



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MASTER EN SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**FACTORES RELACIONADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE EN
ASISTENTES AL CENTRO DE SALUD EDGAR LANG, MANAGUA
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2021**

AUTORA

LICENCIADA MIRTHA JEAMILETH BEJARANO BERROTERÁN

TUTORA

DRA. FLAVIA VANESSA PALACIOS RODRÍGUEZ

MANAGUA, FEBRERO 2022

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia, sabiduría y persistencia, para permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mi familia, quienes han sido mi apoyo fundamental para lograr mis objetivos propuestos, ya que, con su ejemplo, paciencia y amor profundo, me encaminaron a seguir con la propuesta investigativa quienes, siempre me dieron esperanzas y tuvieron fe en mí.

A mi tutora Doctora Flavia Palacios, quien con paciencia y persistencia encausó mi trabajo con sus conocimientos y asesoría, con el firme propósito de conseguir un producto de alto nivel.

DEDICATORIA

A Dios, a mi familia quienes, con su apoyo incondicional, amor y confianza permitieron que logre culminar esta meta. Finalmente, dedico este estudio, a las jóvenes adolescentes, protagonistas del estudio quienes con sus vivencias y experiencias permitieron realizar este estudio y aportar a generar cambios sociales.

OPINIÓN DE LA TUTORA

Les presento el trabajo monográfico: Factores relacionados al embarazo adolescente en asistentes al Centro de Salud Edgar Lang Distrito III de Managua, septiembre – noviembre 2021. Como autora a la Licenciada Mirtha Jeamileth Bejarano Berroterán, egresada de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

Con resultados relevantes se muestran en las características sociodemográficas predominó el embarazo en edades de adolescencia tardía, el 52 % no estudia, con una escolaridad de secundaria incompleta 38.6 %, los factores familiares respecto a con quien viven 38.6% viven con su mamá, referente al funcionamiento familiar predominó la relación con sus padres cercano con 43.2% y solo el 30.2 el funcionamiento familiar era normal; los patrones de crianzas orientador en 45.5 %, reflejando una comunicación de padres e hijos adecuada,; los factores socioculturales relacionados al embarazo precoz se reconoce la escasa o superficial educación sobre temas de sexualidad en las adolescentes que aunque no hay persistencia de mitos y tabúes encontrados, no logran la toma de decisiones acertadas, expresan que el embarazo en su mayoría es producto a una falla de los métodos anticonceptivos y que perciben que le fallaron a la familia con esta situación.

Por ello es necesario divulgar estos resultados a fin que diseñe estrategias integrales con acciones para mejorar la calidad de vida de las adolescentes de su área de influencia.

Por ultimo felicito a la autora por su responsabilidad, disciplina y ética mostrada durante el proceso de investigación.

Dra. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez

Tutora

RESUMEN

La presente memoria de este informe está centrada en los Factores relacionados al Embarazo Adolescente en asistentes al Centro de Salud Edgar Lanz distrito III de Managua, cuyo objetivo es: Determinar los factores asociados al embarazo adolescente asistentes al Centro de Salud Edgar Lang Distrito III, Managua, septiembre – noviembre 2021.

.Se realizó una investigación utilizando una metodología con enfoque mixto, es decir que se hizo una integración sistemática tanto de métodos cualitativos como de métodos cuantitativos en un solo estudio esto con el propósito de obtener una fotografía más completa del fenómeno, utilizando un diseño concurrente y aplicando ambos métodos de manera simultánea.

Es cuantitativo, ya se utiliza análisis de datos numéricos, gráficas y tablas de contenido y decimos que es cualitativo porque se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con el contexto.

La metodología nos permitió diseñar instrumentos para recopilar la información donde se utilizan métodos cuantitativos o estadísticas, e instrumentos cualitativos, estos consistieron en grupos focales con preguntas generadoras definidas, la cual fue aplicadas en el centro de salud creado un ambiente de confianza para generar un espacio propicio para conocer, comprender, entender e interpretar de la mejor manera la forma más específica de acuerdo al propósito del estudio.

Entre los hallazgos más relevantes de este informe, se puede afirmar que ninguna de estas adolescentes planificó estar embarazadas en esta etapa de su vida y que en muchos casos no están consciente de las consecuencias e implicaciones a corto, mediano y largo plazo que esto implica, dejando en evidencias la influencia familiar para la toma de decisiones y el

apoyo de los mismos en la nueva etapa a vivir y el impacto económico y social del embarazo de ellas.

PALABRAS CLAVES: factores asociados, embarazo, adolescentes, enfoque mixto, metodología, hallazgo, impacto.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	ii
DEDICATORIA	iii
OPINIÓN DE LA TUTORA.....	iv
RESUMEN.....	v
CAPÍTULO I: GENERALIDADES	2
1.1. INTRODUCCIÓN	3
1.2. ANTECEDENTES.....	4
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	14
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.5. OBJETIVOS	17
1.6. MARCO TEÓRICO.....	18
1.6.1. Datos demográficos.....	18
1.6.2. Tasas de embarazo en adolescente en el mundo	18
1.6.3. Conceptos.....	19
1.6.4. Etapas de la adolescencia	20
1.6.5. Determinantes sociales.....	23
1.6.5. Factores asociados al embarazo adolescente.....	24
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.....	44
2.1. Tipo de estudio.....	45
2.2. Universo	45
2.3. Caracterización de unidad de observación	45
2.4. Muestra.....	46
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	47
2.6. Plan de tabulación	49
2.7. Plan de análisis.....	50
2.8. Enunciado de las variables y descriptores.....	50
2.9. Operacionalización de las variables	51
2.10. Aspectos éticos.....	54
CAPÍTULO III: DESARROLLO.....	55
CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA.....	74
CAPÍTULO V: ANEXOS	79

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1. INTRODUCCIÓN

Este estudio aborda los factores asociados al embarazo en adolescentes, describiendo a las que asisten a seguimiento de su embarazo al centro de Salud Edgard Lang, ubicado en el distrito III de Managua.

A nivel internacional, el embarazo en la adolescencia se reconoce como un fenómeno sociocultural íntimamente asociado con el inicio precoz de la actividad sexual en niñas y adolescentes.

En relación a la prevalencia, Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 24.4% de los embarazos son de adolescentes, es decir, 92 de cada 1,000 mujeres adolescentes (entre 15 y 18 años) son madres.

El Modelo Nacional asumido por el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional se ha enfocado desde el Ministerio de la Familia la prevención del embarazo en adolescentes, sugiriendo que las familias deben mejorar la comunicación y estilos de crianza con sus hijas e hijos, y que la comunidad debe facilitar factores protectores a la niñez y adolescencia para la prevención del embarazo a temprana edad.

Al respecto este estudio pretende caracterizar socio demográficamente a la población en estudio, identificando los factores familiares y socioculturales asociados o no al embarazo de manera que permita establecer propuestas o sugerencias para revertir estas situaciones.

Esta memoria recoge los resultados obtenidos de primera mano, mediante encuesta realizadas a las jóvenes asistentes al centro de salud y aplicación de grupo focal para lo cual se propició un ambiente de confianza y armonía que permitiera compartir sus experiencias y realidades de forma natural y espontánea, así como el procesamiento de la información de manera objetiva.

1.2. ANTECEDENTES

A nivel Internacional

Gómez y Montoya (2012), realizaron estudio de: *Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. Colombia*; obteniendo los siguientes resultados:

1. El 50% tienen 16 años o menos, el 78.5% tenían un nivel de escolaridad de secundaria incompleta y el 63.2% son estudiantes.
2. El 50.3% informó no tener novio o pareja al momento de la aplicación de la encuesta. De estas, el 29.2% reportó que su compañero tenía un nivel de escolaridad de secundaria incompleta.
3. El 50% de las mujeres del estudio tuvo su primera relación sexual a los 15 años. El 51.3% ya inició su vida sexual, de estas el 72.7% lo hizo con su novio. El principal motivo para iniciar su vida sexual fue el estar enamoradas según el 72.7% de las jóvenes.
4. El 51.3% tenía relaciones sexuales y de estas, el 69.7% usaba métodos anticonceptivos y el 37.4% estaba en embarazo. El 50% de las adolescentes tenía 16 años o menos cuando tuvieron su primer hijo y el 7.5 % presentó uno o más abortos.
5. El método anticonceptivo más usado es la pastilla en 36.2 % y la principal razón para no utilizar ningún método de anticoncepción es el deseo de tener hijos 33.3% se encontró que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, haber sido violada y los ingresos

económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes en el área urbana del municipio de Briceño.

Estos factores inciden de manera directa a que se incremente la posibilidad de los embarazos en los adolescentes lo que tendrá consecuencias negativas para su salud y desarrollo tanto emocional como social.

Cruzalegui Caballero (2015), realizó la investigación: *Factores Sociales, Económicos y Culturales y su relación con la Adolescente Embarazada que acude al Puesto de Salud Garatea, Nuevo, Chimbote, 2015*; se concluye:

1. En los factores sociales la adolescente embarazada tanto en la edad de 14 a 16 años como en la de 17 a 19 años, la mayoría son de estado civil solteras y la minoría son casadas, con significación estadística $p < 0,05$, la mayoría tiene educación secundaria y proceden de familias desintegradas, sin significancia estadística $p > 0,05$.
2. En los factores económicos de la adolescente embarazada, el mayor porcentaje recibe de ingreso familiar 750.00 soles, con significancia estadística $p < 0,05$ y son de ocupación ama de casa, y la minoría estudiantes sin significancia estadística $p > 0,05$.
3. En factores culturales la mayoría son de procedencia urbana, religión católica, no conocen sobre salud sexual y reproductiva, usan método anticonceptivo preservativos, sin significancia estadística $p > 0,05$, la mayoría inicia las relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad, la minoría entre los 17 a 19 años de edad con significancia estadística $p < 0,05$.

En conclusión, la mayoría de los factores sociales económicos y culturales en relación con la edad de la adolescente embarazada no tiene significancia estadística $p > 0,05$, probándose la hipótesis nula H_0 .

El embarazo en adolescente se da en jóvenes entre 14 a 18 años, católicas, mayormente solteras sin haber concluido estudios de secundaria, sin conocimientos sobre método anticonceptivos, por lo que tienen bajo ingreso económico.

Ormachea (2016) realizó tesis “*Factores Asociados al Embarazo en Adolescentes en la Microred San Gabán, Periodo 2014*”, obteniéndose las siguientes conclusiones:

1. De los factores sociales, el tipo de familia que se encontró fue la monoparental, existió la disfunción familiar y sufrieron la violencia psicológica.
2. Dentro del factor económico el ingreso mensual fue bajo.
3. De los factores culturales, Si presentan el mito de que la mejor edad para concebir un hijo es en la adolescencia, tienen deficiente conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, iniciaron sus relaciones sexuales a los 13 y 14 años y no usan métodos anticonceptivos.

Los factores socioculturales están determinados por elementos tales como el tipo de familia, ingreso económico, conocimiento sobre uso de método anticonceptivo.

Pinzón et al. (2018), publicaron un artículo de investigación “*Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia*”. La investigación llegó a las siguientes conclusiones:

El embarazo en la adolescencia es un problema social presente en todo el mundo y con una gran importancia en Colombia. Existen múltiples factores asociados con el inicio temprano de vida sexual y con el embarazo adolescente, muchos de ellos compartidos y susceptibles de intervención. En este sentido, es evidente la necesidad de crear programas y políticas para prevenir el embarazo adolescente, para lo cual este estudio presenta factores clave de intervención. Es claro que el embarazo en adolescentes en Colombia se está presentando en adolescentes en situación de vulnerabilidad por falta de educación, pobreza,

hacinamiento, desplazamiento forzado, exposición a violencia física en su hogar de origen, exposición a violencia sexual y/o falta de conocimiento tanto del ciclo menstrual como de los métodos anticonceptivos.

Los programas deben estar enfocados en estos grupos poblacionales para obtener mejores resultados, además es imperativo que el gobierno genere políticas públicas y programas masivos, para atender esta población y que incluyan una mayor cobertura educativa, políticas de integración de la población desplazada, especialmente en los cascos urbanos, una legislación que proteja a las mujeres frente a la violencia física y sexual y mayor acceso y disponibilidad de métodos anticonceptivos.

Es necesario que los programas estén ampliamente divulgados, que no solo involucren a las adolescentes sino a los demás actores sociales incluyendo a las familias. También que no se limite a campañas en colegios, si no que tenga un alcance extra institucional en los hogares y la vida cotidiana de las adolescentes.

Siendo el embarazo en la adolescencia es un problema social que nos afecta a todos es importante reconocer que está asociado a múltiples factores, vinculados entre ellos, pero que son aptos para ejecutar programas de intervención integrales, tanto a nivel educativo como de salud comunitaria.

Ayol Perez, Arguello Paredes, & Jimenez Morejón, (2021), presentaron el trabajo de titulación, con el tema *Factores de Riesgo en Embarazo de Adolescentes*, trabajo de titulación de grado previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Estatal de Milagro Facultad de Salud y Servicios Sociales de Ecuador; obteniendo las siguientes conclusiones:

1. Las tasas de deserción escolar, bajos niveles educativos, empleos menos calificados y menores índices de satisfacción laboral entre las madres

adolescentes, generalmente asociados a un contexto de vida de mayor pobreza y precariedad, en un ciclo que se auto perpetúa, son las principales causas que influyen en el desarrollo del embarazo adolescente. Las adolescentes con antecedentes de embarazo y maternidad experimentan un mayor fracaso escolar, la mayoría de ellas abandonan el sistema educativo antes de quedar embarazadas.

2. El análisis multivariado, las variables directamente relacionadas con la iniciación sexual temprana fueron: sexo masculino, nivel socioeconómico bajo, baja educación, tener padres separados, vivir en pareja, no practicar una religión, usar tabaco y drogas, y no usar condón en la última relación. Considerando el contexto social actual, se evidencia la necesidad de una adecuada orientación sexual con un aspecto preventivo. (Ayol Perez, Arguello Paredes, & Jimenez Morejón, 2021)

A nivel Nacional

Espinoza Moreno, Gutiérrez Blandón, & Zeledón Rizo, (2016), en su tesis *“Impacto del embarazo en la vida de madres adolescentes egresadas en 2016 del Colegio S.O.S. Hermann Gmeiner, Barrio Sandino de la ciudad de Estelí, segundo semestre 2017”*, presentó los siguientes resultados:

1. El embarazo en adolescentes se da principalmente producto de la deficiente y en muchas ocasiones nula comunicación entre padres e hijos en torno a la sexualidad ya que es un tema que genera incomodidad lo que provoca que estas y estos jóvenes adquieran esa información de otras personas o fuentes que en su mayoría no son las más adecuadas. Las adolescentes buscan consejos en otros lugares, a veces son influenciados por sus amistades.
2. La familia juega un rol primordial en este tema porque ellos/as son quienes educan a los hijos/as en diversas áreas de la vida, luego está la escuela donde se sigue dando

fuerza a estos contenidos, asimismo, la comunidad y la iglesia debe involucrarse en la propagación de información relacionada con embarazos precoces.

