido a las consideraciones socio económico y cultural no apropiado para ser madre a tan pequeña edad.

Relevancia Social: la investigación tiene trascendencia para la nación, para el ministerio de salud, familia y la misma adolescente. Ya que las consecuencias del embarazo en la adolescencia, son permanentes, y producen efectos adversos a nivel individual, familiar y social. Las adolescentes que quedan embarazadas poseen menores oportunidades de continuar invirtiendo en capital humano, con consecuencias directas para su bienestar socioeconómico de largo plazo. A nivel familiar, además de aumentar la relación de dependencia económica, refuerza el papel reproductivo y doméstico de las mujeres

Valor Teórico: su aporte científico al mundo académico y servicios de salud, para tomas de decisiones y ejecutar nuevas estrategias enfocado a la prevención y promoción de evitar embarazos, planificación familiar y educación sexual y reproductivas.

Relevancia Metodológica: este estudio sienta las bases holísticas y sistémicas, para mejorar la forma de investigar e intervenir esta problemática compleja.

Importancia e implicaciones prácticas económico, social y productiva: Dado que esta investigación permitirá ampliar y profundizar los conocimientos sobre la evolución del Sistema Nacional de Salud de Nicaragua, así como de la implementación y cambios en su Modelo de Atención en Salud Sexual y Reproductivas en los adolescentes.

#### **1.4. Planteamiento del Problema**

Son muchos los factores que influyen en el aumento de embarazos adolescentes en Nicaragua, entre los principales destacan: factores sociodemográficos como bajo nivel económico y educativo, procedencia rural y disfunción familiar; entre los factores biológicos encontramos: madurez reproductiva precoz, IVSA precoz, promiscuidad y uso de sustancias psicoactivas. Los factores psicológicos también juegan un papel importante en cuanto a los embarazos adolescentes; se ha encontrado que en más del 83% de los embarazos adolescentes está presente la baja autoestima, abuso sexual, maltrato físico y psíquico.

El presente estudio pretende determinar los factores de riesgos asociados a los embarazos en las adolescentes atendidas en el Isla de Ometepe, por lo que pretendemos dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al aumento de los embarazos en adolescentes del municipio de Altagracia, departamento de Rivas, del 1° de Enero 2017 al 31 de Diciembre del 2020?

## **1.5. Objetivos**

### **Objetivo General:**

Identificar los factores de riesgo asociados al aumento de los embarazos en adolescentes del municipio de Altagracia, departamento de Rivas, del 1° de Enero 2017 al 31 de Diciembre del 2020.

### **Objetivos específicos**

1. Describir las características demográficas de las adolescentes en estudio.
2. Conocer los antecedentes no patológicos y ginecoobstétricos de las adolescentes en grupo de estudio
3. Identificar factores de riesgos sociales e individuales de las adolescentes en estudio para salir embarazadas.
4. Determinar factores de riesgos culturales en la familia o comunidad que influenciaron salir embarazada a las adolescentes.
5. Conocer los factores psicológicos que incidieron en que las adolescentes se embarazara

## 1.6 Hipótesis

### Hipótesis Alternativa

- ✚ Los factores de riesgo asociados al incremento de los embarazos en la adolescencia son prevenible

### Hipótesis Nula

- ✚ Los factores de riesgo asociados al incremento de los embarazos en la adolescencia no son prevenible

## **1.6. Marco Teórico**

La adolescencia es definida conceptual y funcionalmente desde varios ángulos disciplinarios: biología médica, psicología y la sociología, entre otros.

Desde la sociología es considerada una representación sociocultural, que se originó en un momento histórico determinado, y que ha venido cambiando en concomitancia con las grandes transformaciones sociales.

Desde esta perspectiva, se la entiende es una relación social transitoria establecida en el ciclo vital humano en el período entre la niñez y la adultez. Se dice que es una relación social porque no puede entenderse sino como parte de la interrelación generacional humana establecida en un determinado período del ciclo vital.

Es transitoria porque el contenido fundamental de esta relación humana está orientado a que los adolescentes adquieran los conocimientos y habilidades básicas para pasar a otra etapa, la adultez (UNFPA-INIM-CASC, 1999). Es decir, se supone que en esta fase la población adolescente es socializada en la línea de "graduarse" para la incorporación al trabajo y al emparejamiento, formando una familia. Sin embargo, esta socialización no se produce en el vacío social, sino en el contexto de las transformaciones que han venido experimentando el país y las representaciones de los actores sociales.

Desde el punto de vista psicológico, la adolescencia es concebida como una etapa de experimentación, de tanteos y errores. Es una fase en la que los estados afectivos se suceden con rapidez y pueden encontrarse disociados de cualquier causa aparente, aspecto que desorienta enormemente a los adultos.

La misma disciplina considera que el comportamiento de los adolescentes está caracterizado por una inestabilidad en los objetivos, los conceptos y los ideales, derivada de la búsqueda de una identidad propia. Es además la etapa en la que comienzan los primeros flirteos, con los que se descubren los juegos de seducción y los sentimientos amorosos en las relaciones interpersonales con compañeros del sexo opuesto.

Las experiencias sexuales directas van sustituyendo al flirteo, como consecuencia de las transformaciones en las representaciones sociales y el desarrollo de los métodos anticonceptivos (Clark, Cledes y Bean, 2000).

Desde el campo de la biología médica, la OPS y la OMS definen la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y los 19 años, y que se desarrollaría en dos fases:

- Adolescencia temprana, desde los 10 a los 14 años,
- y Adolescencia tardía, desde los 15 a los 19 años.

En cierto tramo etario la adolescencia se superpone con la juventud, entendida como el período comprendido entre los 15 y los 24 años. La juventud es una categoría psicológica que coincide con la etapa post pubertad de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social en la definición de la identidad y a la asunción de responsabilidades. Es por ello que la condición de juventud no es uniforme, y varía de acuerdo al grupo social que se considere (OPS y OMS, 1995)

Organismos que trabajan con este grupo poblacional, como la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) aluden a la adolescencia como “una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos” (MINSAP, 2002, p. 16).

El Ministerio de Salud Pública de Cuba y UNICEF Cubana, considera que la adolescencia no es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social. También se señala la dificultad de establecer límites cronológicos para este período, de acuerdo con los conceptos convencionalmente aceptados por la OMS.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Academia Americana de Medicina (AMA), han definido el término de “Embarazo Adolescente(embarazo no planeado ni planificado)”, como:

El embarazo que ocurre en una adolescente (10 a 19 años) o en una pareja que están económicamente dependiendo de otros, no tienen una relación estable, usualmente se ven forzados a interrumpir su proceso de desarrollo humano (escolarización, empleo, planes de vida), abandonada por su pareja y/o familia y para el cual no han adquirido una madurez ni física ni psicológica (Gans, McManus y Newacheck, 1991; McAnarney et al., 1978; McAnarney y Hendee, 1989)

Según la OMS se define el embarazo en la adolescencia como “aquel que se produce entre los 10 y los 19 años de edad”, independientemente del grado de madurez biológica

o psicológica y/o independencia de la y el adolescente en relación con su núcleo familiar.

### **Determinantes de la fecundidad adolescente**

Los factores que influyen sobre la probabilidad de ser madre adolescente, y la complejidad de su interacción, según Di Cesare y Rodríguez (2006), ha propuesto, dos grupos de factores:

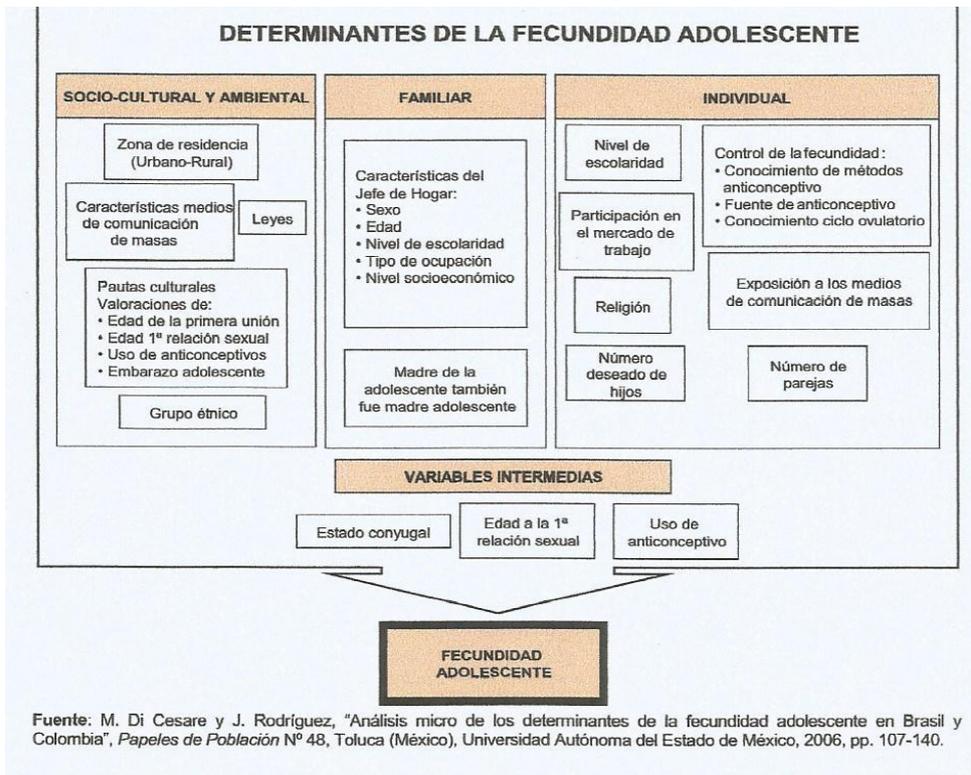
- a) las variables intermedias o determinantes próximos, y
- b) los factores subyacentes de naturaleza sociocultural, ambiental, familiar e individual.