3. El principal obstaculizador que destaca en el estudio es relacionado al factor económico, ya que las madres adolescentes no contaron con el apoyo de sus exparejas y sus padres asumieron la responsabilidad del nuevo miembro del hogar.

Este antecedente es útil para el desarrollo de esta investigación ya que aporta claridad acerca del panorama de los embarazos adolescentes en el país y resalta la importancia del papel de la familia y cómo esta posee uno de los papeles más influyentes en la toma de decisiones de la madre para el bebe y su futuro. De igual manera, resulta vital analizar este contexto para conocer las condiciones de vida familiar, si está preparada para afrontar esta responsabilidad, si desempeñan un papel de apoyo o si son un factor de riesgo. El hecho que estas madres, económicamente dependientes, tienen que criar a sus hijos por su cuenta a causa de la falta de toma de conciencia y de sentido de responsabilidad de los padres, dicha falta tiene números impactos negativos en el crecimiento del bebe, principalmente en su manutención (alimentación, educación, vestimenta, recreación).

Cruz Díaz, (2016), en su tesis *“Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense, junio a noviembre 2015”* llega a las siguientes conclusiones:

4. El grupo etáreo predominante es el de 17 a 19 años, la procedencia fue urbana, con nivel educativo de secundaria, y el estado civil se observó cómo acompañadas en su mayoría.
5. Los principales riesgos a los que las adolescentes del estudio se vieron expuestas al llevar un embarazo precoz, dentro de los cuales menciona: IVU, anemia, preclamsia,

eclampsia, con un gran número de antecedentes de abortos y en su mayoría eran bigestas.

Este estudio resulta relevante desde la perspectiva médica en relación con la morbimortalidad de las embarazadas adolescentes, los principales factores de riesgo al que se ven expuestas al llevar un embarazo precoz. La predominante procedencia del casco urbano y con un nivel de educación de secundaria resuena grandemente debido a que, en esta parte de población, se esperaría un comportamiento más favorable para estas adolescentes ya que tienen más acceso a la educación sexual, métodos de prevención y un mejor acceso a las unidades de salud. (Cruz Díaz, 2016)

Morán (2016), realizó investigación de: *“Factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes atendidas en la Clínica del Adolescente, Hospital General España, Chinandega. Julio –septiembre, 2016”* para tesis de Maestría en salud sexual y reproductiva de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; presenta los siguientes resultados:

1. En cuanto a las características demográficas se encontró que el grupo etario predominante fue de 17 – 19 años, registrándose 90.9% (60), seguido del grupo de 14 -16años 9.1% (6). El estado civil de las adolescentes 86.4% (57) eran acompañadas, 12.1% (8) casadas y 1.5% (1) soltera; la procedencia predominó el área rural con 65.2% (43) y urbana 34.8% (23). El nivel de escolaridad fue la secundaria incompleta con 37.9% (25), seguido de primaria incompleta con 22.7% (16), primaria completa 22.7% (15) secundaria completa 7.6% (5), no escolarizada con 4.5% (3) y universitaria 3% (2).
2. Los factores familiares relevantes fueron: divorcio de los padres, falta de comunicación sobre sexualidad y antecedentes de embarazo en adolescente en la familia.

3. El factor sociocultural encontrado está dependencia económica de sus parejas, convivían con las familias de estas.
4. Los mitos más mencionados fueron: el embarazo como status para ser adulto, el embarazo es responsabilidad de la mujer, hay que tener los hijos que Dios quiera, si se toma la pastilla después de tener relaciones sexuales no hay embarazo.
(Moran Valladares, 2020)

Este trabajo refleja los principales factores socioculturales que inciden en los embarazos tempranos. Aborda algunos aspectos que permiten explicar las causas y efectos de este proceso. Entre las causas encontradas están: bajos niveles educativos, desconocimientos de temas sobre salud sexual y reproductiva, falta de empleos, mala comunicación y escasa influencia de la iglesia a la que pertenecen la mayoría de las adolescentes.

Carche Gutiérrez & Dávila Álvarez, (2019), realizaron la investigación “*Factores de riesgo socioculturales que contribuyen a la ocurrencia de embarazo en las adolescentes que habitan en los barrios de cobertura del Centro de Salud Francisco Buitrago en el segundo semestre del 2016*”, en el grado de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua, el estudio fue analítico, retrospectivo de casos y controles, llegó a las siguientes conclusiones:

1. La mayoría se encontró entre los 15 y 17 años de edad siendo la edad promedio los 16 años, el grupo etario con el mayor número de embarazo prematuro se evidenció en los 18 años.
2. El estado civil es el factor más predominante puesto que las adolescentes casadas o en unión libre tienen 84 veces más riesgo de embarazo que las solteras.
3. En segundo lugar, se ubicó la escolaridad menor al tercer año de la secundaria ya que las que se ubican en este grupo tienen 70 veces más riesgo de embarazo prematuro en

comparación con aquellas que avanzaron más allá del tercer año y que inclusive alcanzaron la educación superior.

4. En tercer lugar, se ubicó el uso de métodos anticonceptivos así pues las adolescentes que no utilizan métodos anticonceptivos una vez ya iniciada la vida sexual activa tienen 30.6 veces más riesgo de embarazarse precozmente.

Se recomienda aumentar la coordinación entre SILAIS y MINED Managua para redoblar esfuerzos de los organismos ya establecidos en la capacitación a los maestros y adolescentes, para mejorar el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y educación sexual en general.

Ramos Ayala, (2021) en el estudio sobre *Determinantes sociales y de salud de las adolescentes embarazadas captadas en el programa control prenatal del puesto de salud Malacatoya, Granada*” tesis de grado de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Presenta los siguientes resultados:

Un 59 % se encontró en el grupo de 15-16 años, seguido de un 37% en el grupo de 17-19 años y con el 4% en el grupo de 13-14 años. En unión estable se encontró en un 67 %, seguido de 20 % de solteras y el 13 % están casadas. Con respecto a la religión, el 66 % era de religión evangélica, seguido de un 32 % no profesan ninguna religión y 2 % pertenecen a religión católica.

En relación al ser hijas de una madre con algún embarazo en la adolescencia se encontró que 68 % sus madres presentaron embarazo durante la adolescencia, el 32 % no tienen antecedentes de madres con embarazo en adolescente.

Según el nivel de instrucción de los padres, el 42 % no tiene ningún nivel educativo, el 40 % cursó primaria incompleta, también se encontró que el 11 % curso primario si finalizar, el 5 % cursaron secundaria incompleta, y el 2% alcanzo nivel universitario.

4) En relación a la estabilidad laboral de la pareja el 80 % tienen trabajos no estables, mientras el 17% tienen trabajo estable, y un 3% no tienen trabajo.

En relación a condiciones de la vivienda con presencia de hacinamiento se encontró que el 38% de adolescentes viven hacinamiento en sus hogares, mientras 62% no presentan hacinamiento en el hogar.

Según la escolaridad de la adolescente se encontró el 52 % cursaron primaria incompleta, el 22% cursaron secundaria incompleta, también se encontró 18 % curso primaria completa, mientras el 6 % finalizaron secundaria; solo el 2 % alcanzaron educación técnica.

Con respecto al uso de anticonceptivos se encontró que el 61 % no estaba usando método anticonceptivo, el 39% si usaba anticonceptivos.

La edad de la pareja adolescentes embarazada, se encontró que adolescentes de 13 - 14 años, el 3.7% vive con pareja en edad de 20-29 años, adolescentes de 15-16 años el 23.1% vive con parejas entre 20 - 29 años y 30 - 39 años, el 11.1% convive con parejas de en edad de 40-49 años, y un 1.8% entre los 50-59 años de edad, mientras en el grupo de adolescentes de 17- 19 años se encontraron el 17.5% entre las edades de 30-39 años, seguido de un 13.8% con parejas en edad de 20-29 años y un 3.7% entre las edades de 40-49 años.
(Ramos Ayala, 2021)

1.3. JUSTIFICACIÓN

La población de adolescentes y jóvenes representa la más alta en la historia de la región de las Américas, con el 24.5% de la población total (232 millones), con respecto a la adolescente embarazada es una de las causas más frecuentes de ingresos hospitalarios en las mujeres jóvenes; es decir, el 20% de los partos correspondió a mujeres menores de 20 años de edad, y se estima que el 40% de los embarazos fue no planificado. (OPS, 2015)

El presente estudio se enfocará en los factores relacionados al embarazo adolescente, tales como la falta de acceso a bienes y servicios que les permitan ejercer sus derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos en las distintas etapas del ciclo de vida, así como débiles sistemas educativos y de salud, que causa sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, depresión, rechazo por parte de los padres, amigos y pareja, generando un estado de inestabilidad e impotencia para lograr su superación personal.

Este estudio propone indagar sobre estos factores para brindar posibles alternativas de solución, debido a la vulnerabilidad de la población a las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, siendo causa principal de muerte entre adolescentes en todo el mundo, según alerta por un nuevo estudio de UNICEF. Además, sus hijos tienen más posibilidades de morir antes de cumplir cinco años.

Ante este escenario, el Informe de UNICEF (2015), señala que la maternidad precoz se asocia a factores características del hogar de la adolescente: el ingreso de sus progenitores, sus niveles de educación y la condición de pobreza del hogar. Pero también hay factores contextuales relevantes, como el acceso a una educación sexual integral, como parte de la educación dentro y fuera de la escuela, como también la falta de estrategia que permite a los adolescentes y jóvenes comprender la toma de decisiones autónomas y responsables sobre

sus emociones, su sexualidad y su salud sexual y reproductiva igualmente, a los distintos métodos de planificación familiar y, sobre todo, a la garantía del ejercicio de sus derechos (UNICEF, 2015).

Esta investigación dirige su esfuerzo en conocer la realidad de este fenómeno que aqueja sobre todo a los países de la región. Según la pirámide la población en Nicaragua, hay una Población joven de 1,950,921 equivalente al 29.11% de un total de 6,702,378, lo cual ha alcanzado en los últimos años las cifras más altas de fecundidad adolescente en América Latina y el Caribe lo cual incide en que las madres adolescentes no continúen con sus estudios provocando un bajo nivel educativo lo que reducirá sus posibilidades económicas y superación a corto y mediano plazo.

Es por esta razón que este estudio aportará a las autoridades del SILAIS Managua la búsqueda de soluciones para disminuir a los datos estadísticos de esta problemática de manera integral. Además, servirá de referente a otros estudios académicos que inviten a las coordinaciones entre los distintos sectores sociales y continuar aportando a revertir esta situación, modificando el panorama futuro para la juventud que contribuya a una vida plena e integral. Por lo tanto, será de utilidad a las adolescentes para la identificación de los factores que contribuyen a embarazo temprano y concientizar para su prevención.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescente está asociado a múltiples factores que incide en la calidad de vida, el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos en las distintas etapas del ciclo de vida, y el acceso a sistemas educativos y de salud, lo que genera rechazo y consecuencias físicas y psicológicas en los jóvenes.

Por lo antes manifestado, en este contexto, es que es necesario analizar los factores socioculturales relacionados a embarazos en adolescentes y en qué medida, todos y cada uno debemos involucrarnos de manera activa en las distintas acciones que contribuyan a disminuir esta situación y sus consecuencias que incluso puede provocar mortalidad en la madre y en el bebé.

En la capital influye elementos multidimensionales, relacionada con la pobreza, la familia, la educación, las presiones de grupo y el entorno con los grandes desafíos actuales como el acceso a considerable información a través de los medios de comunicación y el internet, con mensajes inadecuados; así surge la necesidad de profundizar en los factores relacionados al embarazo adolescentes y hacer propuestas para contribuir a mejorar la calidad de vida de los adolescentes. Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores relacionados al embarazo adolescente en asistentes al Centro de Salud Edgard Lang Distrito III, Managua de septiembre – noviembre 2021?

Y las siguientes preguntas directrices:

1. ¿Cuáles son las características socio demográficamente en la población a estudio?
2. ¿Cuáles son los factores familiares asociados al embarazo en la población en estudio?
3. ¿Cuáles son los factores socioculturales asociados al embarazo en el grupo en estudio?

1.5. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los factores asociados al embarazo adolescente asistentes al Centro de Salud Edgard Lang Distrito III, Managua, septiembre – noviembre 2021.

Objetivos específicos:

- 1) Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
- 2) Identificar los factores familiares asociados al embarazo en la población en estudio.
- 3) Establecer los factores socioculturales asociados al embarazo en el grupo en estudio.

1.6. MARCO TEÓRICO

1.6.1. Datos demográficos

Según distintas fuentes de Información (2021) afirman datos de la Población mundial según el último informe demográfico de las Naciones Unidas (2019) aproximadamente 7,700 millones de personas, los datos a tiempo real proporcionados por Census.gov (2021) aproximado 7,730 millones de personas y según el World Fact Book de la CIA (2020) aproximadamente 7,684 millones de personas.

El Fondo de Población de la ONU (UNFPA) destacó en su informe anual que el planeta ha alcanzado la mayor generación de adolescentes de la historia, 1.200 millones. Sin embargo, el futuro de estos jóvenes, de 10 a 19 años, está comprometido por la insuficiente inversión que se dedica a su bienestar. "De los medios que pongamos a su disposición en educación y salud dependerá este mundo cada vez más globalizado", advirtió ayer Marisela Padrón, responsable del organismo para América Latina y el Caribe.

Una quinta parte de los adolescentes viven en situación de pobreza extrema con menos de 85 céntimos de euro al día. La mayoría habita en países en desarrollo, sin padres o en situaciones de emergencia humanitaria, migración, discapacidad y mala salud. (La ONU alerta de los riesgos de la generación que tiene entre 10 y 19 años , 2021)

La población de Nicaragua, según INIDE, instituto Nacional de Información de Desarrollo, para el año 2021 es de 6, 595,672 habitantes, siendo mayoritariamente femenina, 51%; y menor de 20 años, 40%.

1.6.2. Tasas de embarazo en adolescente en el mundo

Un nuevo reporte de la OPS, UNFPA y UNICEF destaca recomendaciones para reducir el embarazo en adolescentes. En la región, el 15% de los embarazos ocurren en menores de 20 años.

Ciudad de Panamá, 28 de febrero de 2018 (OPS/OMS) En América Latina y el Caribe continúan siendo las subregiones con la segunda tasa más alta en el mundo de embarazos adolescentes, señala un informe publicado hoy por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

El reporte plantea una serie de recomendaciones para reducir el embarazo adolescente, que van desde apoyar programas multisectoriales de prevención dirigidos a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad, hasta un mayor acceso a métodos anticonceptivos y educación sexual, entre otros.

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana, indica el informe "Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe". (OPS, 2021)

1.6.3. Conceptos

Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años. Independientemente de la dificultad para establecer un rango exacto de edad es importante el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene esta etapa. (UNICEF, 2021).

Embarazo

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es

el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este, atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. (Menéndez Guerrero, Navas Cabrera, Hidalgo Rodríguez, & Espert Castellanos, 2021).

Embarazo adolescente

El embarazo en la adolescencia, se define como aquella gestación que se produce en una mujer entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente, es decir entre los 10 y los 19 años, según la OMS.

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana, indica el informe "Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe". (OPS, 2021).

1.6.4. Etapas de la adolescencia

Adolescencia temprana

Entre los 10 y 13 años. Las hormonas sexuales comienzan a estar presentes y por esto se dan cambios físicos: “pegan el estirón”, cambian la voz, aparece vello púbico y en axilas, olor corporal, aumento de sudoración y con esto surge el enemigo de los adolescentes: el acné. Comienzan a buscar cada vez más a los amigos.

Tiende a focalizar en los cambios físicos en su cuerpo y puede tener preocupaciones acerca de su proceso de maduración. Se enfrenta a los cambios propios de la pubertad, se debe adaptar a las “presiones” sexuales propias de la elevación de sus hormonas sexuales.

Adolescencia media

Entre los 14 y 16 años. Comienzan a evidenciarse cambios a nivel psicológico y en la construcción de su identidad, cómo se ven y cómo quieren que los vean. La independencia de sus padres es casi obligatoria y es la etapa en la que pueden caer fácilmente en situaciones de riesgo.

En sus características están: el aumento del interés en el sexo opuesto, disminución del conflicto con los padres, más independencia de los padres, mayor capacidad para compartir y ser generoso y para establecer relaciones de pareja, disminución del tiempo que pasa con los padres y aumento del tiempo que pasa con los amigos.

Adolescencia tardía

Desde los 17 y puede extenderse hasta los 21 años. Comienzan a sentirse más cómodos con su cuerpo, buscando la aceptación para definir así su identidad. Se preocupan cada vez más por su futuro y sus decisiones están en concordancia con ello. Los grupos ya no son lo más importante y comienzan a elegir relaciones individuales o grupos más pequeños. (Fondos de las Naciones Unidas para la Infancia, 2021). Los adolescentes presentan estas características: muestran mayor independencia, presentan una identidad más clara, ya han completado la pubertad y tienen un buen sentido de su propio cuerpo y lo que son capaces de hacer. Además, presentan cambios repentinos de humor disminuyen, ahora tienen mejor sentido del humor.

Características de los adolescentes en general

- Buena capacidad de memorización.
- Les interesa investigar todo y aprender, trabajar y participar.
- Les gusta agrandar a los demás y en ellos les gusta ser aprobados
- Crecimiento acelerado.
- Desarrollo sexual.
- Construcción de su identidad.
- Necesidad de independencia.
- Buscan pertenecer al grupo.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Contradicciones en su conducta y cambios de estado de ánimo, esto puede causar conflicto con los padres.
- Analíticos y formulan hipótesis, formulando conclusiones propias
- Les importa el prestigio siendo egocéntricos, convirtiendo en algunos casos desconsiderados con la familia.
- Sostienen los ideales del líder del grupo.
- El yo del adolescente se defiende, transforma amor-odio; dependencia-rebelión; respeto y admiración.
- Tienen energía.
- Narcisistas. Imagen
- Buscan placer.
- Interés por el sexo.
- Buscan llamar la atención.
- Idealistas, buscando cambiar el mundo.
- Miedo al ridículo.
- Buscan apoyo entre pares.
- Buscan identificarse con estereotipos.
- Les gusta ser tomados en cuenta.
- Inseguros.
- Les aqueja el sufrimiento tanto padecido como infligido, quieren ayuda.
- Padecen ansiedad y culpa.

- Depresivos, autodestructivos, suicidas.
- Buscan experimentar.
- Niegan sus sentimientos.
- Se muestran hostiles y no cooperativos.
- No confían en los padres que son inconsistentes.
- No confían en la política.
- Se enfrentan con la autoridad.
- No aceptan órdenes ni mandatos.
- Les gusta ser cómplices.
- Defienden los derechos y la justicia social (Marín, 2017).

Principales cambios

Aumento de estatura, disminuye la grasa del cuerpo, salen espinillas (por el desarrollo de las glándulas sebáceas), el olor de su sudor es más fuerte (por el desarrollo de las glándulas sudoríparas), la piel de los pezones y genitales se vuelve más oscura.

Ensanchamiento de espalda y hombros, sale y crece vello, voz ronca, crecen los testículos, próstata y pene, se tiene la primera eyaculación y producción de semen como a los 13 años.

Se ensanchan las caderas, se acumula grasa en las caderas y muslos, se notan más las curvas y la forma de la cintura, la voz es más fina, crecen los senos, crecen los labios mayores y menores, clítoris, vagina y útero y se presenta la menarca.

1.6.5. Determinantes sociales

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud se definen como las “circunstancias en la que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”, es decir, considerando todos los factores sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales. Estas circunstancias siguen un patrón que resulta de la distribución del dinero, poder y los recursos a todo nivel institucional que depende a su vez de las políticas adoptadas.

De éstas, deriva la principal carga de morbilidad y mortalidad en la población, además de ser la base de las desigualdades presentadas en los grupos poblacionales. Por lo tanto, el estudio de estas características sociales y económicas es de gran importancia, así como el impacto del embarazo en adolescentes que incide en su futuro y en el desarrollo de sus potencialidades.

Los principales determinantes sociales en salud son aquellos que generan la estratificación dentro de la sociedad, como la distribución de ingresos económicos o la discriminación social por factores como el sexo, etnia o discapacidades. Por supuesto esto determina las clases socioeconómicas, que constituyen la estratificación per se, siendo perpetuadas por factores como la estructura de los sistemas de educación y las estructuras para el trabajo y bienes

Los factores sociales y económicos principales son el nivel de ingresos, nivel educativo, etnicidad, e incluso el estatus marital, comportamiento recreativo. (Ortiz, y otros, 2021)

1.6.5. Factores asociados al embarazo adolescente

1.6.5.1. Factores individuales

Entre los factores individuales se puede mencionar el acceso a una educación sexual integral, a los distintos métodos de planificación familiar y, sobre todo, a la garantía del ejercicio de sus derechos.

En cuanto a los factores emocionales, se mantiene socialmente la idealización de la maternidad como condición necesaria para la existencia. Esto no permite valorar las consecuencias de este evento que, en determinado momento, entra en contradicción con la realidad asociada a la responsabilidad que implica tener un/a hijo/a y la pérdida de sueños y proyectos. (UNICEF, 2021). Además influyen otros factores como la baja autoestima, el consumo de alcohol, la violencia familiar, la falta de uso de métodos anticonceptivos, el machismo y la violencia sexual. (Moran Valladares, 2020)

1.6.5.2. Factores biológicos

Adelanto de la menarquía

La edad de la pubertad ha declinado desde 17 años en el siglo XIX alrededor de 12 a 13 años, actualmente lo que conduce a que las adolescentes sean fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas, así mismo el periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

Por otro lado, la edad de la menarquía es un factor determinante de la capacidad reproductiva, la que está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios que alcanzan cerca del 50% 2 años después de la primera menstruación.

Se puede decir que, con el adelanto de la menarquía, también se incrementan las relaciones sexuales a temprana edad, cuando aún no se maneja sobre situaciones de riesgo. Por otro lado la menarquía marca el comienzo de la capacidad reproductiva de los jóvenes, donde se experimentan cambios importantes como son el crecimiento físico, el aumento de peso y la manifestación de características sexuales secundarias (ensanchamiento de las caderas, salida del vello púbico, desarrollo de las mamas, crecimiento del vello axilar) donde también los jóvenes necesitan tener una identidad por lo que empiezan a independizarse y querer experimentar nuevas sensaciones y emociones con sus pares adquiriendo conductas sexuales incluyendo el coito lo que conlleva a embarazos no deseados a temprana edad.

Además, el periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

Etapa de la pubertad

Según Burrows (2010) La pubertad, es uno de los procesos de desarrollo durante la adolescencia en la que ocurren los cambios físicos, a consecuencia de cambios hormonales, que transforman al niño en un adulto con capacidad reproductiva, por lo que si inician relaciones sexuales en esta etapa sin protección hay más riesgo de embarazo a temprana edad. Comprende las edades de (10 a 13 años). Biológicamente, es el periodo peri puberal con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Durante la pubertad (9 a 14 años de edad) se desencadenan secreciones hormonales. El comienzo de esta etapa, está bajo la influencia de factores como el sexo, la herencia genética, el tipo corporal, la nutrición y la salud. Los cambios corporales pueden hacer que los adolescentes se sientan tímidos y raros.

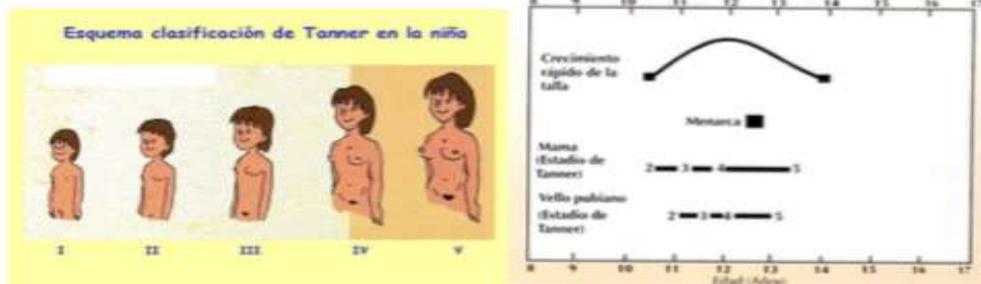
En esta etapa, se desarrollan las características sexuales secundarias (vello púbico, crecimiento de las mamas), que tienen efecto en la imagen corporal y las características sexuales primarias (maduración de ovarios y testículos), que llevan a la madurez para la reproducción. La maduración de los ovarios y los testículos está marcada por la aparición de la menarca en las niñas y la 1º eyaculación en los varones

Asimismo, el despertar sexual suele ser precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses, con escolaridad pobre, sin proyectos (laborales, de uso del tiempo libre, de estudio) con modelos familiares de iniciación sexual precoz, por estimulación de los medios por lo que inician a muy corta edad sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal. Tienen relaciones sexuales sin protección contra enfermedades de transmisión sexual buscando a través de sus fantasías,

el amor que compense sus carencias. Las familias disfuncionales ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Su ausencia genera carencias afectivas que impulsan a relaciones sexuales que tienen mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. (López Sánchez, Pavón Corea, Vasquez Landeros, 2016).

Estadios de Tanner

	Mamas	Vello Púbico
Grado I	Ausencia botón mamario	Ausencia de vello pubiano
Grado II	Botón mamario NO sobrepasa areola (<i>puede ser asimétrico, doloroso, y mayor consistencia</i>)	Vello pubiano en labios mayores , vello lacio y ligeramente pigmentado
Grado III	Sobrepasa la areola	Extensión a sínfisis pubis , mas oscuro, grueso y rizado
Grado IV	Crecimiento mama, areola y pezón (3 contornos)	Tipo adulto, mayor densidad, alcanza ingles
Grado V	-Crecimiento y protrusión pezón - Desaparece contorno areolar.	Hacia cara interna muslos , triángulo invertido.



1.6.5.3. Factores familiares

En las familias es necesaria tener una comunicación clara, disciplinados, se apoyan física, emocional y espiritualmente, lo que se considera como familia funcional, de lo contrario se convierte en una Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente.

El modelo familiar es una de las bases más fundamentales de la sociedad de hoy, ya que un buen modelo familiar refuerza todas aquellas áreas que los individuos necesitan tener consolidada para enfrentarse al mundo, pero lo que se está mirando hoy en día son familias

disfuncionales o uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Es decir que hay ausencia de un buen modelo familiar lo que genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. (Issler, 2011)

Por lo antes mencionado la familia es un factor de protección en la vida de la joven, ya que pueden ayudarles a enfrentar prácticas que la sociedad y la cultura les ofrece y que muchas veces son dañinas para su desarrollo y salud sexual, las relaciones familiares además ayudan a nutrir las personalidades de las adolescentes por medio de valores que ayudaran a que crezcan en su carácter (seguridad, sentirse amada por sus padres, firmes en sus convicciones).

Por otro lado, un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana y madre con historia de embarazo adolescente. Planck (2011)

En particular, se ha postulado que el tipo de familia en que el adolescente ha sido socializado o con la que habita tiene una importante influencia sobre sus conductas sexuales y reproductivas. Así, las familias “bien constituidas”, con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector. Los adolescentes provenientes de esas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener una iniciación sexual temprana y relaciones sexuales sin protección y, por lo tanto, de quedar embarazada o embarazar a su pareja. Por otro lado, existen innumerables mitos y tabúes en

sexualidad que los niños absorben desde muy temprana edad y ya en la adolescencia están profundamente arraigados como actitudes y valores, que se reflejan en su conducta sexual.

La actividad sexual es en gran medida experimental y de exploración para la mayoría de los adolescentes. Las jóvenes cuyas vidas carecen de estructura, tienen mayor probabilidad de iniciar la actividad sexual de forma precoz, que aquellas que presentan una guía atenta por parte de sus padres.

La manera en la que cada adolescente toma las riendas de su vida, incide potencialmente en su vida de adulto, y esto va a depender de muchas decisiones que deberá tomar en esta etapa crucial de su vida, pero esto va a depender en gran parte del nivel educativo en el que este se haya desarrollado y la cantidad de valores que haya interiorizado desde la familia cuando aún era un niño, es por esto que la familia juega un rol fundamental en la vida de cada ser humano, es crucial que dentro de las sociedades el objetivo fundamental sea proteger la constitución de la familia como un todo en la vida de cada ser humano.