Los determinantes próximos son “factores biológicos y de conducta a través de los cuales las variables económicas, culturales y ambientales afectan la fecundidad” sustenta Del Popolo, Bay y Ferrando, (2003, p. 7).

La característica principal de las variables intermedias es que actúan directamente, y se relacionan como lo expresa la definición previa con condiciones biológicas (etapa fértil de la vida, esterilidad total o transitoria, propensión a embarazos múltiples, etc.) y con comportamientos sexuales (iniciación, regularidad, abstinencia total o por períodos, etc.).

Históricamente vinculados a las pautas de formación y disolución de uniones, a las prácticas anticonceptivas (iniciación, regularidad, eficiencia y tipo de método) y a la frecuencia del aborto espontáneo e inducido (Rodríguez, 2005 a).

Aunque la fecundidad depende directamente de los determinantes próximos, éstos a su vez dependen de los factores subyacentes, y la probabilidad de ser madre adolescente resulta de la interacción escalonada de todos estos factores afirma Di Cesare y Rodríguez, (2006, pp. 25-26).



Factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del "amor romántico" en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

Un trabajo realizado el año 2005 logró determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo, en donde destaca la gran importancia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares presentaron un 20,3% y los sociales un 11,6%.

Se ha visto que el mayor riesgo del embarazo adolescente no parece estar influenciado por las condiciones fisiológicas especiales, sino que es más importante la influencia de las variables socioculturales y las condiciones de cuidado y atención médica que se les proporcione. Frecuentemente se presenta en el contexto de un evento no deseado, originándose en una relación de pareja débil determinando una actitud de rechazo y ocultamiento de su condición por temor a la reacción del grupo familiar, provocando un control prenatal tardío e insuficiente.

La tendencia habla de que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad, aumentando así el riesgo de embarazo. Se ha observado que gran parte de la información es aportada por sus padres, sin embargo el tipo de familia no constituyó un factor que incidiera en éste nivel de conocimientos. Es más, la funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia.

El embarazo adolescente tiene un gran impacto en la salud tanto de la madre como del hijo, es muy importante implementar una adecuada educación sexual que incluya medidas de prevención y promoción de conductas sexuales responsables entre los adolescentes.

### **Consecuencias del Embarazo Adolescente**

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera ha aumentado además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales.

#### 1) Complicaciones somáticas

1.1 Para la madre La mortalidad materna del grupo de 15- 19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años.

Con respecto a la morbilidad materno fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo.

La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro.

Las verdaderas diferencias entre ambos grupos se producen principalmente por la edad de las adolescentes embarazadas, siendo el grupo de mayor riesgo el de las pacientes con edades menores de 16 años, donde se producirían con mayor frecuencia las variables analizadas. Otro factor relevante y quizás más difícil de controlar, es la deteriorada condición biopsicosocial que frecuentemente presentan las adolescentes, destacándose en la revisión como el factor determinante en la aparición de patologías relacionadas con el embarazo adolescente, analiza Díaz A, Sanhueza P. et al. (2002; p. 67)

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo lo que se conoce como *Síndrome de mala adaptación circulatoria*, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal, afirma Ulanowicz M, et al en riesgos en el embarazo adolescente, (2006; pp.13-17)

1.2 Para el hijo: El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural.

Las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables, sustenta Ulanowicz M, et al (2006; pp.13-17)

## 2) Complicaciones Psicosociales

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional.

El 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global, a nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo, es de sólo 9,9% termina afirmando; Molina M., Ferrada C., et al., (2004; pp. 65-70)

La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes; Valdivia M., Molina M; en sus factores psicológicos asociados a la maternidad adolescente en menores de 15 años. (2003; pp. 85-109).

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia.

De acuerdo a Buvinic M. en costos de la maternidad en adolescente en Barbados, (1998; pp, 201-209) la maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta.

La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración.

Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante.

La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. Influye sobre el tamaño de la familia (familias más numerosas), los arreglos familiares (menos familias nucleares tradicionales) y la transmisión de preferencias de maternidad entre generaciones (las madres adolescentes “engendran” madres adolescentes). Lo que es más importante, la maternidad temprana parece arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos.

## **Capítulo II: Diseño Metodológico**

### **2.1. Diseño**

#### **Tipo de estudio:**

De acuerdo al método de investigación el presente estudio es observacional; según el nivel inicial de profundidad del conocimiento es descriptivo (Piura, 2006).

De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo por el período y secuencia del estudio es transversal y según el análisis y alcance de los resultados el estudio es analítico y predictivo (Canales, Alvarado y Pineda, 1996).

Y de acuerdo al enfoque epidemiológico y de salud pública, es un estudio de casos y controles, por su carácter explicativo, orientado a construir y probar hipótesis (Hernández, Fernández y Baptista 2014).

#### **Área de estudio:**

El estudio responde a tres áreas:

- Institucional: Área de Investigación Universitaria, Línea de Investigación I; evaluación del rendimiento académico de la Universidad Autónoma de Nicaragua, Programa Académico del Ministerio de Salud y la Facultad de Ciencia Médicas.
- Por lo técnico del objeto de estudio y especialidad: estará centrada en estudiantes de la Especialidad de Dirección de Servicios de Salud y Epidemiología.
- Geográfico: Se realizó en el municipio de Altagracia, ubicado en la Isla de Ometepe; cuenta con un total 20,579 habitantes, en la zona urbana viven 2,316 habitantes y en la zona rural 18,263 habitantes.

**Universo:**

Por sus características particulares de la investigación, la población objetivo de estudio, estará conformada por 42 adolescentes según el censo gerencial de las embarazadas y por toda adolescente que no este o halla estado embarazada y que demandan atención de salud, durante el periodo de estudio en la unidad de salud de Altagracia.

**Muestra:**

Fue de 42 adolescentes que se encontraban embarazadas y 42 adolescentes que no están y no han estado embarazadas. La técnica muestral utilizada fue “Muestreo por conveniencia”,

**Criterios de Inclusión y Exclusión****✓ Criterios de Inclusión para los casos:**

- Adolescente que se encuentre embarazada o ya parieron durante el periodo de estudio
- Consentimiento informado del tutor para entrevistar a la adolescente.

**Criterios de Exclusión para los casos:**

- Se excluyen de los casos la adolescente que no permite su tutor la entrevista.
- Adolescentes que no han estado ni están embarazadas.

**Criterios de Inclusión para los controles:**

- Se incluyen en los controles a las adolescentes que no han estado embarazadas durante el periodo de estudio.
- Consentimiento informado del tutor para entrevistar a las adolescentes.

**Métodos, Técnicas e Instrumentos para la Recolección de Datos e Información**

La presente investigación se adhiere al paradigma socio-crítico, de acuerdo a esta postura, el conocimiento depende de las prácticas del tiempo y de las experiencias adquiridas.

Por extensión, el conocimiento es sistematizado y la ciencia se desarrolla de acuerdo a los cambios de la vida social y demográfica de las adolescentes.

La praxis, se vincula a la organización del conocimiento científico que existe en un momento histórico determinado, y que a partir de estos razonamientos, la teoría crítica presta especial atención al contexto de la sociedad. (Pérez Porto, 2014).

En cuanto al enfoque se usó datos cuantitativos, para el análisis de la información, integrando una discusión holística-sistémica de diversos métodos y técnicas cuali-cuantitativas de investigación, aplicando el *Enfoque Filosófico Mixto de Investigación* (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, pp. 532-540).

A partir de esta integración metodológica, se aplicarán las siguientes técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación:

#### **Técnicas: Cualitativa-cuantitativa**

Entrevista: para indagar la percepción y/o opinión de las adolescente sobre el embarazo.

#### **Instrumento:**

Se formuló una entrevista única para las adolescentes con el fin de obtener unos datos confiables para ambos grupos.