Por otro lado, también está el APGAR familiar que es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. (Suarez, A .2014).

Comunicación padre e Hijo

La comunicación familiar es un factor determinante de las relaciones que se establece en el núcleo familiar y las relaciones que se establecerá con los demás. Este punto se puede considerar una de las causas del embarazo adolescente. Las niñas presentan una carencia de afecto familiar o problemas familiares, buscan identidad propia, muestran interés hacia lo prohibido y se rebelan contra de lo establecido, deseando sentirse adultos. Por eso es importante no sólo que existan en las escuelas asignaturas relacionadas a la sexualidad sino es importante que cada día se relacione a los padres de familia en la educación con sus hijos.

Si los padres se relacionaran más con sus hijos podría disminuir esta problemática y sobre todo, se accedería a otro nivel académico y a una mejor comunicación familiar. Márquez (2011). En la siguiente tabla se presenta las tres categorías del modelo parenteral con los distintos tipos de comunicación y relación entre los padres e hijos. Categorías propuestas por Infante, Martínez y Díaz (2013)

Pautas de Crianza	
Rígido	La cultura de la convivencia se fundamenta en el orden y el respeto, acatamiento de las normas impuestas por los padres, con límites rígidos y poco justificados, la obediencia y el respeto a la autoridad de los padres es fundamental en la dinámica familiar, el cumplimiento de la norma se justifica con el bienestar de los hijos y su incumplimiento genera consecuencias.
Negociador	Los principios, las normas y los límites son negociadas en razón a las necesidades de los hijos y de las pretensiones de los padres y madres. Se promueve la interdependencia entre padres e hijos a través de intercambios en donde prima y se explicitan tanto la racionalización y el respeto hacia las normas como las consecuencias que pueden tener ciertos comportamientos de los hijos.
Indulgente	Los padres confían en las decisiones que toman sus hijos de forma independiente, dejan un margen amplio a lo que pueden hacer los hijos, quienes gozan de generosas libertades de acción y se conducen por sus intereses e impulsos; existen pocas normas y el incumplimiento de ellas no genera restricciones ni castigo alguno.
Situacional	Los padres y madres de esta categoría no se atribuyen ninguna pauta de crianza en particular, y sus decisiones sobre las normas, límites, control y disciplina, posiblemente dependen de otros factores como el estado de ánimo de los padres, condiciones de cada situación o estado de la relación marital.
Vinculos de Apego	
Cálido	Las muestras de afecto entre padres e hijos se distinguen por ser parte de la vida cotidiana y caracterizada por ser constantes llenas de calidez y cercanía con disposición de tiempo y comunicación en todo momento.
Cercano	Los padres comparten muestras de afecto espontáneas y esporádicas con sus hijos, con suficiente tiempo y comunicación entre ellos.
Elemental	Los padres denotan mínimas muestras de afecto y tiempo compartido con sus hijos, con una casi nula comunicación entre ellos.
Situacional	En esta categoría los padres no se atribuyen ningún tipo de vínculo de apego y la comunicación, tiempo y afecto dependen de otros factores como la situación o el estado de ánimo.
Patrones de Éxito	
Promotor	El/la padre/madre acompaña y coadyuva en las decisiones que los hijos toman en relación con sus intereses y los patrones de éxito familiares.
Orientador	El/la padre/madre colabora y apoya en la construcción de los patrones de éxito de sus hijos tomando en cuenta sus intereses.
Emancipador	El/la padre/madre acepta las decisiones e iniciativas relacionadas con los patrones de éxito de sus hijos de forma autónoma.
Situacional	En esta categoría padres no se atribuyen ningún patrón de éxito en particular, y sus decisiones sobre la promoción, control y evaluación de los patrones de éxito seguramente dependen de otros factores como la idiosincrasia particular.

Importancia del modelo familiar

Por lo antes mencionado es necesario recordar que es indispensable que los padres se ocupen y atiendan a sus hijos para que se propicie la comunicación y de esta forma disminuir problemáticas sociales como el embarazo de adolescentes, violencia, drogadicción y alcoholismo. Este acercamiento entre padres e hijos abrirá el diálogo y fortalecerá la confianza. Por tal motivo, se puede considerar un factor del embarazo adolescente, que las niñas presenten una carencia de afecto familiar o problemas familiares, buscan identidad propia, muestran interés hacia lo prohibido y se rebelan contra de lo establecido, deseando sentirse adultos.

La falta de comunicación entre padres y adolescentes genera comentarios que cuando son niños el asunto es fácil y cuando son jóvenes hay problema entonces los padres de la mejor manera continúan con sus criterios sin tratar de entender a sus hijos. Márquez (2011). A los adolescentes les interesa su independencia les molesta que los traten como a niños, disgustándole la sobreprotección poniéndoles la tutela excesiva, por lo que estos luchan por su independencia y según los padres quieren hacer su santa voluntad y sucede que los adultos quieren seguir controlándolos a su manera sin darles oportunidades que se desarrollen su personalidad y aprendan por experiencia propia los conflictos.

Los adolescentes necesitan del apoyo en particular de sus padres para enfrentar una serie de tensiones, de confusiones, de dudas, etc. A partir de una ola de cambios personales, el individuo busca que sus progenitores le ayuden a superar sus problemas y sean capaces de responder a todas sus preguntas, determinada por una gran cantidad de opciones, alternativas y posibilidades que deben elegir para su inserción en la sociedad adulta con proyección hacia el futuro.

En la tabla se presenta las dos categorías del modelo parenteral que busca explicar los distintos tipos de comunicación y relación entre los padres e hijos con el fin de entender lo que se planteó con anterioridad. Categorías propuestas por Infante, Martínez y Díaz (2013)

Educación sexual desde la familia

La educación sexual debería comenzar lo más pronto posible, no en el momento del nacimiento sino en el momento de la concepción del nuevo ser y continuar de nuevo de forma armónica y progresiva durante toda la vida.

Para Meachen D. (2015) La educación sexual es el proceso educativo vinculado estrechamente a la formación integral de los niños y los jóvenes que les aporta elementos de esclarecimiento y reflexión para favorecer el desarrollo de actitudes positivas hacia la sexualidad, que puedan reconocer, identificarse y aceptarse como seres sexuales y sexuados, sin temores, angustias, ni sentimientos de culpa, para que favorezcan las relaciones interpersonales y la capacidad de amar, destacando el valor del componente afectivo para el ser humano y para proporcionar la vida en pareja y la armonía familiar.

La educación sexual informal, que se desarrolla a nivel de los mecanismos espontáneos de socialización, repercute significativamente en niños y adolescentes. Se produce en forma continua en distintos niveles: familia, grupos de amigos, comunidad y medios de comunicación (Chavarría Vargas & Suárez Soza, 2021).

La importancia de la educación sobre sexualidad desde la familia, radica en revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos y en sus relaciones entre sí, así mismo, favorece un mayor conocimiento y relación con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y de sustento del autocuidado de salud, con el propósito de evitar que los adolescente al ser expuestos al mundo real, sean manipulables por personas mal intencionadas, cuyo único objetivo sea hacerles daño como ocurre comúnmente con las

adolescentes, exponiéndolas a un riesgo potencial de relaciones sexuales precoces, y por ende embarazarse sin planificarlo. De igual forma, favorece el desarrollo de conductas sexuales conscientes y responsables hacia uno mismo y los demás cuando se cuenta con los conocimientos necesarios para enfrentar cualquier situación de riesgo, y, por último, provee criterios equitativos y conductas de responsabilidad compartida en la pareja, y de este modo lograr el desarrollo de un pensamiento crítico que posibilite la adquisición de actitudes positivas hacia la sexualidad entendida como elemento inherente al ser humano.

1.6.5.4. Factores socio culturales

Según López (2015). La mayor parte de las adolescentes no comienzan su actividad sexual con la finalidad de quedar embarazadas, sino que piensan que el sexo es necesario para lograr los beneficios sociales de los contactos. El sexo se considera muchas veces como un pago necesario para el varón si la mujer desea ser popular. De igual manera las mujeres sin actividad sexual y sin contactos se consideran socialmente descartadas.

Las dificultades de adaptación a la sociedad hacen que las adolescentes presenten con frecuencia diversos problemas psíquicos (depresión, baja moral, insomnio, ideas suicidas, bajo rendimiento escolar.) que constituyen la base para que se pueda originar fácilmente el fenómeno de embarazo en adolescencia.

Distintos grupos sociales ejercen influencia en la conducta adolescente. En particular, se ha postulado que el tipo de familia en que el adolescente ha sido socializado o con la que habita tiene una importante influencia sobre sus conductas sexuales y reproductivas. Así, las familias “bien constituidas”, con ambos padres biológicos presentes, ofrecerían un ámbito protector. Los adolescentes provenientes de esas familias tendrían una probabilidad menor de adoptar conductas de riesgo, es decir, de tener una iniciación sexual temprana y relaciones sexuales sin protección y, por lo tanto, de quedar embarazada o embarazar a su pareja.

Desde el punto de vista social el adolescente es un activista con mucha energía física e impulso, es un gran sostenedor de valores y es reacio a tolerar la desviación de esos valores en cualquier persona, tiende a diferenciar en forma categórica lo bueno y lo malo, lo permitido y lo prohibido.

Mussen (2014) También señala que la adolescencia es, por lo general un tiempo de intensa sociabilidad, pero frecuentemente es también una época de intensa soledad. El simple hecho de estar con otros no resuelve el problema; a menudo los y las adolescentes pueden sentirse más solas que nunca en una multitud, fiestas o bailes, en tales circunstancias, el tener uno o más amigos íntimos puede tener un valor enorme en sus vidas.

La adolescencia es el periodo más difícil que se tiene, ya que se debe entregar lo mejor de uno y proyectar un futuro que no se conoce tratando de que la decisión que se tome sea la más acertada y la que nos va a acompañar por el resto de la vida.

La oportunidad de elegir una pareja será mayor para aquellos que han tratado en forma amplia y agradable muchas amistades, porque así se apoyan sobre una mejor base para la selección, esto se debe cultivar durante la niñez y la adolescencia ya que es uno de los periodos de la vida más difícil.

La evidencia del cambio de costumbres derivado de una nueva libertad sexual, que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos. El embarazo en las adolescentes se ha convertido en seria preocupación para varios sectores sociales tanto desde el ámbito de la salud, por las complicaciones clínicas y en lo psicosocial, por las consecuencias adversas que el hecho tiene sobre la adolescente y sus familiares.

Mitos y tabúes

Según Cordon (2013). La continuidad en la transmisión de ciertos mitos pone de manifiesto que la educación afectivo-sexual que estamos prestando no llega correctamente a nuestros adolescentes. Es por ello que debemos preguntarnos cómo hacer llegar la información correcta y en el momento adecuado, planteándonos, por ejemplo, comenzar esta educación a una edad más temprana.

La forma y el momento en que el adolescente consigue información sobre la sexualidad constituyen un factor determinante. Una información adecuada al momento, correcta en sus contenidos, directa y objetiva puede ayudar a que estén mejor instruidos en sexualidad y consecuentemente mejor protegidos.

Una educación sexual adecuada y correcta reduce las conductas de riesgo, la frecuencia de las relaciones y el número de compañeros por lo que es mediante esta educación que debemos desterrar los tabúes, los mitos y los miedos. Los mitos son una opinión infundada sobre algo, expresada con la convicción que suele acompañar a la ignorancia, porque parece que tienen sentido o, simplemente, porque deseamos que sean verdad; se convierten con facilidad en una creencia de toda una comunidad o una generación, mostrando la escasa, y muchas veces falsa, información de nuestra sociedad.

El origen de muchos de estos mitos o tabúes procede de la Historia. Ésta nos dice que, desde hace tiempo, las religiones, las ideologías, las filosofías y las políticas han creado normas de comportamiento sexual para controlar la conducta humana. Estas normas basadas en una creencia falsa comienzan a divulgarse como algo comprobado y real, y se convierten en un mito. Por otro lado, la sexualidad, por su alto grado de estigmatización social, sigue siendo aún objeto de demasiados mitos que han perdurado en el tiempo debido, entre otros motivos de peso, al escaso interés que ha suscitado este tema entre las ramas de la ciencia

implicadas; pero gracias al avance científico, el error se ha puesto en evidencia. Algunos de los mitos y tabúes expuesto por los adolescentes muy a menudo son:

- Pensamiento mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.
- Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen mitos respecto a relaciones sexuales o concepción que llevan a conductas inapropiadas de cuidado.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía.

Uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual

Según OMS (2014). Cuanto más joven es la mujer menos relaciones sin protección necesitan para quedar embarazada, es fácil concluir que la no utilización de método anticonceptivo alguno supone el factor causal más importante para el embarazo adolescente, ya que para muchos, el verdadero problema del embarazo adolescente radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles, por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo y por la difícil accesibilidad a los métodos anticonceptivos.

Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece haberse observado una débil motivación, por parte de los jóvenes, para su uso. Por lo antes mencionado la falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la

alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, sanitarios, de la sociedad, en fin, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación. Ojeda (2010)

Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo a un lado sus derechos y sus deberes de educar a sus hijos. De hecho, y según datos reflejados en el “Análisis del Cumplimiento”, el 51% de las jóvenes obtiene información sobre los métodos anticonceptivos de los medios de comunicación, el 49% lo hace de sus amigas, mientras que el 15% se “entera” a través de sus padres y, únicamente, un 3% lo hace de los médicos o agentes sanitarios. Es de señalar que el sistema educativo no figura entre las fuentes de información de nuestras jóvenes, hecho que debería de hacer reflexionar, profundamente, a las autoridades responsables.

No obstante, a pesar de la alta tasa de fecundidad adolescente, el uso de anticonceptivos entre adolescentes y adultos jóvenes en Nicaragua es bastante alto: una encuesta a gran escala reveló que el setenta por ciento de las mujeres sexualmente activas de 15 a 24 años informaron usar anticonceptivos. Sin embargo, otros estudios descubrieron tasas mucho más bajas de uso de métodos anticonceptivos cuando se preguntó sobre encuentros individuales, lo que sugiere un uso inconsistente de anticonceptivos; y que las conductas de los adultos jóvenes (20 a 24 años) pueden también estar impidiendo ver con claridad las conductas de adolescentes de 15 a 19 años.

En 2001, sólo el 3% de los nicaragüenses de 15 a 49 años informaron estar usando condones, lo cual es particularmente importante cuando se considera la salud de los adolescentes, ya que es menos probable que los adolescentes utilicen otros métodos

anticonceptivos a largo plazo y es más probable que tengan relaciones sexuales poco frecuentes o no planeadas. Lion (2010).

Prácticas sexuales de riesgo

Son todas aquellas prácticas que aumentan el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS), VIH, Sida, provocar un embarazo no planificado o llevar a un aborto en condiciones de riesgo. Entre sus tipos están: Tener parejas sexuales múltiples, tener una historia pasada de cualquier ITS, tener una pareja con una historia pasada de cualquier ITS, tener una pareja con una historia sexual desconocida, usar drogas o alcohol en situaciones donde puede haber intercambio sexual, tener una pareja que se droga de forma intravenosa, tener relaciones homosexuales o heterosexuales “promiscuas”, sexo anal sin preservativo, tener una relación sexual sin protección.

El análisis funcional del comportamiento de riesgo enfatiza la naturaleza hedonista (búsqueda del placer) del ser humano y la importancia del tiempo transcurrido entre la conducta y sus consecuencias. Según esto, los comportamientos y prácticas sexuales de riesgo son seguidos de forma inmediata y cierta por consecuencias positivas por obtención del placer, mientras que las consecuencias negativas (por ejemplo, herpes, sífilis o VIH) son tan solo probables (“puede que sí y puede que no”) y además a largo plazo (semanas, meses e incluso años después). Esta relación temporal entre el comportamiento y sus consecuencias y la influencia que estas tienen sobre el comportamiento dificulta el cambio de conducta. IPAS (2011).

Ingresos económicos

Según URIZA (2011). Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales”. Por ello se observa cómo la

fecundidad adolescente no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose zonas de elevada prevalencia dentro de una misma área geográfica.

Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes, hecho que afortunadamente ya no sucede en nuestro país, pero que constituye una dramática realidad en otras latitudes. En Brasil, por ejemplo, de las jóvenes adolescentes embarazadas que se acogieron a un Programa Comunitario de control, un 46% de ellas habían abandonado la escuela bastante tiempo antes del embarazo. En el caso de que la madre decida quedarse con el hijo, las responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula experiencia laboral, hacen más fácil que, o bien no encuentre un trabajo o que, en el caso de encontrarlo esté mal pagado. Como consecuencia de ello, muchas de estas chicas viven en hogares con reducidos ingresos, incluso por debajo del nivel de la pobreza. En algunos casos, la situación económica es tan precaria que pasan a depender de la asistencia social. Además, la precariedad económica se mantiene incluso varios años después del embarazo.

- Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.
- Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Además

(Gonzales, 2013) las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

En conclusión, las consecuencias adversas de un embarazo adolescente no planificado:

- Consecuencias para la Madre adolescente
- Frecuente abandono de los estudios, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal.
- Menor duración y más inestables en pareja adolescente.
- Discriminación por su grupo de pertenencia.
- Tendencia a un mayor número de hijos con intervalos Inter-genésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.
- Consecuencias para el Hijo de la Madre adolescente
- Mayor riesgo de bajo peso al nacer.
- Mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.
- Consecuencias para el Padre adolescente
- Frecuente deserción escolar para absorber la mantención de su familia.
- Trabajos inestables y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad.

1.6.5.5. Factores Psicosociales

Para analizar la sexualidad y reproducción en las personas, se hace indispensable, entender cómo y en qué forma se ha construido su comprensión durante el proceso histórico. Foucault denomina “la producción de verdad sobre el sexo” lo que implica decir, que partimos de una premisa básica: la sexualidad es la construcción de las relaciones de género, en un contexto histórico cultural determinado y donde el sexo es y forma parte de ella. (Foucault 2015)

Actualmente sostiene Guiddens (2016) el sexo, es el punto de partida para la construcción de la relación amorosa, es decir esa relación por la proliferación de las nuevas prácticas del cuerpo joven, plantean una reconstitución en las relaciones tanto de pareja como de prácticas en los grupos juveniles; se instaura las relaciones de tiempos cortos y dependiendo de si la experiencia es satisfactoria se podría pensar en un vínculo de largo plazo, pero generalmente en los tiempos modernos, se han tomado las relaciones sexuales como algo casual, de lo cual generalmente el adolescente no toma conciencia de las consecuencias a las que le podía llevar tener relaciones sexuales promiscuamente, ya que no se hace uso de todas las medidas preventivas que podrían evitar tormentos a futuro.

Estigmatización de las adolescentes embarazadas

El desarrollo cognoscitivo y psicosocial permite a los adolescentes un pensamiento más abstracto y un cuestionamiento de las opiniones morales de los padres. El desarrollo social los expone a una variedad de valores éticos. La mayoría de los adolescentes siguen reglas para obtener la aprobación de los otros. A medida que maduran y ganan experiencia, desarrollan su propio código moral y personal.

En la siguiente tabla se refleja un instrumento para cuantificar la estigmatización de la adolescente embarazada en el Perú, se pretendía analizar el desarrollo moral de las adolescentes con el fin de conocer cuál era la perspectiva de la adolescente en torno a su

Tabla 1. Escala de la Estigmatización de la Adolescente Embarazada.

Ítem	Descripción	Respuestas tipo Likert			
		3	2	1	0
1	Sentí que mi embarazo decepcionaba a mi familia	Siempre	La mayoría de las veces	A veces	Nunca
2	Sentí que mi embarazo avergonzaba a mi familia	Siempre	La mayoría de las veces	A veces	Nunca
3	Tuve temor de cómo reaccionarían mis familiares	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Raramente	Nunca
4	Durante mis cuidados del embarazo, sentí que el personal de salud me discriminaba por ser adolescente	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Raramente	Nunca
5	Sentí que las personas me miraban mal en lugares públicos	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Raramente	Nunca
6	Sentí vergüenza de que la gente de mi barrio se enterase de mi embarazo	Siempre	La mayoría de las veces	A veces	Nunca
7	Sentí que las personas de mi edad me miraban mal por haber salido embarazada	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Raramente	Nunca

situación actual. Por otro lado, es importante mencionar que vivimos en un mundo globalizado, lleno de tecnología y bajo índice de prácticas y valores morales, sumado a la necesidad de conocimientos en temas de sexualidad.

La generación de este siglo ha decidido desafiar a los padres y las reglas básicas que se les enseña desde edades muy temprana, cada vez se desvirtúa más el tema de la sexualidad y vamos en declive, exponiéndonos a un más a múltiples enfermedades de transmisión sexuales y altos índices de fecundidad debido a embarazos no deseados de padres adolescentes totalmente inconscientes de las decisiones que toman, lo que a su vez desencadena más pobreza para un país en desarrollo.

Y otras conductas de riesgos, como abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, o para optar a un buen puesto laboral con el salario bien remunerado, familias conflictivas o en crisis, etc.

Aspectos Psicosociales

La tarea principal es la búsqueda de la identidad como persona y como miembro de la comunidad. Luchan por mantener su individualidad, aunque, al mismo tiempo dudan sobre sí mismos y buscan la aceptación de sus iguales, factor crucial para tomar en muchas ocasiones decisiones erróneas que pueden perjudicar el resto de sus vidas, por el simple hecho de sentir la necesidad de tener unos estatutos dentro de la sociedad. Además, dependen de sus padres en el plano económico y emocional. Por otro lado, la actividad sexual es en gran medida experimental y de exploración para la mayoría de los adolescentes. Las jóvenes cuyas vidas carecen de estructura, tienen mayor probabilidad de iniciar la actividad sexual de forma precoz, que aquellas que presentan una guía atenta por parte de sus padres, es este el papel fundamental de una familia bien estructurada en la formación de las futuras generaciones.

La importancia de las decisiones individuales en esta etapa de la vida desentenderá en gran medida de como un individuo vivirá en su etapa como adulto, ya que, si no se hace del modo correcto, generalmente se presentarán problemas tales como: dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza y sentimientos de desesperanza y falta de actitud preventiva.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de estudio

Se realizó una investigación con enfoque mixto, es una integración sistemática de métodos cualitativos y cuantitativos en un solo estudio con el fin de obtener una fotografía más completa del fenómeno (Sampieri, 2014 p. 612), se utiliza el diseño concurrente aplica ambos métodos de manera simultánea.

Es cuantitativo, ya se utiliza datos numéricos, gráficas y tablas de contenido se presentará la temática abordada. Sampieri R. (2014)

Es cualitativo según Sampieri “Se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con el contexto” (p 39).

2.2. Universo

El universo de este estudio estuvo compuesto de 45 adolescentes embarazadas asistentes al centro de salud Edgard Lang. Sampieri (2014), define universo como un conjunto de todos los casos que concuerdan determinadas especificaciones que se quieren estudiar.

2.3. Caracterización de unidad de observación

La unidad de observación fueron las adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Edgar Lang, del distrito III de Managua, que en su mayoría asumen el embarazo con vergüenza y estigma social, reconociendo que no fue planificado y que el mismo es consecuencia de varios factores entre los fundamentales las relaciones familiares y el acceso a temas sobre salud sexual y reproductiva.

Además, es importante señalar que la gran mayoría son jóvenes que no finalizaron sus estudios académicos y no tienen independencia económica pues no tienen ingreso salarial adecuado a los gastos que requieren, lo que incide en la carga emocional a llevar.

Muestra

2.3.1. Tamaño de la muestra para encuesta (cuantitativa)

Para el cálculo de muestra cuantitativa se realiza mediante el programa estadístico en línea Open Epi, versión 3, por lo que se determina una muestra con un intervalo de confianza (IC%) del 80%, para 44 adolescentes embarazadas.

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	57
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/- 5
Límites de confianza como % de 100(absolute +/--%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	50
80%	43
90%	48
97%	51
99%	53
99.9%	55
99.99%	55

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * N * p(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p(1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor

2.3.2. Muestra de métodos cualitativos

Se utilizó un grupo de enfoque (con 8 a 10 personas) mediante la muestra de participantes voluntarios.

2.3.3. Tipo de muestreo cuantitativo

Se utilizó el muestreo aleatorio simple, empleando el Censo Automatizado Gerencial de embarazadas, se eliminaron las embarazadas que no cumplían con los criterios de inclusión, dejando solo las adolescentes embarazadas.

Para seleccionar el número de elementos de la población se recurrió al método de lotería, una tabla de números aleatorios generados de forma aleatoria mediante un programa OpenEpi al azar.

2.3.4. Criterios de inclusión

- Que acepten voluntariamente participar en el estudio
- Que no tengas problemas de comunicación (problemas cognitivos y de lenguaje)

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

Objetivos	Fuente de la información	Técnicas	Instrumento
Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.	Adolescentes	Encuesta	Encuesta de factores relacionados al embarazo adolescente.
Identificar los factores familiares en la población en estudio.	Adolescentes	Encuesta Grupo focal	Encuesta de factores relacionados al embarazo adolescente. APGAR Familiar. Categorías que conforman el modelo parenteral. Guía de preguntas para grupo focal con adolescentes.
Establecer los factores socioculturales en el grupo en estudio.	Adolescentes	Encuesta Grupo focal	Encuesta de factores relacionados al embarazo adolescente. Escala de estigmatización de la adolescentes embarazada o madres adolescentes Guía para grupo focal con adolescente

Se elaboró dos instrumentos: la Encuesta de factores asociados a embarazo adolescente y la guía de preguntas para grupo focal.

- I. **La “Encuesta de factores asociados a embarazo adolescente**, estuvo compuesta por 3 partes con preguntas cerradas, la primera parte refleja las características socio demográficas: edad, procedencia, estado civil, situación escolar; la segunda parte trata de factores familiares: relación padres e hija, comunicación padres – hija, educación en sexualidad desde

la familia; y la tercera parte consta de factores socioculturales: Mitos y tabúes, prácticas sexuales de riesgo, estigmatización del embarazo. Dentro de la encuesta se utiliza los siguientes instrumentos:

- 1. APGAR familiar:** El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. Es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El cuestionario debe ser entregado a cada adolescente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellas que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0 Nunca, 1 Casi nunca, 2, Algunas veces 3, Casi siempre 4, Siempre.

Interpretación del puntaje: Normal: 17-20 puntos; Disfunción leve: 16-13 puntos; Disfunción moderada: 12-10 puntos; Disfunción severa: menor o igual a 9

- 2. Categorías que conforman el modelo parenteral:** Estas son las concepciones sobre la crianza, es decir, el pensamiento de madres y padres de familia en relación a su relación con sus hijas, en la investigación se hace de vital importancia, ya que es a través de este instrumento es que las adolescentes serán capaces de identificar y clasificar la relación y comunicación con sus padres según ellas valoren más asertivo.

- 3. Escala de estigmatización de las adolescentes embarazadas o madres adolescentes:** La estigmatización responde a la presencia de algún atributo que, en un contexto sociocultural determinado, se condice con un rasgo que devalúa y/o desacredita la condición de la persona. En este caso se utilizará con el fin de analizar como las adolescentes perciben son juzgadas

por la sociedad, con el propósito de analizar el desarrollo moral de las adolescentes. Esta tablita tiene una escala tipo Likert y fue inmersa dentro de la encuesta respetándosele todo su abordaje.

Para la validación se aplicará a un grupo de 10 adolescentes, quienes validaran la claridad y comprensión de las preguntas en estudio.

Para la aplicación de la encuesta se utilizó google forms en el cual cada adolescente se le proporcionó un link para su acceso a través del teléfono se compartió acceso a internet, en la aplicación se pidió el consentimiento para participar en la investigación y el llenado de la encuesta, siendo flexibles con el tiempo con el que dispongan y se les responde cualquier duda durante el proceso de recolección de la información, se les explica la manera llenar la encuesta y al finalizar se revisó para asegurarse de que todos los ítems hayan sido contestados y enviada la encuesta.

II. La guía de preguntas para el grupo focal se elaboró a partir de los descriptores con preguntas abiertas para generar las opiniones y experiencias de las adolescentes; este grupo de adolescente es de 8 a 10 y con una duración de 45 minutos a 1 hora, la guía de preguntas orientó el desarrollo de la sesión y se utilizó una grabadora para recopilar la información.

2.5. Plan de tabulación

Los resultados obtenidos de la encuesta, se exportaron los datos de google forms a una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 20, con el fin de obtener tablas simples expresadas en frecuencia, porcentajes. Además, se utilizará medidas de tendencia central, media, moda y mediana. Además de esto, se realizarán gráficos de pasteles, y barras de manera uní y multivariadas, que describan en forma clara la interrelación de las variables.

Para el análisis cualitativo se hará una transcripción de la información obtenida en el grupo focal y luego se organizó según cada descriptor para su sistematización y el análisis conjunto con los datos cuantitativos.