Para obtener la información se realizaron el siguiente el proceso de acuerdo a objetivos del estudio:

- Validación del instrumento, a través de prueba piloto, del 10% del total del universo este también fueron incluido en la muestra, en el caso que se encontraban incompleto se tomando el inmediato superior con el objetivo de brindar la misma probabilidad de participar en el estudio.
- Elaboración de consentimiento informado para solicitar el consentimiento del tutor en el caso de las adolescentes no embarazadas.
- Solicitud por escrito a las autoridades competentes de la unidad de salud...

#### **Procedimientos y análisis de la información:**

Posterior a la recolección de datos, se precedió a relacionar las información necesarias para responder al problema y objetivos específicos planteados, a través de una serie de tablas de salida, que de acuerdo a los objetivos específicos del estudio, se organizarán a partir del análisis de los datos en forma concreta y sistemática para presentar en forma clara la información de los resultados del análisis estadístico.

El diseño del plan de tabulación responde a los objetivos específicos, se limitó solamente a especificar los cuadros de salida que se presentan según el análisis de frecuencia y descriptivas de las variables importantes.

### **Plan de Análisis Estadístico**

A partir de los datos recolectados, se diseñó la base datos correspondientes, utilizando el software estadístico IBM +SPSS, v. 24 para Windows. Una vez que se realice el control de calidad de los datos registrados, serán realizados los análisis estadísticos pertinentes.

De acuerdo a la naturaleza de cada una de las variables (cuantitativas o cualitativas) y guiados por los objetivos específicos., se realizó los análisis descriptivos correspondientes.

La secuencia que se siguió fue la siguiente:

- Luego de concluido el período de aplicación de la ficha, y se inicia el período de entrevista durante las atenciones (dos semanas). La fecha de inicio del período es arbitraria y la secuencia de las entrevista es aleatoria.
- Si bien las entrevista fueron aleatoria, los encuestadores las efectuarán, sobre la base de una matriz de programación con el fin de organizar los recursos disponibles para el recojo de datos.

Análisis de la información, se realizarán tablas del tipo:

- (a) Univariado para variables continuas,
- (b) Univariado para variables dicotómicas, que permitan describir la respuesta.
- (c) Bivariado: mediante tablas cruzadas entre las variables independientes con la variable dependiente. Las mismas fueron analizadas mediante la prueba de significación estadística  $\chi^2$  (*Ji cuadrado*), para valorar si hubo diferencias estadísticas significativas para las diferentes categorías de las variables independientes. En el caso de encontrar diferencias estadísticas significativas a la prueba  $\chi^2$  se aplicará la Razón de Probabilidad o de Desigualdad (Odds Ratio), para la categoría de mayor prevalencia de casos en relación a la categoría con menor prevalencia de casos; así como el intervalo de confianza al 95% asociados a la estimación puntual del riesgo relativo. A través de la tabla de 2x2.

	Enfermedad o Efecto en estudio	
Factor Causal	Positivo	Negativo
Positivo	A	B
Negativo	C	D

$$OR = a \times d / b \times c$$

Para el análisis se utilizaron los siguientes valores estadísticos e interpretación:

OR > 1 indica asociación positiva o aumento del riesgo en los expuestos

OR = 1 indica que la razón de incidencia de la enfermedad en los grupos expuestos y no expuestos es idéntica, y por tanto no hay una asociación entre exposición y enfermedad.

OR < 1 significa asociación inversa o una disminución del riesgo en los grupos expuestos (factor protector)

A los resultantes OR se les aplicó pruebas de significancia: Chi-cuadrado e intervalo de confianza 95 y valor de P, los cuales se presentaron en cuadros y gráficos con su correspondiente análisis e interpretación.

#### **Consideraciones éticas:**

El carácter retrospectivo del presente estudio conllevó a que cierta información de los participantes sea divulgada; sin embargo, se le proporcionó a cada ficha un código de identificación (Número del expediente / Fecha de nacimiento) que permitió garantizar la confidencialidad de todo participante; de acuerdo a los principios en investigación planteados en la Declaración de Helsinki donde se insta a todo investigador de la salud, de proteger la vida, la salud, dignidad, integridad, intimidad y la confidencialidad de información personal, ya que no se realizó procedimiento alguno, ni se manipuló variables fisiológicas el presente estudio no representó riesgo alguno para la salud de ningún participante.

Por otro lado, previo a la realización del presente estudio fue aprobado por la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, de la Facultad de Ciencias Médicas, Ministerio de Salud, representado por el SILIAS de Rivas; al ser aprobado el tema de estudio por la Área docente, para realizar recolección de la información y la elaboración del informe final, quienes garantizan el cumplimiento de los principios bioéticos de beneficencia, justicia, autonomía y no maleficencia que todo estudio.

Fue necesario utilizar un consentimiento informado donde se explicaron los objetivos del estudio así como también la confidencialidad del mismo, ya que se aplicó una ficha para recolectar los datos.

### **Matriz de Operacionalización de Variables de acuerdos a Objetivos Específicos (MOVI)**

Objetivo Especifico No 1- Conocer las características demográficas de las adolescentes

<b>Variable Conceptual</b>	<b>Subvariables o Dimensiones</b>	<b>Variable Operativa ó Indicador</b>	<b>Técnicas de Recolección de Datos</b>	<b>Tipo de Variable Estadística</b>	<b>Categorías Estadísticas</b>
Características demográficas de las adolescentes	Edad	Periodo de tiempo en años que tiene la adolescente	Expediente clínico	Cuantitativa continua	Edad en años 10 – 14 años 15 -19 años
	Escolaridad	Nivel de aprendizaje o nivel alcanzado de instrucciones	Expediente clínico	Cuantitativa continua	Iletrada Primaria Secundaria Técnico
	Ocupación	Quehacer de las adolescente en su tiempo de labor	Expediente clínico	Cuantitativa continua	Estudiante Labor doméstico Trabaja
	Religión	Conjuntos de creencias, comportamientos propio del ser humano	Expediente clínico	Cuantitativa continua	Católica Evangélico Testigo de Jehová Otros
	Procedencia	Lugar donde	Expediente	Cuantitativa	Urbano Rural

		proviene la adolescente	te clínico	continua	
	Estado Civil	Calidad o posición que ocupa la adolescente ante la sociedad o familia	Expediente clínico	Cuantitativa continua	Casada Soltera A acompañada

Objetivo Especifico No 2- Identificar los antecedentes no patológicos y ginecoobstétricos de las adolescentes

<b>Variable Conceptual</b>	<b>Subvariables o Dimensiones</b>	<b>Variable Operativa ó Indicador</b>	<b>Técnicas de Recolección de</b>	<b>Tipo de Variable Estadística</b>	<b>Categorías Estadísticas</b>
Antecedente no patológicos y ginecoobstétricos de las adolescentes	Hábitos tóxicos	Consumo de sustancias dañinas para la salud sobre todo en las adolescente al salir embarazada	Expediente clínico	Dicotómica	Sí__ No__ Fuma Si Licor Drogas Fármacos
	Antecedentes Gineco Obstétricos	Situaciones vividas o desfavorables desarrolladas durante el embarazo de riesgo que puede desencadenar complicaciones	Expediente clínico	Dicotómica	Sí__ No__ Aborto Anterior Embarazo Anterior Planificación Familiar Planificación Familiar de urgencia No de

					parejas IVSA
--	--	--	--	--	--------------

Objetivo Especifico No 3- Identificar factores de riesgos sociales e individuales de las adolescentes en estudio para salir embarazadas.

<b>Variable Conceptual</b>	<b>Subvariables o Dimensiones</b>	<b>Variable Operativa ó Indicador</b>	<b>Técnicas de Recolección de</b>	<b>Tipo de Variable Estadística</b>	<b>Categorías Estadísticas</b>
Factores de Riesgos del embarazo en las adolescentes.	Factores de riesgos sociales	Convivencias conflictivas en el núcleo familiar	Expediente clínico	Dicotómica	Sí___ No___ No apoyo de la familia Fracaso o deserción del sistema educativo
	Factores de riesgos individuales	Falta de conformidad de las normas sociales durante la adolescente	Expediente clínico	Dicotómica	Sí___ No___ Falta de acceso a educación sexual Situación de calle, pandillas y explotación sexual

Objetivo No 4- Determinar el nivel de conocimiento sobre las complicaciones del embarazo durante la adolescencia

<b>Variable Conceptual</b>	<b>Subvariables o Dimensiones</b>	<b>Variable Operativa ó Indicador</b>	<b>Técnicas de Recolección de</b>	<b>Tipo de Variable Estadística</b>	<b>Categorías Estadísticas</b>

Factores de riesgo culturales en la familia o comunidad	Factores de riesgo culturales en la familia o comunidad	Condiciones determinantes del comportamiento de las adolescentes ante la sociedad	Expediente clínico	Dicotómica	Sí___ No___ Machismo Bajo nivel educativo de los padres Abandono de estudio de la adolescentes
---	---	---	--------------------	------------	--