El informe de la investigación se presentó de manera escrita con el programa de Microsoft Word.

2.6. Plan de análisis

Se realizaron tablas 2 x 2 para el análisis univariado expresada en frecuencias y porcentajes, al redactar los resultados estos se analizarán en conjunto con las opiniones y experiencias de los resultados cualitativos.

Corresponde a los referentes teóricos y la recopilación de datos cuantitativos y cualitativos presentados en resultados de la investigación con su respectivo análisis

2.7. Enunciado de las variables y descriptores

Objetivo No 1: Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.

- a. Edad.
- b. Procedencia.
- c. Situación escolar.
- d. Estado civil.
- e. Ingresos económicos.

Objetivo No 2: Identificar los factores familiares en la población en estudio.

- a. Relación padre/ madre e hija.
- b. Comunicación padre / madre– hija.
- c. Educación en sexualidad desde la familia.

Objetivo No 3: Analizar los factores socioculturales asociados al embarazo en el grupo en estudio.

- a. Mitos y tabúes.
- b. Prácticas sexuales de riesgo.
- c. Estigmatización de la adolescente embarazada

Descriptorios cualitativos

- a. Motivos para embarazarse.
- b. Relaciones familiares.
- c. Educación sexual.
- d. Prácticas sexuales de riesgo
- e. Presión de grupo
- f. Proyecto de vida

2.8. Operacionalización de las variables

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valores
Edad	Tiempo transcurrido desde su nacimiento hasta el momento del estudio.	-	Años	10 -13 años 14 – 16 años 17 – 19 años
Procedencia	Nombre del barrio donde actualmente vive las adolescentes en estudio	-	Barrio	Urbano Rural
Situación escolar	Condición educativa que tiene la adolescente en estudio	Actualmente estudia	Presencia	Si No
		Deseo de continuar estudiando	Presencia	Si No
		Escolaridad	Nivel alcanzado	Ninguna Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico superior Universidad.

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valores
Estado civil	Condición conyugal de la embarazada adolescente.	-	Tipo de relación	Casado Soltera Unión libre Separados.
Aspectos laborales	Se refiere a la situación laboral de la adolescente en estudio.	Trabaja	Presencia	Si No
		Ocupación	Tipo	Estudiante Trabajo formal Trabajo informal
		Ingresos económicos de la adolescente.	Córdobas	<7,000 5,000 – 2,000 >2,000 Ninguno
Relación padres – hijas	Es la forma en las que las adolescentes interiorizan y asimilan el vínculo de apego entre ellas y sus padres	-	Tipo de Relación familiar	Cálido Cercano Elemental Situacional
Comunicación padre – hijas	Manera donde las adolescentes interiorizan la comunicación con sus padres.	Pautas de crianza	Tipo	Rígido Negociador Indulgente Situacional
	Es la forma de asignar un puntaje a sus familias, para diagnosticar el modelo familiar como funcional o no funcional	APGAR Familiar	Puntaje	17-20 puntos 16-13 puntos. 12-10 puntos Menor o igual a 9
Educación sexual desde la familia	Padres que le hablan a sus hijos de sexualidad de manera abierta	-	Presencia	Hablan de sexualidad en su casa Le aconsejaban o conversaban relaciones sexuales con usted. Ha recibido educación sexual de otra persona que no sea su familiar. De donde ha recibido información.
Mitos y Tabúes	Son las distintas formas en las que la sociedad a través de los años y en las distintas culturas y religiones con el fin de sancionar ciertas prácticas consideradas “Incorrectas o indecorosas” deciden interiorizan nuevas formas de que sus grupos creen que ideas no fundamentadas científicamente	-	Presencia	Usted piensa que al tener la primera relación no sale embarazada. Con la toma de anticonceptivos de emergencia me protejo durante todo el mes. Si me lavo inmediatamente después de una relación, no me embarazo.

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valores
				<p>Cuando me levanto rápidamente para que caiga el semen u orino, no quedo embarazada.</p> <p>La masturbación es mala y sucia.</p> <p>Es mejor usar doble condón porque protege más.</p> <p>Con solo la puntita no me embarazo.</p> <p>El tener relaciones sexuales anales sin protección es imposible salir embarazada.</p>
Prácticas Sexuales de Riesgo	Son aquellas conductas sexuales que exponen a las adolescentes a consecuencias de riesgo inminente para la vida.	Parejas sexuales	Número	1 2 3 4 a más
		Antecedentes de ITS	Presencia	Tener una historia pasada de cualquier ITS Tener pareja con una historia pasada de cualquier ITS
		Prácticas sexuales	Tipo	Tener una pareja con una historia sexual desconocida. Tener relaciones homosexuales o heterosexuales. Sexo anal sin preservativo. Tener una relación sexual sin protección.
		Uso de drogas y alcohol	Presencia	Usas drogas o alcohol con intercambio sexual, Tener una pareja que se droga de forma intravenosa Tiene pareja que usa drogas.
		Fallo de métodos	Presencia	Si No
		Uso de MAC antes del embarazo	Tipo	Condón PPMS Inyectables Anticonceptivos orales

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valores
Estigmatización de la adolescente embarazada	Es la forma en la que las adolescentes se sienten y perciben que son vistas en la sociedad	-	Escala	Siempre La mayoría de veces A veces Nunca

2.9.Aspectos éticos.

Se pide consentimiento informado para la participación de la encuesta y grupo focal, en este documento se acepta participar en el estudio y permite que la información recolectada pueda ser utilizada la investigadora del proyecto. A las adolescentes, se les solicitara su apoyo para realizar el estudio, orientándoles el objetivo y la naturaleza del mismo, garantizándoles la confidencialidad de los datos obtenidos. De antemano se les explicará la información respecto a la investigación, de manera que sean capaces de comprenderla y ejercer su libre decisión de participación.

CAPÍTULO III: DESARROLLO

3.1. Resultados

Características sociodemográficas

Respecto a la edad se encontró en el rango de 10 a 13 años 1 (2.3%), de 14 a 16 años 13 (29.5%) y de 17 a 19 años 30 (68.2 %). La procedencia está determinada principalmente por los barrios que acuden al centro de salud, así San Judas con 16 (36.4%), los Camilos (incluye Camilo Ortega, Camilo Zapata y Carlos Fonseca) con 10 (22.6%), Edgard Lang 6 (13.7 %), 18 de Mayo 2 (4.5 %), y el resto de los barrios Marvin Marín, Pochocuape, René Schick, Villa Roma con un total de 10 (22.8 %). En referencia a sí estudia actualmente unas 23 (52.3%) no estudia y 21 (47.7 %) estudia actualmente. De las adolescentes que no estudian 19 (96.0%) desean retomar sus estudios y solo 1 (4.0%) no desea retomar los estudios. La escolaridad se encontró con primaria completa 2 (4.5 %), primaria incompleta 4 (9.1%), secundaria completa 11 (25 %), secundaria incompleta 17 (38.6. %), y universitaria 10 (22.7%); el estado civil se presentaron casadas 4 (9.1%), separadas 1 (2.3%), solteras 26 (59.1%), unión de hecho estable (convive con su pareja) 11 (25%) y en unión libre 2 (4.5%); con respecto a que si trabajan actualmente 34 (77.3%) no trabaja y 10 (22.7%) si trabaja actualmente; de estas 8 (18.2%) tienen trabajo formal y 3 (6.8%) trabajo informal; con un ingreso menor a 2,000 córdobas 4 (9.1%), de 2,000 a 4,999 córdobas 2 (4.5%), con salario entre 5,000 a 6,999 córdobas y a más de 7,000 córdobas a 3 (6.8%) cada uno respectivamente.

Ver anexo tabla 1

Factores familiares

Con quienes viven se obtuvo con abuelos 11(25.0%), con mamá y papá 10(22.7%) con mamá, papá y abuelos 5(11.4 %) solo con su mamá 17(38.6%) y solo con su papá 1(2.3%). Concerniente a la relación que prevalece con sus padres, madres o persona a cargo de su crianza consideraron indulgente 7(15.9%) negociador 6(13.6%) rígido 27 (61.4 %)

situacional 4 (9.1 %), valoraron la relación de sus padres – madres con ellos , cálido 8 (18.2 %) cercano 19(43.2 %) elemental 8 (18.2), situacional 9 (20.5 %) por lo que reconoce la relación con sus padres o tutores emancipador 7 (15.9%), orientador 20 (45. 5 %) promotor 7 (15.9 %) y situacional 10(22.7%), refiriéndose a la satisfacción de la ayuda que reciben de su familia cuando tienen algún problema los resultados son: algunas veces 19(43.2 %) casi nunca 7 (15.9 %), casi siempre 10(22.7%) nunca 2(4.5 %) y siempre 6 (13.6 %) con respecto a la satisfacción como en sus familias hablan y comparten sus problemas algunas veces 16 (36.4 %) casi nunca 12 (27.3) casi siempre 10 (22.7 %) nunca 5(11.4%) y siempre (2.3 %).

Ver tabla 2.

Funcionalidad familiar

La satisfacción de como la familia acepta y apoya sus deseos de emprender nuevas actividades algunas veces 18(40.9%) casi nunca 8(18.2%) casi siempre 12 (27.3%) nunca 4(9.1 %) siempre 2(4.5 %). La satisfacción de cómo sus familias expresan afecto y responde a sus emociones tales como rabia, tristeza, amor, algunas veces 14(31.8%) casi nunca7(15.9%), casi siempre 11 (25.0%), nunca 11 (25.0%), siempre 1(2.3 %). La satisfacción del tiempo para estar juntos compartido en familia, algunas veces 17 (38.6%) casi nunca 9(20.5%) Casi siempre 9(20.5%), nunca 8 (18.2 %), siempre 1(2.3%).

La satisfacción de como comparten: los espacios en la casa en su familia, Algunas veces 13 (29.5 %) Casi Nunca 9 (20.5 %) Casi siempre 10(22.7%) Nunca 9 (20.3%), siempre 3 (6.8%). La satisfacción como comparten el dinero en sus familias, algunas veces 24 (54.5%) casi nunca 6 (13.6%) casi siempre5 (11. 4 %) nunca 6(13.6 %) siempre 3 (6.8%).

Con respecto a amigo o amiga cercana con quien puede buscar ayuda algunas veces 16 (36.4%) casi nunca 10(22.7%) casi siempre 7(15.9%) nunca 6(13. 6%) siempre 5 (11. 4%).

La satisfacción con el soporte que reciben de sus amigos y amigas Algunas veces 13(29.5 %) Casi Nunca 11(25.0%) casi siempre 8(18.2 %) nunca 9 (20.5%), siempre 3 (6.8%)

Ver tabla 3.

Con respecto a Apgar , disfunción leve 13(29.5) disfunción moderada 7(15.9) disfunción severa 22 (50%), normal 2(4.5%) **ver tabla 4**

Educación sexual

Con respecto a la información o educación recibida, sobre sexualidad, se constató que se hablaba de sexualidad en su casa o en su familia antes del embarazo, no 23 (52.3 %) y si 21(47.7 %) con respecto a si sus Padres le aconsejaban o conversaba sobre sexualidad, noviazgo, relaciones sexuales, si 22 (50%) no 22 (50%). Con respecto a si han recibido educación sexual de otra persona que no sea su familiar como amigos u otros, respondieron que no 17(38.6%) y si 27 (61.4 %) **ver tabla 5**

De dónde ha recibido información sobre aspectos de sexualidad, planificación familiar, relaciones sexuales, noviazgos de familia 2 (4.5%) farmacia 1(2.3 %) institución de salud 7 (15.9) institución educativa, televisión, internet 34 (77.2%). **Ver tabla 6**

Mitos y tabúes

Sobre el mito que niega el embarazo durante la primera relación, manifestaron como falso el 39 (88.6%) y lo considera verdadero 5 (11.4 %). Por otra parte, manifestaron falso tomar anticonceptivo de emergencia para protegerse durante todo el mes 33 (75.0 %) sin embargo, lo consideran verdadero 11 (25.0 %). Sobre la disminución de embarazo debido a lavarse inmediatamente después de una relación, lo consideran falso 41 (93.2 %) % y verdadero 3(6.8 %). Acerca de la teoría de levantarse rápidamente para que caiga el semen u orinar para evitar así el embarazo, lo consideran falso 36 (81.8%) y verdadero 8 (18.2 %). Sobre la concepción de la masturbación como mala y sucia; lo consideran falso 28 (63.6 %) y verdadero 16

(36.4%). Igualmente, sobre el uso doble del condón para proteger más, es concebido falso por 27 (61.4 %) y como verdadero por 17 (38.6%). Sobre la práctica de sacar el pene antes de que salga el semen para reducir las posibilidades de embarazo, concuerdan en que es falso 26 (59.1 %) y verdadero por 18 (40.9). Por otro lado, acerca la idea que sostiene que tener relaciones sexuales anales sin protección imposibilita el embarazo, es considerada falsa por 22 (50 %) y verdadero por 22 (50 %). **Ver anexo tabla 7**

Factor sociocultural

Prácticas sexuales de riesgo

Por lo que se refiere a prácticas sexuales de riesgo en las adolescentes encuestadas, se determinó que tienen 1 pareja sexual 21 (47.7 %), tienen 2 parejas sexuales 13 (29.5%), tienen 3 parejas sexuales 6 (13.6 %) y tienen 4 parejas sexuales o más 4 (9.1%). No tienen antecedentes de ITS 41 (93.2%) y sí poseen antecedentes de ITS 3 (6.8%), de esto, no han tenido Parejas con antecedentes de ITS 41 (93.2 %) y sí, 3 (6.8 %).

Manifiestan que no tienen parejas con historia sexual desconocida 32 (72.7 %), sin embargo, si conocen la historia sexual de su pareja 12 (27.3%). Expresan que no han tenido relaciones homosexuales 42 (95.5 %) y si lo han hecho 2 (4.5 %); no han tenido relaciones sexuales sin protección 8 (18.2 %), en cambio sí han practicado relaciones sexuales sin protección 36(81.8%). No han tenido relaciones sexuales con varias parejas a la vez 43 (97.7%) y si lo han hecho 1(2.3%).

No han tenido relaciones sexuales con desconocidos 40 (90.9 %) y si lo han hecho 4 (9.1 %), no han tenido relaciones sexuales a cambio de favores 37(84.1 %) y si lo han hecho 7 (15.9 %). No han usado drogas o alcohol cuando tiene relaciones sexuales 38 (86.4%) y si han usado 6 (13.6%), no han tenido pareja que se droga 35 (79.5%) y si han tenido 9

(20.5 %), no han tenido pareja que se droga de forma intravenosa ninguno de los 43 entrevistadas (97.7%) y si 1 (2.3 %)

Métodos anticonceptivos

Acerca de los métodos de planificación, no usaban 26(59.1%) y usaban 18 (40.9%), piensan que el método fallo 29 (65.9%) que no 15 (34.1 %) con respecto a los métodos de planificación estos fueron anticonceptivos orales 4 (9.1%) Condón 6(3.6%)inyectables 7 (15.9%) Ninguna 7(38.6) Píldora de la mañana siguiente (PPMS) 10(22.7) **ver tabla 8**

Estigmatización a las adolescentes

A veces sintieron que su embarazo decepciono a su familia la mayoría de veces 10 (22.7 %); nunca 10 (22.7 %) pocas veces 12(22.7%) y siempre 12 (27.3 %). También, expresaron que sentían que sus embarazos avergonzaran a su familia la mayoría de veces 9(20.5 %) Nunca9(20.5 %) Siempre 9(20.5 %).

Tuvieron temor de cómo reaccionarían sus familiares la mayoría de las veces 11 (25.0%), siempre tuvo temor 21(47.7%),11 (25.6%), nunca sintieron temor 4 (9.1%) y a veces 8 (18.2 %).

Durante sus cuidados del embrazo nunca sintieron discriminación por parte del personal de salud 12 (27.3%), sin embargo, si lo sintieron a veces 13(29.5 %), la mayoría de las veces 9(20.5%) y siempre 6 (14.0%).

Del mismo modo, sintieron que las personas a veces lo miraban mal en lugares públicos 10 (22.7 %), la mayoría de las veces 12 (27.3 %), siempre 11 (25.0 %) y apenas 11 (25.0%) nunca. Sintieron vergüenza de que la gente de sus barrios se diera cuenta de mi embarazo, la mayoría de las veces 10 (22.7%), nunca 8 (18.2 %), siempre 12 (27.3) y a veces 14(31.8%).

Igualmente, sintieron que las personas de su edad miraban mal por estar embarazadas, siempre 18 (40.9%), la mayoría de las veces 10 (22.7 %), a veces 11 (25.0 %) y nunca 5 (11.4 %) Sentí que las personas de mi edad me miraban mal por haber salido embarazada. Siempre 18 (40.9 %) la mayoría de las veces 10 (22.7%) a veces 11(25.0%) nunca 5(11.4%)

Ver anexo tabla 9

Motivaciones del embarazo Abuso/violación1 (2.3 %)Desconocía como evitar un embarazo 6(13.6) Deseaba quedar embarazada 11 (25.0 %)Falla del método de planificación 18 (40.9) Miedo a comprar algún método en la farmacia de mi zona 1 (2.3 %) Por presión de mi pareja, dando la prueba del amor 6 (13.6 %) Yo lo quise 1(2.3 %) Cuando te enteraste que estabas embarazada, pensaste en Abortar7(15.9%) Desepcionada1(2.3%) Metí la pata1(2.3%) No sabía q hacer1(2.3%) Que era el momento de asumir esa responsabilidad a pesar de todo18(40.9%) Que era una bendición13 (29.5%) Quitarte la vida3 (6.8%) **Ver tabla 10.**

Discusión

La edad predominante en la población en estudio es entre 17 -19 años, con apenas el 4, 7 % en edades comprendidas entre 10 a 13 años de edad (adolescencia temprana), la mayoría provienen de los barrios Waspan norte y Waspan sur, seguido de las Villas; Villa Fraternidad, Villa Rafaela Herrera y Villa Reconciliación, luego La Primavera y el Hugo Chávez, caracterizados por ser urbanos y populosos, buscan atención medica en el Centro de Salud Edgard Lang Distrito III , esto significa que la adolescente embarazada corresponden a embarazos en adolescencia tardía, sin embargo esto no representa que esta preparadas para ser madres.

El 58.1 % no estudia actualmente y apenas el 41.9 % continúan sus estudios, sin embargo, la mayoría desea retomar sus estudios (55. 8%), con un nivel de escolaridad de secundaria incompleta 48.8 %, el 25. 6 % con la secundaria completa el 11.6 % han culminado la primaria y un 4.7% tiene la primaria incompleta, apenas un 2.3 % con un nivel técnico superior y un 7 % con un nivel universitario, el mayor porcentaje de estas jóvenes no estudian, con un porcentaje bajo en nivel universitario lo que representa menos posibilidades de desarrollo profesional y acceso a poder adquisitivo, pero también podría significar frustraciones a futuro, por la presión económica que representa tener un bebé.

El estado civil de la población en estudio, la mayoría son solteras 44. 2%, viven en unión de hecho estable 37.2 %, unión libre 9.3 %, son separadas 7 %y apenas 2.3 % son casadas. Ser soltera en la mayoría de los casos asumir la maternidad sola, aunque también el estar casada o en unión libre no representa que las responsabilidades se asumirán en colectivo de manera colaborativa por parte de la pareja involucrada.

No trabajan 69.8 % y el 30.2 si trabajan, los tipos de trabajo que realizan son mayormente de manera informal 18.6 % y de forma formal 11.6 % percibiendo ingresos menores a 2000 córdobas 16.3 %, entre 2000 y 4900 córdobas 9.3 %, apenas el 2.3 % entre 5000 y 7000 córdobas y el 2.3 % mayor a 7000 córdobas, esto representa mayor presión y frustración para quienes no tienen ingresos económicos y quienes sus ingresos no cubren el costo de la canasta básica.

Todo lo anterior representa que, aunque las adolescentes se embarazan en el período tardío no quedan exentas de la presión económica, social, pues no tienen el respaldo académico, ni salarial para asumir el embarazo y menos aún el acompañamiento de la pareja, influyendo en su proyecto de vida, así como el cumplimiento de metas y aspiraciones personales, lo que significa continuar con el modelo de supervivencia y menos posibilidades para su desarrollo personal.

Factores familiares

Los resultados obtenidos denotan la presencia solamente de la figura materna, el 41.9 % viven solo con su mamá, apenas el 23.3% con mamá y papá, el 16.3% viven con sus abuelos, el 11.6 % vive con mamá, papá y abuelos y el 7% vive con otro familiar o tutor. Las pautas de crianza predominante con 39.5 % rígido, seguido de negociador con un 27.9% indulgente 23.3% y situacional con un 9.3 %, los vínculos de apego predominan el cercano con un 39.5 %, elemental 27.9 %, cálido 20.9 %, situacional 25.6%, promotor 18.6 % y emancipador con 14.0%, la teoría afirma que quienes crían a un hijo solo estos son sometidos a mucho estrés y presión, Los padres establecen reglas rígidas para mantener el orden en la familia; además, ejercen control y presión sobre sus miembros. En las pautas de crianza rígidas no se permite la negociación o el diálogo, demuestran poco afecto y no explican el porqué de sus exigencias, lo cual representa poca comunicación o una subordinación o temor hacia la

familia, es decir que, aunque se comuniquen esta no es asertiva, ni profunda, causando impacto en el ámbito emocional y esto a su vez en sus relaciones futuras.

La ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad el 44.2 % expresaron que algunas veces es satisfactorio, 20.9 % manifestaron que casi siempre y el 16.3 % siempre, 16.3 % que casi nunca y el 2.3 % que nunca. La colaboración o cooperación en la familia es necesaria por los beneficios que ocasiona para los adolescentes y para toda la familia en general ya que ayuda a fomentar que nuestros hijos se conviertan en personas solidarias y colaboradoras, pero que además perciban apoyo ante un problema o necesidad. Como hablan y comparten los problemas en familia el 32.6 % casi nunca se siente satisfecho y el 32.6 % algunas veces, 20.9 casi siempre, 11.6 % siempre y el 2.3% nunca, la insatisfacción en la comunicación y la forma como comparten las inquietudes y los problemas en familia representa la dificultad que tiene para hablar y como no les genera confianza para opinar y mostrar sus sentimientos y emociones, provoca que se sientan inseguros e inestables, remarcándose en la toma de decisiones o para no acceder a la presión de grupos o del novio.

Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades, el 34.9 % algunas, 23.3 casi siempre, 20.9% casi nunca, 18.6 % siempre y el 2.3 % nunca. Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor el 34.9 % manifiestan algunas veces, 30.2 % casi nunca, 16.3 % casi siempre, 14 % siempre y 4.7 % nunca. Todo esto representa que las necesidades y acompañamiento socioemocional que requieren las adolescentes solamente algunas veces son satisfechos, lo que puede ocasionar la búsqueda de esta necesidad básica en la pareja, sin embargo, por las características propias de su edad también puede significar la toma de decisiones de manera precipitada.

Me satisface como compartimos en mi familia: El tiempo para estar juntos, 34.9 % algunas veces, 32.6 % casi nunca, 14% casi siempre y 14% siempre y el 4.7 % nunca, como comparten los espacios en la casa en familia, 32.6 % algunas veces, 30.2 % casi nunca, 14 % casi siempre y 14 % siempre y un 9.3%. El tiempo en familia fortalece las relaciones entre sus distintos miembros, pero además aportará a desarrollar adecuada comunicación.

Me satisface como compartimos en mi familia, 32.6 % manifestaron que algunas veces, 25.6 casi nunca, 16.3% casi siempre, 14% nunca y 11.6% siempre.

El tiempo en familia, la comunicación, el compartir y las formas de expresar afecto y responder a las emociones permite a los adolescentes aprender a regular sus emociones, la toma de decisiones de manera informada, pero además saber y sentir que tiene un respaldo que les aporta a su seguridad y estabilidad emocional.

Usted tiene un amigo cercano o una amiga cercana que pueda buscar cuando necesite ayuda, el 44.2 % algunas veces, 20.9 % casi siempre, 14 % casi nunca y 14 % siempre y apenas un 7 % nunca. Una amistad representa la oportunidad de tener una relación afectiva entre dos o más personas entre las que se comparten inquietudes y sentimientos comunes, al igual que la confianza mutua en el caso de las y los adolescentes esta representa el intercambio de confidencias información lo que equivale a sentir apoyo y ayuda, sin embargo, por ser pares, no necesariamente la ayuda o consejo que reciben es la idónea, causando aún mas angustia.

Con el soporte que recibo de mis amigos y amigas, 37.2 % algunas veces, 20.9 siempre, 16.3 % casi siempre, 16% nunca y 9.3 % casi nunca, lo cual indica que no sienten que tengan el adecuado soporte para enfrentar y afrontar lo que representa un embarazo en la adolescencia, como manifestaron que las amigas y amigos no siempre están disponibles.

Apgar familiar contestaron el 30.2 % normal, disfunción moderada 37.2 %, disfunción leve 16.3% y disfunción grave 16.3%. 53.5 % de las encuestadas expresan que hablaban de sexualidad en su casa o en su familia antes del embarazo y 46.5 % no.

58.1 expresaron que sus Padres no le aconsejaban o conversaba sobre sexualidad, noviazgo, relaciones sexuales y 41.9 % manifestaron que sí, esto se convierte en una evidente amenaza , pues tener conocimiento no es igual a practicar y gestionarlos adecuadamente, además significa que las temáticas representan un tabúes a nivel personal y familiar.

69.8 % manifestaron haber recibido educación sexual de otra persona que no sea su familiar como amigos u otros, en cambio 30.2 % que no. De estos un 58.1 % reflejaron que las fuentes de información sobre aspectos de sexualidad son principalmente la institución educativa, institución de salud 46.5%, internet 39.5 %, televisión 20.9 % amigos 9.3%, farmacia 4.7%. Al no recibir educación sexual en el núcleo familiar, se obtiene de otras fuentes y en la mayoría de los casos o no es suficiente o bien esta solamente queda a un nivel conceptual, es decir que estas fuentes solamente abordan desde la teoría, anatomía y fisiología, pero no impacta en como autorregularse y el análisis de las consecuencias de la toma de decisiones

Los referentes teóricos reflejan que la comunicación entre los miembros de la familia brinda más posibilidades al adolescente de analizar y de tomar decisiones responsables y conscientes sobre el inicio de las relaciones sexuales y las consecuencias de esta acción.

Los resultados obtenidos en este estudio, evidencian la dificultad de que las familias conversen sobre estas temáticas con los adolescentes y como ellos la reciben de otros, obviando la importancia de este tema para el futuro. Actualmente se habla sobre sexualidad en la televisión, en la escuela, en los centros comerciales, y el internet aborda la temática.

Pero esto no representa una educación Sexual integral que permita que el adolescente aprenda a decidir de manera consciente y adecuada e incluso posponer el inicio de las relaciones sexuales.

Es importante enfatizar que los adolescentes que se sienten cómodos comunicándose abiertamente con sus padres sobre la sexualidad tienen más probabilidades de demorar las prácticas sexuales, tienen menos posibilidades de practicar conductas sexuales riesgosas y están preparados para tener relaciones y actitudes sanas con respecto a la sexualidad incluyendo la decisión de un embarazo.

Los resultados sobre mitos y tabúes son los siguientes:

62.8 manifestaron falso que durante la primera relación no sale embarazada y 37.2 % lo considera verdadero, 72.1 % manifestaron falso tomar anticonceptivo de emergencia me protejo durante todo el mes y 27.9 % lo consideran verdadero.

Si me lavo inmediatamente después de una relación, no me embarazo 74.4 % lo consideran falso y 25.6 % verdadero, si me levanto rápidamente para que caiga el semen u orino, no me embarazo 76.7 % lo consideran falso y 23.3 % verdadero, la masturbación es mala y sucia 58.1 % lo consideran falso y 41.9% verdadero.

Es mejor usar doble condón porque protege más, 69.8 % falso y 30.2 % verdadero.

Si saca el pene antes de que salga el semen, no me embarazo, 62.8 % falso y 37.2 verdadero. El tener relaciones sexuales anales sin protección es imposible salir embarazada, 46.5 % falso y 37.2 verdadero y el tener relaciones sexuales anales sin protección es imposible salir embarazada 46.5% falso y 53.5 % verdadero.

Prácticas sexuales de riesgo en las adolescentes encuestadas, 46.5 % tienen 1 pareja sexual, 44.2% tienen 2 parejas sexuales, 4.7 % tienen 3 parejas sexuales y 4.7% tienen 4 parejas sexuales o más.