Objetivo No 4- Determinar factores de riesgos culturales en la familia o comunidad que influenciaron salir embarazada a las adolescentes

<b>Variable Conceptual</b>	<b>Subvariables o Dimensiones</b>	<b>Variable Operativa ó Indicador</b>	<b>Técnicas de Recolección de Datos</b>	<b>Tipo de Variable Estadística</b>	<b>Categorías Estadísticas</b>
Factores de riesgo culturales en la familia o comunidad	Factores de riesgo culturales en la familia o comunidad	Condiciones determinantes del comportamiento de las adolescentes ante la sociedad	Expediente clínico	Dicotómica	Sí___ No___ Machismo Bajo nivel educativo de los padres Abandono de estudio de la adolescentes

5. Conocer los factores psicológicos que incidieron en que las adolescente se embarazara

<b>Variable Conceptual</b>	<b>Subvariables</b>	<b>Variable Operativa</b>	<b>Técnicas de</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Categorías</b>
----------------------------	---------------------	---------------------------	--------------------	-------------------------	-------------------

	<b>bles o Dimensio nes</b>	<b>ó Indicador</b>	<b>Recolecc ión de Datos</b>	<b>Estadístic a</b>	<b>Estadístic as</b>
Factores de riesgos psicológicos	Condiciones presentes en se encuentre presente en una determinada situación de la adolescente	Expediente clínico	Dicotómica	Sí___ No___ Incapacidad de percibir las consecuencias de iniciar relaciones sexuales precoz Presión de grupos y pares Necesidad de probar fecundidad Abuso sexual VIF	Factores de riesgos psicológicos

## Capítulo III. Desarrollo

### 3.1. Resultados

Se realizó un estudio de casos de controles para identificar los factores de riesgo existente en las adolescentes del municipio de Altagracia en la Isla de Ometepe, llegando a los siguientes resultados:

Características demográficas más importantes; en los casos edad de 15-19 años con 90.7% (38); escolaridad secundaria /técnico 88.0% (37), trabaja o desempeñan labores en el hogar 86.1% (35), religión católica 66.6% (28), procedencia rural 90.4% (38), estado civil acompañada/ casada 61.8% (26); en los controles edad de 15-19 años con 73.8% (31); escolaridad secundaria /técnico 85.6% (36), trabaja o desempeñan labores en el hogar 61.8% (26), religión católica 64.2% (27), procedencia rural 64.2% (27), estado civil acompañada/ casada 66.6% (28).

En relación a la presencia de hábitos tóxicos presente en las adolescentes: tantos en casos controles 16.6% (7) tenían hábitos no saludables: ingerían licor 16.6%(7) en ambos grupos, fumaban 7.1%(3) casos; 4.7% (2) en controles. En cuantos a la presencia de antecedentes gineco Obstetra con vida sexual activa actual en caso 100% (42), controles 43.8% (18), usa condones en sus relaciones sexuales en casos 47.6%(20), controles 14,2% (6), embarazo previo al actual casos 19% (5), controles 7.2% (3), con aborto anterior en casos 4,7%%(3), controles 4.7% (2)

Al indagar sobre la presencia de factores de riesgos probable que se asocia al aumento de los embarazos en adolescentes; en relación a los riesgos sociales 38.0% (16) de los casos y 59.5% (25) de controles consideran tener este tipo de riesgo ante la sociedad de los cuales predomino fracaso o deserción del sistema educativo para ambos grupos con un 100%, problemas en las relaciones interpersonales y de comunicación con los padres o familia 81.2% (13) casos, 24% (6) controles.

En cuantos a factores de riesgos individuales 66.6%(28) casos, 61.9%(26) controles; asumen tener algún riesgo de forma individual; predominando; en casos falta de acceso a educación sexual adecuada 100% (28); rebeldía, hostilidad, impulsividad e inestabilidad emocional 46.4% (13), en controles; adolescentes en situación de calle, pandillas y

explotación sexual 46.1%(12); falta de acceso a educación sexual adecuada42.3% (11), grupos de amigos(as) con conductas de riesgo34.6% (9)

Factores de riesgos culturales, familiar o comunitario asociados a los embazados 92.3% (39) se presume que hay riesgo tales como presencia del machismo 100% (39), antecedentes de embarazo en la madre 71.7% (28), abandono de estudio por parte de la adolescente 64.1% (25), bajo nivel educativo de los padres 43.4 (17), en controles machismo 100% (28), abandono de estudio 96.4% (27)

Ante la presencia de riesgos psicológicos se identificó que 78.5% (33) de casos, 85.7% (36) controles; hay factores de este índole; incapacidad de percibir las consecuencias de salir embarazada 100% (33); (36) respectivamente en casos y controles, incapacidad de percibir las consecuencias de iniciar relaciones sexuales precoz 93.9% (31) casos, 50% (18) controles.

Concluimos que los factores de riesgo de acuerdo a características demográficas tenemos; Religión católica OR 1.11, V P 0.05; procedencia rural OR 5.17,  $X^2$  6,80, estado civil soltera OR 1.2; hábitos tóxicos OR 1.52; V P 0.50; aborto anterior OR 1.00; V p 0.61; embarazo anterior OR 3.05;  $X^2$  2.61, uso de condones OR 5.45;  $X^2$  10.81. También influyen los factores de riesgos individuales OR 2.20;  $X^2$  2.38; riesgo culturales/familiares /comunidad OR 6.50;  $X^2$  7.37; falta de conocimiento sobre las complicaciones OR 1.84;  $X^2$  1.81, factores protector riesgos sociales y psicológicos

### 3.2. Análisis y Discusión

En cuantos a las características demográficas más importantes en el presente estudio tanto en caso como controles fueron; edad de 15-19 años; escolaridad secundaria /técnico, trabaja o desempeñan labores en el hogar, religión católica, procedencia rural, estado civil acompañada/ casada. Resultados que son similares a otros estudios consultados y revisados por el autor.

De acuerdo informe de la OPS en América Latina, un tercio de los embarazos ocurren en mujeres menores de 18 años de edad, siendo casi el 20% de ellas menores de 15 años. A su vez, las proyecciones para décadas posteriores al año 2020 señalan que América Latina y el Caribe alcanzarán las mayores tasas de fertilidad juvenil en todo el mundo, también indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1,000 adolescente. Aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año. Dicha situación pone en riesgo la salud materno-fetal, ya que las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en estas menores.

Endesa refiere que Nicaragua, posee uno de los porcentajes más altos en cuanto a embarazos adolescentes, 25.9% de las adolescentes comprendidas entre el grupo de 15 a 19 años de edad, ha estado embarazada alguna vez, siendo las procedentes de las zonas rurales y con menor nivel educativo las mayores afectadas.

De acuerdo a González-Quiñones, Juan C. (2012, p. 88) factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana fue la edad media fue de 15,3 años, los cuales han recibido información sobre planificación en 80 %, reconocer ciclo menstrual: 32 %. La prevalencia de haber tenido relaciones sexuales es de 40 %, con vida sexual activa 20 %. Siendo la prevalencia de embarazo 4% y de aborto de 1%.

Factores de riesgo más frecuente fueron; no haber recibido información sobre planificación versus entender con dudas sobre planificación (OR 0,1 con IC 95 % de 0,03-0,4). Haber tenido aborto previo (OR 7,8 IC 95 % 2,3-25,8). No planificó en primera relación (OR de 3,9 IC 95 % de 2,2-7). No se identificó como factores de riesgo la autoestima, la relación con padres y la percepción de futuro. Datos similares al presente estudio.

De acuerdo a Rodríguez Rodríguez, Niurka, et al. (2017), los factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en Cuba, son; tener sus primeras relaciones sexuales entre 15 y 19 años y no poseer conocimiento sobre complicaciones del embarazo en la adolescencia.

De acuerdo a datos preliminares de INEI-ENDES (2016); en el Perú, 14 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad han sido madres o están embarazadas. En los últimos 20 años, a pesar de los esfuerzos del Estado y la sociedad, no se ha logrado reducir esta cifra. En el año 2015 se observó una leve reducción en el porcentaje de embarazo adolescente, esta tendencia parece mantenerse en el año 2016, al pasar de 13.6 a 12.7%. El embarazo en adolescentes de 15 a 19 años de edad refleja distintas realidades de nuestro país.

En cambio Acevedo, M. Gómez, D., Arbelo, D. & Rodríguez, I. (2010, p. 12), afirma que los factores que podrían estar ligados con la ocurrencia del embarazo adolescente en dos áreas urbanas del departamento de Boyacá. Obtuvo como resultados que la media de edad 18 años; 24,00% menores de 17 años; media de escolaridad 9,6 años; 51,60% sin bachillerato completo; edad promedio de las parejas 22,7 años (rango 17-43); 58,00% manifiesta tener pareja estable; edad promedio de inicio de la vida sexual 15,9 años; 12,90% inició su sexualidad con 14 años o menos; para 25,80% este era su segundo embarazo; 8,50% con antecedente de al menos un aborto; 32,30% clasifica como embarazos francamente no deseados; se registra un muy bajo nivel de conocimiento y por ende, de utilización de métodos de planificación familiar.

En cuantos datos de Lion, Katherine C & Stewart, Chris, la maternidad en adolescentes de Nicaragua: se presenta a la edad media de todas las encuestadas fue 16.9 años y el 62% vivía en áreas urbanas, 40% tenía algo de educación primaria y el 51% había cursado al menos un año de educación secundaria. La edad media de la primera relación sexual fue a los 18.9 años, mientras que la edad mediana al primer nacimiento fue a los 19.6 años. En comparación con la muestra completa, las encuestadas que habían tenido relaciones sexuales tenían menos posibilidades de vivir en áreas urbanas (55%) o de haber asistido a la escuela secundaria (37%); en contraste, una proporción mayor de mujeres sexualmente activas (64%) vivía con su pareja o marido (49% y 15%, respectivamente) y el 71% ya había sido madre.

Entretanto, dos tercios de las mujeres sexualmente activas habían usado un método anticonceptivo moderno y 4 de cada 10 informó estarlos utilizando. Entre las 343 encuestadas sexualmente activas que no querían quedar embarazadas dentro de los próximos dos años pero que dijeron no utilizar un método moderno, las razones mayormente citadas fueron que no estaban casadas ni viviendo en unión consensual (44%) o que no tenían relaciones sexuales con frecuencia(38%), seguido de oposición ya fuera personal o por parte de la pareja (8%), miedo a efectos secundarios (6%), porque el lugar para obtenerlos estaba demasiado lejos (2%) y porque no sabía dónde obtenerlos (1%, no se muestra).

Espinoza, Steven Pedro et al (2016, p 18) de 255 adolescentes entre las edades de 15 a19 años de edad, pertenecientes a los barrios Canal y Central del municipio de Bluefields muestran una prevalencia de embarazo (26.7%) de las 255 adolescentes en total, con significancia estadística con los datos sociodemográficos como la edad, escolaridad, ocupación, etnia, estado civil y religión; además de la relación con la mayoría de los distintos factores de tipo socioeconómicos, familiares y personales a los que se encuentran expuesta la población en nuestro estudio

En Centroamérica, nacen cada año entre 99 y 139 niños por 1,000 mujeres de 15 a 19 años de edad, a excepción de Costa Rica. Cerca de dos terceras partes de las mujeres de 15 a 19 años de edad, probablemente tendrán un hijo antes de llegar a los 20 años.

Datos de ENDESA (2011-2012) señalan que la edad promedio en que las mujeres inician sus relaciones sexuales es de 16.8 años. En la zona urbana es de 17.9 y la rural 16.6.

Las adolescentes entre 15 y 19 años de edad, tienen el doble de probabilidad de morir a causas de complicaciones durante el embarazo, que las mujeres entre los 20 y 24 años de edad, y las menores de 15 años de edad tienen un riesgo 4 veces mayor.

Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes a nivel Latinoamérica. El 26.3% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 110 de cada 1,000 mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres. El porcentaje más alto de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas lo presenta Jinotega con un 38%, seguido de la Costa Caribe con un 30%. Managua y León con un 20%. (UNICEF y el CECC-SICA, 2012) siendo la fecundidad de las adolescentes del área rural supera en un 75% a las del área urbana. El 46% de las adolescentes sin educación eran madres o estaban embarazadas de su primer hijo. Los partos entre las adolescentes y jóvenes son más frecuentes en el área rural y aumentan en la medida en que viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas.

En Nicaragua el 15% de las mujeres de entre 15 y 49 años no tiene la posibilidad de planificar sus embarazos. La mayoría de las adolescentes embarazadas son pobres, con poca o nula educación y menos oportunidades de terminarla; y madres solteras, sin pareja. Por tanto, es un problema que afecta y amenaza el avance en las metas del Milenio relativas a reducción de la pobreza, expansión de la educación y mejoras en la salud materno-infantil, es frecuente el abandono de los estudios, lo que reduce futuras oportunidades de lograr buenos empleos y las posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección, y la proporción de mujeres entre 20 y 24 años que tuvo un hijo durante la adolescencia es más del doble entre las más pobres que entre las que están en el estrato socioeconómico más alto.

En relación a la presencia de hábitos tóxicos presente en las adolescentes: para ambos grupos: ingerían licor y fumaban. En cuantos a la presencia de antecedentes gineco

Obstetra para casos/controles tenían vida sexual activa actual, uso condones en sus relaciones sexuales; con embarazo y aborto previo al actual, del presente estudio coincide con las literaturas consultadas: según Ramos Gutiérrez Ruth Yesica, et al (2009, p. 48), afirma en su estudio de casos y controles, las madres que refirieron llevar control prenatal insuficiente, por consumir drogas, como: alcohol, tabaco, cocaína, marihuana entre otras, o si fue agredida físicamente durante el embarazo.

En los factores de riesgos sociales, se observó que para ambos grupos persisten la deserción del sistema educativo; problemas en las relaciones interpersonales y de comunicación con padres o familia. En los riesgos individuales; falta de acceso a educación sexual adecuada; rebeldía, hostilidad, impulsividad e inestabilidad emocional, adolescentes en situación de calle, pandillas y explotación sexual, en factores de riesgos culturales, familiar o comunitario asociados a los embarazados se presume que hay riesgo tales como presencia del machismo; antecedentes de embarazo en la madre, abandono de estudio por parte de la adolescente, bajo nivel educativo de los padres. Y ante la presencia de riesgos psicológicos se identificó que hay incapacidad de percibir las consecuencias de salir embarazada, incapacidad de percibir las consecuencias de iniciar relaciones sexuales precoces, resultados iguales o similares a los consultados; así confirma Rodríguez Rodríguez, Niurka, et al. (2017), que los factores de riesgo asociados al embarazo tenemos tener sus primeras relaciones sexuales entre 15 y 19 años y no poseer conocimiento sobre complicaciones del embarazo en la adolescencia. A pesar que la gran mayoría las adolescentes conocían la edad óptima para embarazarse y no consideran el aborto como método anticonceptivo.

Mora Cancino, Ana María (2015, p. 25); en su artículo Embarazo en la adolescencia afirma que en México, el 20% de los nacimientos anuales ocurren en mujeres menores de 20 años de edad. Que los riesgos son mayores conforme menor es la edad de la gestante, en especial cuando las condiciones sociales y económicas hacen que el cuidado de la salud sea inferior a lo ideal, lo que es determinante en el desarrollo psicosocial posterior. Los jóvenes con baja escolaridad, con menores expectativas académicas y laborales, con escasa autoestima y asertividad, tienden a iniciar a más temprana edad su vida sexual activa, a usar con menor frecuencia anticonceptivos, y en el caso de las jóvenes, a embarazarse, con el riesgo de llegar al aborto ante la falta de condiciones y conocimientos que faciliten una mejor decisión. Es imprescindible, por lo tanto, tomar en cuenta el contexto cultural y las características especiales de la familia para entender en forma precautoria la situación de la adolescente en riesgo de embarazo.

De acuerdo a Amado Antonio García Odio; (2017); los factores de riesgo individuales, la dificultad para planear proyectos futuros; dentro de los factores de riesgo familiares: poca comunicación entre la familia y la adolescente; dentro de los factores de riesgo socio económicos: per cápita familiar bajo; el bajo nivel educacional dentro de los factores de riesgo culturales. En cuanto a los factores de riesgo psicológicos: incapacidad para entender las consecuencias de la iniciación precoz de las relaciones sexuales.

Aunque la fecundidad depende directamente de los determinantes próximos, éstos a su vez dependen de los factores subyacentes, y la probabilidad de ser madre adolescente resulta de la interacción escalonada de todos estos factores afirma Di Cesare y Rodríguez, (2006, pp. 25-26). Tales como; factores de riesgo individuales: menarquia precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar; factores de riesgo familiares; como disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres; factores de riesgo sociales: como bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes.

Un trabajo en 2005 logró determinar la influencia de cada uno de estos grupos de factores de riesgo, en donde destaca la gran importancia de los factores individuales presentando una frecuencia de 71,6%, mientras que los factores familiares presentaron un 20,3% y los sociales un 11,6%.

La funcionalidad de las familias de las embarazadas se encuentra alterada en el 33% de los casos, lo que hace que las adolescentes no tengan una adecuada madurez emocional, no reciban el apoyo y ni el cariño necesario por parte de su familia.

El embarazo en la adolescencia se relaciona con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales para la madre y para su hijo. Existen indicadores de que dentro del propio grupo de adolescentes son las menores de 15 años las que tienen más riesgo. Algunos de estos riesgos reflejan la inmadurez física y psicosocial de la adolescente

porque al reto que representa el embarazo y la maternidad para el desarrollo personal de cualquier mujer, se suma el de la adolescencia.

Es una etapa de desarrollo que implica grandes cambios físicos conjuntamente con conflictos psicosociales y de redefinición personal. Otros de los riesgos a que se expone la adolescente embarazada y su hijo no necesariamente tienen que ver con la edad materna, sino que pueden reflejar una serie de condiciones de salud, sociales, económicas, psicológicas y familiares que se atribuyeron a la sexualidad temprana y desprotegida de esta edad.

Se ha reportado que el embarazo en la adolescente está relacionado con otras conductas antisociales, como el consumo excesivo de drogas y alcohol, y los actos delictivos, lo que refleja su bajo nivel de aceptación de las normas de conducta de la sociedad. Con respecto al estado anímico y ajuste personal, algunos autores sugieren que el embarazo en la adolescente surge a raíz de sentimientos de rechazo, abandono y soledad, a veces crónicos y casos aparentemente vinculados con una pérdida de un ser querido.

### 3.3. Conclusiones

Las características demográficas más importantes para casos y controles fueron; edad de 15-19 años; escolaridad secundaria /técnico, trabaja o desempeñan labores en el hogar, religión católica, procedencia rural, estado civil acompañada/ casada.

En relación a la presencia de antecedentes de hábitos tóxicos presente en las adolescentes: para ambos grupos: ingerían licor y fumaban. En cuantos a la presencia de antecedentes Gineco Obstetra para casos/controles tenían vida sexual activa actual, uso condones en sus relaciones sexuales; con embarazo y aborto previo al actual.

En los factores de riesgos sociales, se observó que para ambos grupos persisten la deserción del sistema educativo; problemas en las relaciones interpersonales y de comunicación con padres o familia.

En los riesgos individuales; falta de acceso a educación sexual adecuada; rebeldía, hostilidad, impulsividad e inestabilidad emocional, adolescentes en situación de calle, pandillas y explotación sexual.

Factores de riesgos culturales, familiar o comunitario asociados a los embazados se presume que hay riesgo tales como presencia del machismo; antecedentes de embarazo en la madre, abandono de estudio por parte de la adolescente, bajo nivel educativo de los padres.

Factores psicológicos se identificó que hay incapacidad de percibir las consecuencias de salir embarazada, incapacidad de percibir las consecuencias de iniciar relaciones sexuales precoces.

Los factores de riesgo con significancia estadísticas asociados al incremento de embarazos en la adolescencia son; religión católica; procedencia rural, estado civil soltera; hábitos tóxicos; aborto y embarazo anterior, uso de condones, riesgos individuales; riesgo culturales/familiares /comunidad.

### **3.4. Recomendaciones**

#### **SILIAS de Rivas**

- Fortalecer el desarrollo de estrategias intersectorial de promoción sobre una salud sexual responsable, con el objetivo de postergar el inicio de las relaciones sexuales para reducir los embarazos.
- Promover y divulgación a través de los medios de comunicación la dimensión social dirigida a la adolescencia donde se retomando los principios: de Igualdad de Género.

#### **MINED**

- Asegurar la permanencia, acceso y conclusión de la educación primaria y hacer promoción para que continúe la educación secundaria y procuren hacer una carrera técnica, a través de estrategias de vistas a las casa de los tutores de los adolescente.
- Promover la inclusión de la Educación Sexual Integral en el marco curricular municipal en la isla de Ometepe de forma dialogada entre las madres y padres de familia, estudiantes.

#### **Municipio / Comunidad**

- Fortalecer y promover el acceso y garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos en los adolescentes sexualmente activos/as y en madres adolescentes.
- Promover el acceso a los servicios de atención integral con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, donde se le brinde consejería / asesoramiento en Salud Sexual y Reproductiva y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes sexualmente activas/os y madres adolescentes.

## Capítulo IV. Bibliografía

### 1.1. Bibliografía Consultada

1. Alonso Uría; Rosa María et al. Embarazo en la adolescencia: alguno Factores biopsicosociales, Cuba. La Habana. 2016; pp. 2- 6.
2. Acevedo, M., Gómez, D., Arbelo, D. & Rodríguez, I... Morbilidad por embarazo en la adolescencia en el hogar materno infantil “Támara Bunke”. MEDISAN, 2010, pp 976-81
3. Amado Antonio García Odio; Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río... 2018; p. 17.
4. Auchter MC, Balbuena MO. El impacto del embarazo en adolescentes menores de 19 años. Experiencia en Ciudad Corrientes. Rev Enfermedad Hospitalaria 2002 pp. 5-9.
5. Acosta, M. & Cárdenas, V. El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales. Revista Medicina Instituto México Seguro Social, 2012; pp. 371-374.
6. Álvarez, C. (2004). Embarazo en la adolescencia. La sexualidad hacia una consecuencia reflectiva. La Habana, Cuba: Divulgación Científico popular. Editora Política 4o. Congreso Mundial de Sexología. Declaración de los derechos sexuales 1999, p. 473.
7. Álvarez E. Salud Pública y Medicina Preventiva. México: Editorial Manual Moderno; 2009, p.49.
8. Ahued J, Lira J, Assad L. La adolescente embarazada. Un problema de Salud Pública. Cir Ciruj 2001; pp. 300-303.
9. Abatte P., Arriagada P., González G. Texto guía para la autogestión de Jornadas de conversación de Afectividad y Sexualidad, 2014, p 48.
10. Banco central de Nicaragua. Informe anual 2015, p 569.
11. Buvinic M. Costos de la maternidad adolescente en Barbados, Chile, Guatemala y México. Population Council, Studies in Family Planning 1998; pp. 201-209.
12. Carrión G, Parrales G, Antón N. Género, embarazo y adolescencia. Modelos familiares, redes de apoyo y construcción de proyectos personales desde la perspectiva de las adolescentes. Chile: Rev. Int. Investigación Ciencia; 2012; pp. 129-133.

13. Díaz A., Sugg C., Valenzuela M. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y educación previa. Revista SOGIA 2004; pp. 79-83.
14. Donas B Solum. Adolescencia y juventud en América Latina. 1ª ed. Cartago: Libro Universitario Regional; 2013, pp.345-348.
15. Díaz A, Sanhueza P., Yaksic N. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Revista chilena Obstet ginecol 2002; pp. 481-487.
16. Fuentes E, Lobos E. Adolescente Embarazada. 1ª ed. México: UNAM; 1994, p.56
17. Estudio «Completar la escuela en Centroamérica: los desafíos pendientes», elaborado por UNICEF y el CECC-SICA, 2012. Pp. 487- 502.
18. Estrada S. Adolescentes embarazadas. 1ª ed: León, Nicaragua; 2012.14.Lion K, Prata N, Stewart C. La maternidad en adolescentes de Nicaragua: una evaluación cuantitativa de factores asociados. 12 ed. Nicaragua; 2013, p 15.
19. Espinosa A, Mejía G, Abreu G. Adolescencia en Compendio de Medicina General. 2ª ed. México: Editores S.A. de C.V; 2000, p 34
20. Gans, McManus y Newacheck, embarazo que ocurre en una adolescente 1991; p.45.
21. Hamel P. Crónica de un embarazo Anunciado: Criterios de Riesgo en Adolescentes populares Urbanas. Revista De Familias y Terapias, Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar. 1993; pp. 44-62.
22. Herrera JA. Evaluación del riesgo obstétrico en el cuidado en control prenatal. Coloma Medicina 2002; pp. 21-25.
23. Instituto de Estudios Estratégicos y Políticas Públicas (IEEP). Diagnóstico sobre la situación y las causas del embarazo en adolescentes. Antillon C. 1a ed. Managua; 2012; p. 64.
24. Loredó AA, García PC, Monroy VA. Abuso fetal: Loredó AA, editor. Maltrato en niños y adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos, 2004; pp: 150-69.
25. Lira PJ, Simón PL. La adolescente embarazada. Un problema de salud pública. 2001; pp. 300-303.
26. Marfan J., Córdoba C. La educación sexual en América Latina: revisión de algunos programas educativos en la región. Documento presentado al Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM). 2006, pp. 89-90

27. [Molina M., Jara G., Toledo V., et . Enfoque y experiencia en educación sexual del Centro de Medicina y Desarrollo Integral del Adolescente. Rev SOGIA 1996; 3:17-26.
28. MINSAP; Dirección Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los Adolescentes. La Habana. 2016; p16.
29. Molina S Marta, et al. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Chile: Rev. Medicina; 2011. Vol 3; pág. 253.
30. Molina R. Adolescencia y embarazo. Capítulo 14. 2ª ed. Santiago, Chile: Ediciones Técnicas Mediterráneo; 2010, p. 4.
31. McAnarney et al., embarazo que ocurre en una adolescente 1978; p, 76.
32. McAnarney y Hendee, embarazo que ocurre en una adolescente 1989, p.70
33. Molina M., Ferrada C., Pérez R. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. Rev. méd. Chile 2004; pp. 65-70.
34. Ortiz R. Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga. 1ra ed. Bucaramanga: Editorial med-UNAB; 2010, p. 34.
35. Quintero, K. Embarazo de adolescentes y su impacto en la sociedad. Retrieved. Med. Clin. (Chi.) 2010, p 89.
36. Pantelides E. Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. Buenos Aires: Centro de Estudios de Población; 2006., p 50.
37. Panduro BJG, et al. Embarazo en adolescentes y sus repercusiones maternas perinatales. Ginecol Obstet México. 2016; p. 87.
38. Peláez J. Embarazo en la adolescencia. En: Ginecología Infanto-Juvenil. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1999: pp. 190-202
39. Peláez M Jorge. Adolescente embarazada, características y riesgos. Cuba: Rev Cubana Obstet Ginecol; 2013; p. 22.
40. Rodríguez Rodríguez, Niurka, et al. Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes de la Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo en Cuba. 2017, p. 12.
41. Red de Prevención del Embarazo Adolescente. Memoria del trabajo realizado por la Red de Prevención del Embarazo Adolescente durante los años 2004, 2005 y 2006: primer semestre. Medellín: Red de Prevención del Embarazo Adolescente; 2006.
42. Rojas G Dalia, C Patricia, Alarcón O María Helena, Calderón B Patricia. Vivencia del Embarazo en Adolescentes en una institución de protección en Colombia. Colombia. 2010. pp. 313-320.

43. R Sandra. Embarazo en adolescentes aspectos de tipo social psicológico y cultural. 2014, pp. 32-47.
44. Ruiz J, Romero G, Moreno H. Factores de riesgo de salud materno infantil en madres adolescentes de Colombia. *Rev Panama Salud Pública*. 1998; pp. 46-48.
45. Spingarn R, Du Rant R. Male adolescents involved in pregnancy: associated health risk and problem behaviors. *Pediatrics*. 1996; p. 49.
46. Simón YT & Aznar TC. Condicionantes de género y embarazo no planificado, en adolescentes y mujeres jóvenes. *Análisis Psicológico*. 2016; pp. 31- 33.
47. Sayda. Embarazo en adolescentes aspectos de tipo social. Monografía en internet. 2011, p. 34.
48. Stern D. C. El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública*. (Mex.) 2011; pp, 137-143.
49. Santelli J, Beilenson P. Risk factors for adolescent sexual behavior, fertility, and sexually transmitted diseases. *J Sch Health*. 1992; pp. 1-9.
50. Torres C. Factores de riesgo en adolescentes embarazadas. 1ra ed. Lima: Editorial la Ventana; 2012, p. 45.
51. Tórrez A. Informe Nacional sobre Desarrollo Humano (INDH). Embarazo de adolescentes y jóvenes reducen sus oportunidades. 1ra ed. Nicaragua; 2013.16.
52. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mitae J, Saavedra Moredo D, Bardales MitaeE. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones. *Rev.Cubana Obstet. Ginecol*. 2002; p. 28.
53. Vásquez S. Situación de los embarazos en las Adolescentes. 3ra ed. Nicaragua; 2012.17.
54. Zelaya E. Contraceptive patterns among women and men in León. 2da ed. Nicaragua; 2012, p. 42.
55. Valdivia M., Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 2003; pp.85-109.
56. Vázquez Á. Embarazo y adolescencia, factores biológicos, maternos y perinatales más frecuentes. 11va ed. Cuba: Editorial La Habana; 2010.
57. World Health Organization (WHO). Broadening the horizon: Balancing Protection and risk for adolescents [Internet]. Genova: Departament, 2011, p. 20.
58. Wartenberg L. Embarazo precoz y aborto adolescente en Colombia. Bogotá: Universidad Externado de Colombia: UNFPA; 1999, p 58.

## **1.2. Bibliografía Básica**

1. American Psychological Association. Traducción al español de Publication Manual of the American Psychological Association 3aed. México: El Manual Moderno. 2016, p. 7
2. Argimón Pallas J.M., Jiménez Villa J. Métodos de investigaciones aplicadas a la atención primaria de salud. 2ª ed. Barcelona: Mosby-Doyma; 1994, 297-302.
3. Fletcher RH., Fletcher SW., Wagner EH. Epidemiología clínica. 2ª ed. Barcelona: Masson-Williams & Wilkins; 1998, p. 57.
4. Martín Andrés A, Luna del Castillo JD. Bioestadística para las ciencias de la salud. 4ª ed. Madrid: NORMA; 1993, pp. 210 – 258.
5. Martin, P.W. Introduction to Basic Legal citation. De la American Psychological Association APA. Sexta edición. Adaptación Normas APA. 2014, pp. 258-305.
6. Menéndez Echavarría, A. L. Citas y referencias: Estilo de la American Psychological Association. APA, sexta edición. Adaptación Normas APA. 2015, p.55
7. Piura López, J. Metodología de la in e la investigación científica: un enfoque integrador. Managua, 2006, pp. 54-61.

## Capítulo V. Anexos

### 5.1. Ficha de recolección de información

**Universidad nacional autónoma de Nicaragua  
UNAN-Managua  
Facultad de Ciencias Médicas**

#### FICHA

Factores de riesgo asociados a incremento de los embarazos en las adolescentes

Fecha. \_\_\_\_\_

Encuestador: \_\_\_\_\_

Formulario N°: \_\_\_\_

N° Expediente: \_\_\_\_\_

Caso \_\_\_\_

Control \_\_\_\_

#### **I. Características sociodemográficas de la adolescente**

1. Edad:

-10 – 14 años\_\_

-15 -19 años\_\_

2. Escolaridad

-Iletrada \_\_

-Primaria \_\_

-Secundaria\_\_

-Técnico\_\_

3. Ocupación

-Estudiante\_\_

-Labor doméstico\_\_

- Trabaja\_\_

4. Religión

- Católica\_\_

- Evangélico\_\_

- Testigo de Jehová\_\_

- Otros\_\_ Especifique ¿

5. Procedencia

- Urbano

- Rural

6. Estado Civil

- Casada

- Soltera

- Acompañada

#### **II Factores de Riesgo**

## **7. Hábitos Tóxicos**

- Fuma
- Licor\_\_
- Drogas\_\_
- Fármacos\_\_

## **8. Antecedentes Ginecoobstetra**

- Aborto Anterior\_\_
- Embarazo Anterior\_\_
- Usa Planificación Familiar\_\_
- Uso planificación familiar de urgencia\_\_
- Tiene parejas actual\_\_
- Vida Sexual Activa\_\_\_\_\_
- Uso de condones en sus relaciones\_\_

## **9. Factores de riesgos sociales**

- No apoyo de la familia\_\_
- Fracaso o deserción del sistema educativo\_\_
- Problemas en las relaciones interpersonales y de comunicación con los padres o familia\_\_
- Problemas en las relaciones interpersonales y de comunicación pareja y amigos(as)\_\_
- Agresiones por sus compañeros, padres o parientes\_\_
- Antecedentes familiares de maternidad/paternidad en la adolescencia\_\_

## **10. Factores de individuales**

- Falta de acceso a educación sexual adecuada\_\_
- Adolescentes en situación de calle, pandillas y explotación sexual\_\_
- Adolescentes de familias dependientes económicamente\_\_
- Adolescentes con rebeldía, hostilidad, impulsividad e inestabilidad emocional\_\_
- Adolescentes con grupos de amigos(as) con conductas de riesgo\_\_
- Adolescentes deambulantes o trabajadoras del sexo\_\_
- Abandono de uno de los padres/madres\_\_
- Noviazgos precarios clandestino\_
- Familias numerosas\_\_
- Viven en hacinamiento\_\_
- Prohibición de abordaje de temas de sexualidad en la familia\_\_
- No tolerancia de relaciones amistosas o amorosas de las jóvenes con varones\_\_

## **11. Factores de riesgo culturales en la familia o comunidad**

- Machismo\_\_
- bajo nivel educativo de los padres (analfabeto / primaria)\_\_
- Abandono de estudio de la adolescente\_\_
- Antecedente de embarazo ocurrido en la madre\_\_

## **12. Factores de riesgos psicológicos**

- Incapacidad de percibir las consecuencias de iniciar relaciones sexuales precoz\_\_
- Incapacidad de percibir las consecuencias de salir embarazada\_\_
- Presión de grupos y pares\_\_
- Adolescentes con ideas suicidas\_\_
- Necesidad de probar fecundidad \_\_
- Abuso sexual\_\_
- VIF\_\_

**Tabla No 1:**

**Características demográficas de las adolescentes del municipio de Atagracia, departamento de Rivas, Enero 2017 - Diciembre del 2020.**

<b>Características demográficas</b>	<b>Casos</b>		<b>Controles</b>	
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
<b>Edad de la Adolescente</b>				
-10 – 14 años	4	9.3	11	26.1
-15 – 19 años	38	90.7	31	73.8
<b>Escolaridad</b>				
- Ilustrada /Primaria	5	11.9	6	14.2
-Secundaria/ Técnico	37	88.0	36	85.6
<b>Ocupación</b>				
-Estudiante	7	16.6	16	38.0
- Trabaja /Labor doméstico	35	86.1	26	61.8
<b>Religión</b>				
- Católica	28	66.6	27	64.2
- Evangélico	14	33.3	15	35.7
<b>Procedencia</b>				
- Urbano	4	9.5	15	35.7
- Rural	38	90.4	27	64.2
<b>Estado Civil</b>				
- Soltera	16	38.1	14	33.3
- Casada /Acompañada	26	61.8	28	66.6

**Fuente: Expediente clínico**

**Tabla 2**

**Factores de riesgo asociados al aumento de los embarazos en adolescentes, según hábitos y antecedentes ginecoobstétricos en municipio de Altagracia, departamento de Rivas, del 1° de Enero 2017 al 31 de Diciembre del 2020.**

Variables	Casos		Controles	
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
<b>Hábitos tóxicos</b>				
- Fuma	3	7.1	2	4.7
- Licor	7	16.6	7	16.6
<b>Antecedentes Ginecoobstetra</b>				
-Aborto Anterior	3	4.7	2	4.7
-Embarazo Anterior	8	19.0	3	7.2
-Planificación familiar	14	33.3	22	52.3
-Planificación fam de urgencia	1	2.3	9	31.4
-Con de parejas actual	1	2.3	2	4.7
-Vida Sexual Activa	42	100	18	43.8
-Usa de condones	20	47.6	6	14.2

**Fuente: Expediente clínico**

**Tabla No 3:**

**Factores de riesgo Sociales asociados al aumento de los embarazos en adolescentes en municipio de Altagracia, departamento de Rivas, del 1° de Enero 2017 al 31 de Diciembre del 2020.**

Factores de Riesgo Sociales	Casos		Controles	
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
- <b>Si</b>	16	38.0	25	59.5
- <b>No</b>	26	61.9	17	40.4
- No apoyo de la familia	0	0	11	44.0
- Fracaso o deserción del sistema educativo	16	100.0	25	100.0
- Problemas en las relaciones interpersonales y de comunicación con los padres o familia	13	81.2	6	24
- Problemas en las relaciones interpersonales y de comunicación pareja y amigos(as)	2	12.5	0	0
- Agresiones por sus compañeros, padres o parientes	0	0	0	0
- Antecedentes familiares de maternidad/paternidad en la adolescencia	0	0	0	0

**Fuente: Expediente clínico**

**Tabla No 4:**

**Factores de riesgo individuales asociados al aumento de los embarazos en adolescentes en municipio de Altagracia, departamento de Rivas, del 1° de Enero 2017 al 31 de Diciembre del 2020.**

Factores de individuales	Casos		Controles	
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
- Si	28	66.6	26	61.9
- No	14	33.3	16	38.0
-Falta de acceso a educación sexual adecuada	28	100.0	11	42.3
-Adolescentes en situación de calle, pandillas y explotación sexual	3	10.7	12	46.1
-Adolescentes de familias dependientes económicamente	10	35.7	5	19,2
-Adolescentes con rebeldía, hostilidad, impulsividad e inestabilidad emocional	13	46.4	6	23.0
-Adolescentes con grupos de amigos(as) con conductas de riesgo	3	10,7	9	34.6
-Adolescentes deambulantes o trabajadoras del sexo	1	3.5	3	11.5
-Abandono de uno de los padres/madres	3	10.7	1	3.8
- Noviazgos precarios clandestino	6	14.2	3	11.5
-Familias numerosas	6	16.2	7	26.9
-Viven en hacinamiento	4	14.2	7	26.9
-Prohibición de abordaje de temas de sexualidad en la familia	2	7.1	5	19.2
-No tolerancia de relaciones amistosas o amorosas de las jóvenes con varones	6	14.2	5	19.2

**Fuente: Expediente clínico**

**Tabla No 5:**

*Factores de riesgo culturales en la familia o comunidad asociados al aumento de los embarazos en adolescentes en municipio de Altagracia, departamento de Rivas, del 1° de Enero 2017 al 31 de Diciembre del 2020*

Factores de riesgo culturales en la familia o comunidad	Casos		Controles	
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
- Si	39	92.8	28	66.6
- No	3	7.2	14	33.3
- Machismo	39	100.0	28	100.0
-Bajo nivel educativo de los padres (analfabeto / primaria)	17	43.5	13	46.4
-Abandono de estudio de la adolescente	25	64.1	27	96.4
-Antecedente de embarazo ocurrido en la madre	28	71.7	12	42.8

**Fuente: Expediente clínico**

**Tabla No 6:**

**Factores de riesgo psicológico asociados al aumento de los embarazos en adolescentes en municipio de Altagracia, departamento de Rivas, del 1° de Enero 2017 al 31 de Diciembre del 2020.**

Factores de riesgos psicológico	Casos		Controles	
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
- Si	33	78.5	36	85.7
- No	9	21.4	6	14.2
-Incapacidad de percibir las consecuencias de iniciar relaciones sexuales precoz	31	93.9	18	50.0
- Incapacidad de percibir las consecuencias de salir embarazada	33	100.0	36	100.0
- Presión de grupos y pares	3	9.0	5	13.8
- Adolescentes con ideas suicidas	14	42.4	3	8.3
- Necesidad de probar fecundidad	1	2.3	1	2.3
- Abuso sexual	2	4.7	0	0
- VIF	1	2.3	1	2.3

**Fuente: Expediente clínico**

**Tabla No 7:**

**Factores de riesgos asociados al aumento de los embarazos en las adolescentes en municipio de Altagracia, departamento de Rivas, del Rivas. 1 • de Enero 2017 al 31 de Diciembre del 2020.**

Factores de Riesgos	OR	IC95%	X <sup>2</sup>	Valor de p
Edad (10- 14 : 15-19 años)	0.29	0.48-0.20	3.97	0.04
Escolaridad (Iletrada –Algún grado de Escolaridad)	0.81	0.89-0.45	0.10	0.37
Ocupación (estudiante-Trabaja )	0.37	0.65-0.43	0.43	0.05
Religión ( Católica- Evangélica)	1.11	1.05-0.66	0.05	0,50
Procedencia ( Rural – Urbana)	5.17	2.77-1-13	6.80	0.00
Estado civil (soltera-Acompañad/casada)	1.2	1.10-0.71	0.05	0.32
Hábitos Tóxicos	1.53	1.21-0.17	0,21	0,50
Aborto Anterior	1.00	1.21-0.57	0.00	0.61
Embarazo Anterior	3.05	1.56-1.00	2.61	0.09
Uso de planificación familiar	0.45	0.66-0.41	3.11	0.06
Uso planificación familiar de urgencia	0.09	0.16-0.20	5.56	0.00
Convive con su parejas actual	0.48	0.65-0.13	0,50	0,60
Vida Sexual Activa actual	Ind	Ind	33.6	0,60
Uso de condones en las relaciones	5.45	2.02-1.03	10.81	0.00

**Fuente: Expediente clínico**

**Tabla No 8:**

**Factores de riesgos asociados al aumento de los embarazos en las adolescentes en municipio de Altagracia, departamento de Rivas, del 1 ° de Enero 2017 al 31 de Diciembre del 2020.**

Factores de Riesgos	OR	IC95%	X <sup>2</sup>	Valor de p
Factores de riesgos sociales	0.41	0.67-0.41	3.04	0.02
Factores de riesgos individuales	2.20	1.50-0.93	2.38	0.06
Factores de riesgo culturales / familia o comunidad	6.50	3.29-1.15	7.37	0.00
Factores de riesgos psicológicos	0.61	0.79-0.49	0.32	0,28

***Fuente: Expediente clínico***

### 5.3. Presupuesto

#### PRESUPUESTO

<b>INSUMOS</b>	<b>COSTOS \$</b>
<b>Papelería</b>	<b>120</b>
<b>Impresiones</b>	<b>85</b>
<b>Levantamiento de texto</b>	<b>175</b>
<b>Empastado de texto</b>	<b>145</b>
<b>Logísticas</b>	<b>350</b>
<b>Gestiones varios</b>	<b>100</b>
<b>Sub total</b>	<b>975</b>
<b>Total dólares netos</b>	<b>\$ 975</b>

#### 5.4. Cronograma de actividades

##### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tareas				Observaciones
Delimitación del problema				
Inscripción de Tema				
Elaboración de Instrumento				
Aprobación de Protocolo				
Pilotaje de instrumento				
Recolección de datos				
Análisis de la información				
Aprobación de informe final				
Defensa del informa final				