Aunque se denota que se ha superado los mitos en estas temáticas, también es necesario incidir en las prácticas sexuales de riesgo porque a edades tempranas la mayoría ha tenido más de 1 pareja sexual, lo cual significa que las parejas anteriores no eran las adecuadas, pero además representa un factor de riesgo para su salud

El 88.4 % no tienen antecedentes de ITS y 11.6 % tienen antecedentes de ITS, 90.7% no han tenido Parejas con antecedentes de ITS y el 9.3 % sí, 65.1 % manifiesta que no tienen Parejas con historia sexual desconocida y el 34.9% manifiestan que si conocen la historia sexual de su pareja.

En la edad adolescente con el intercambio de parejas, aunque no se tenga identificado los antecedentes o la historia sexual de la pareja, esto no garantiza que no haya presentado antecedentes y que está tomando las medidas necesarias y adecuadas para el cuidado de la salud.

97.7 % manifiestan que no han tenido relaciones homosexuales y 2.3 % si lo han hecho, 25.6 % no han tenido relaciones sexuales sin protección, en cambio 74.4% si han tenido relaciones sexuales sin protección, 90.7 % no han tenido relaciones sexuales con varias parejas a la vez y 9.3% si lo han hecho, 95.3 % no han tenido relaciones sexuales con desconocidos y 4.7% si lo han hecho, 95.3 % no han tenido relaciones sexuales a cambio de favores y 4.7 % si lo han hecho.

83.7% no han usado drogas o alcohol cuando tiene relaciones sexuales y 16.3 % si han usado, 83.7% no han tenido pareja que se droga y 16.3 % si han tenido, el 100 % no han tenido pareja que se droga de forma intravenosa.

Aunque el uso de drogas nos referimos a alcohol u otras sustancias también existe otro tipo de sustancias o actividades que provocan adicciones tales como el internet, los videos juegos.

Prácticas sexuales de riesgo.

El 67.4 % no uso método cuando se embarazo, en cambio el 32.6 % sí.

Condón 18.6%, inyectables 16.3%, píldoras de la mañana siguiente PPMS 14 %, anticonceptivos orales 9.3 % y ningún método 41.9 % , esto representa que falta fortalecer en los adolescentes el uso adecuado de los anticonceptivos como mecanismo responsable ante las enfermedades y embarazos, conversándolo y educando desde los distintos espacios de interacción tales como la familia.

Estigmatización a las adolescentes

30.2 % a veces sintió que su embarazo decepciono a la familia, 25.6 % la mayoría de veces y 25.6 % nunca y 18.6 % siempre.

El 32.6 % expreso que nunca sentía que el embarazo avergonzaba a su familia, 27. 9% a veces, el 23. 3 % siempre y el 16.3% la mayoría de las veces.

37.2 % la mayoría de las veces Tuve temor de cómo reaccionarían mis familiares, 25.6 siempre tuvo temor, 20.9 nunca sintió temor y 16.3 % a veces.

Durante mis cuidados del embrazo sentí que el personal de salud me discriminaba por mi embarazo 37.2 nunca, 32.6 a veces, 16.3 la mayoría de las veces, 14.0 siempre.

Sentí que las personas me miraban mal en lugares públicos 34.9 % a veces, 27.9 % la mayoría de las veces, 20.9 % siempre y apenas un 16. 3% nunca.

32.6 % la mayoría de las veces sentí vergüenza de que la gente de mi barrio se diera cuenta de mi embarazo, 27.9 % nunca, 25.6 siempre y 14 % a veces.

32.6 % siempre sentía que las personas de mi edad me miraban mal por haber salido embarazada 30.2 % la mayoría de las veces, 18.6 % a veces y 18.6 % nunca.

Lamentablemente muchos adultos e incluso jóvenes asumimos una posición inadecuada ante los demás, juzgando y condenando sin brindar apoyo y solidaridad, las jóvenes del estudio reflejan que se sienten avergonzadas por las críticas y miradas de la familia y la comunidad, lo cual las hace sentir menos, inferiores y fracasadas todo esto incidirá en su nuevo rol como madre.

Motivaciones del embarazo en las adolescentes embarazadas encuestadas 41.9% debido a Fallas del método de planificación, 30.2% deseaba quedar embarazada, 18.6 % desconocía como evitar un embarazo y un 9.3% por presión de su pareja dando la prueba de amor.

Cuando se enteró de su embarazo pensó el 44.2 % en que era el momento de asumir esa responsabilidad a pesar de todo, 34.9 que era una bendición, 16.3 en abortar, 2.3 ni modo, ahora a ser responsable y 2.3 % en quitarse la vida.

Una verdad absoluta es que en la mayoría de los casos los embarazos no son planificados, más aún cuando son adolescentes sin recursos económicos, sin preparación académica, ni ingreso económico, peor aún sin el acompañamiento de la pareja y con el desprecio de la familia y la sociedad.

3.2. Conclusiones

Las características sociodemográficas de las adolescentes en estudio, se encuentra con edad predominante en adolescencia tardía (17 a 19 años), procedente de barrios urbanos y populosos, tales como San Judas, Marvin Marín, Camilo Ortega; no estudian actualmente, sin finalizar estudios de bachillerato, con deseos de retomarlos, solteras, sin trabajo formal y con ingresos económicos menores a 2000 córdobas mensuales.

Con respecto a los factores familiares sobre sale la presencia de la figura materna, la mayoría viven solo con su mamá con pautas de crianza rígido, vínculos de apego cercano, reflejando satisfacción por la ayuda que reciben de la familia cuando tienen algún problema o necesidad, sin embargo, casi nunca se sienten satisfechos por hablar y compartir ya muy pocas ocasiones que algunas veces aceptan y apoyan en emprendimiento en nuevas actividades. La población en estudio manifiesta que pueden buscar ayuda en un amigo cercano o una amiga cercana cuando necesiten, sintiendo satisfacción con el soporte que reciben.

Referente a la educación recibida, expresaron que sus Padres no le aconsejaban o conversaban sobre sexualidad, noviazgo, relaciones sexuales, indicando haber recibido educación sexual de otra persona que no sea su familiar como amigos u otros, manifestaron que las fuentes de información sobre estos aspectos son principalmente la institución educativa, seguido de las instituciones de salud, el internet y televisión

Los resultados sobre mitos y tabúes mostraron que las jóvenes del estudio no tienen esas creencias, afirmaciones, narraciones, tradiciones comunes que implican algún riesgo en la salud o integridad de cada una de las personas a excepción de la idea que el tener relaciones sexuales anales sin protección es imposible salir embarazada.

Con respecto a la estigmatización la mayoría consideró que decepcionó a la familia pues se embarazaron por métodos en el método de planificación, sin que esto represente un mejor estatus social.

Recomendaciones

1. A las autoridades del MINSA, le corresponde consolidar espacios de participación asertiva de la comunidad para la prevención de embarazos en adolescentes; involucrando diversos actores y sectores sociales que aseguren el acceso, disponibilidad, y calidad de servicios de salud para jóvenes con el fin de reforzar la aplicación de políticas sanitarias dirigidas a la atención integral en educación sexual y reproductiva.
2. Incluir asesoría en planificación familiar y anticoncepción; disminuyendo y enfrentándose así a la estigmatización de la sexualidad.
3. Vigorizar las relaciones intrafamiliares promoviendo un entorno protector en la que, dialoguen sobre sus problemas y preocupaciones; cultivando la confianza al abordar temas de sexualidad con una visión positiva sobre esta.
4. Promover una adecuada autoestima y habilidades de relación seguras en los adolescentes, ayudando a contrarrestar con afectividad las ideas erróneas y el exceso de estímulos externos para prevenir conductas y situaciones no deseadas.
5. Sensibilizar al personal de salud y del sistema educativo, quienes a través de capacitaciones fortalezcan aspectos éticos que promuevan a las jóvenes, la distribución de información desde un enfoque de derechos y no de riesgo, discriminación o prejuicios.
6. Difundir información en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, aprovechando el contexto moderno y tecnológico, mediante el uso de los medios de comunicación y las redes sociales, instrumentos con gran alcance y dinamismo.
7. Promover planes de intervención tales como un plan de acceso a la educación formal o continuidad educativa, Plan de acceso laboral, Plan de atención emocional, y finalmente un plan de atención a la familia.

CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA

4.1. Bibliografía

Ayol Perez, L. G., Arguello Paredes, E. E., & Jimenez Morejón, L. L. (Mayo de 2021).

<http://repositorio.unemi.edu.ec/>. Recuperado el 28 de Septiembre de 2021, de <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/5358>

Chavarría Vargas & Suárez Soza. (23 de octubre de 2021). <https://repositorio.unan.edu.ni/1604/1/5163.pdf>

Obtenido de Factores y consecuencias del Inicio de Vida Sexual Activa en los y las:

Cruz Díaz, E. A. (Marzo de 2016). [https://repositorio.unan.edu.ni](https://repositorio.unan.edu.ni/1549/1/58909.pdf). Recuperado el 15 de

Septiembre de 2021, de <https://repositorio.unan.edu.ni/1549/1/58909.pdf>

Fondos de las Naciones Unidas para la Infancia. (26 de septiembre de 2021).

<https://www.unicef.org>. Obtenido de Uruguay/que-es-la-adolescencia

Gonzales, C. (2013). *Atencion al embarazo en adolescentes*. España: El país.

[https://www.google.com/search?q=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms](https://www.google.com/search?q=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&rlz=1C1GCEU_esNI956NI956&oq=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&aqs=chrome..69i57j0i22i30.13544j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

[&rlz=1C1GCEU_esNI956NI956&oq=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&aqs=chrome..69i57j0i22i30.13544j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&rlz=1C1GCEU_esNI956NI956&oq=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&aqs=chrome..69i57j0i22i30.13544j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8).

(s.f.). Obtenido de

[https://www.google.com/search?q=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms](https://www.google.com/search?q=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&rlz=1C1GCEU_esNI956NI956&oq=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&aqs=chrome..69i57j0i22i30.13544j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

[oms&rlz=1C1GCEU_esNI956NI956&oq=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&aqs=chrome..69i57j0i22i30.13544j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-](https://www.google.com/search?q=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&rlz=1C1GCEU_esNI956NI956&oq=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&aqs=chrome..69i57j0i22i30.13544j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

[un+la+oms&aqs=chrome..69i57j0i22i30.13544j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-](https://www.google.com/search?q=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&rlz=1C1GCEU_esNI956NI956&oq=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&aqs=chrome..69i57j0i22i30.13544j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

8.

[https://www.google.com/search?q=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms](https://www.google.com/search?q=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&rlz=1C1GCEU_esNI956NI956&oq=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&aqs=chrome..69i57j0i22i30.13544j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

[&rlz=1C1GCEU_esNI956NI956&oq=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&aqs=chrome..69i57j0i22i30.13544j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-](https://www.google.com/search?q=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&rlz=1C1GCEU_esNI956NI956&oq=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&aqs=chrome..69i57j0i22i30.13544j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

+la+oms&aqs=chrome..69i57j0i22i30.13544j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8.
(18 de octubre de 2021). Obtenido de
https://www.google.com/search?q=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&rlz=1C1GCEU_esNI956NI956&oq=que+es+embarazo+en+adolescentes+segun+la+oms&aqs=chrome..69i57j0i22i30.13544j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8.

La ONU alerta de los riesgos de la generación que tiene entre 10 y 19 años . (26 de
septiembre de 2021). Obtenido de
<https://www.diariocordoba.com/sociedad/2003/10/09/poblacion-adolescente-llega-1-200-38929465.html>

López Sánchez, Pavón Corea, Vasquez Landeros. (diciembre de 2016). *Influencia de los principales factores de riesgo y los medios de comunicación en embarazadas adolescentes*. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/4315/1/96345.pdf>

MARCELLINI, D. F. (2017). *“FACTORES INDIVIDUALES, FAMILIARES Y SOCIALES ASOCIADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL CENTRO DE SALUD CARLOS SHOWING FERRARI* . Obtenido de
<http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/494/LUYO%20MARCELLINI%2c%20DELICI%20FIORELLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Marín, L. G. (marzo de 2017). *LA ADOLESCENCIA, principales características* . Obtenido de
<https://www.cch.unam.mx/padres/sites/www.cch.unam.mx.padres/files/archivos/07-Adolescencia2.pdf>

Menéndez Guerrero, G. E., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., & Espert Castellanos,

J. (26 de septiembre de 2021). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.

Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006

Moran Valladares, D. M. (Septiembre de 2020). *Factores asociados al embarazo*

subsecuente en adolescentes atendidas en la Clínica del adolescente Hospital

General España, Chinandega, julio - septiembre, 2016. Obtenido de

<https://repositorio.unan.edu.ni/14462/1/14462.pdf>:

<https://repositorio.unan.edu.ni/14462/1/14462.pdf>

OPS. (26 de septiembre de 2021). Obtenido de OPS:

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1416

[3:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1416)

OPS. (18 de octubre de 2021). *mAmérica Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta*

de embarazo adolescente en el mundo. Obtenido de

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1416

[3:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1416)

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2015).

<https://www.minsalud.gov.co/>.

Obtenido

de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/>

[boletin-informativo-embarazo-en-adolescentes-oms-ops-2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/)

- Ortiz, R., Torres, M., Peña Cordero, S., Quinde, G., Durazno, G. C., Palacios, N., . . .
Bérmudez, V. (26 de septiembre de 2021). *https://www.revistaavft.com*. Obtenido de
<https://www.revistaavft.com/images/revistas/2017/AVFT%202%202017/caracteristicas%20sociodemograficas.pdf>
- Ramos Ayala, S. E. (Enero de 2021). *repositorio.unan.edu.ni*. Obtenido de
<https://repositorio.unan.edu.ni/15047/1/15047.pdf>
- UNICEF. (26 de septiembre de 2021). *https://www.unicef.org*. Obtenido de
<https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
- UNICEF. (18 de octubre de 2021). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. .*
Obtenido de
<https://www.unicef.org/lac/media/6351/file/PDF%20Publicaci%C3%B3n%20Vivencias%20y%20relatos%20sobre%20el%20embarazo%20en%20adolescentes%20.pdf>

CAPÍTULO V: ANEXOS

5.1. Anexos: Instrumento de recolección de la información

5.1.1. Encuesta de factores relacionados al embarazo adolescente



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
JIRÓN - MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MAESTRIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ENCUESTA DE FACTORES RELACIONADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE

Estimadas adolescentes, la presente encuesta tiene como objetivo identificar las características sociodemográficas y los factores que se asocian el embarazo a temprana edad. A continuación se presentan una serie de preguntas, la que debe de contestar con veracidad. La encuesta es anónima y confidencial. Muchas gracias por su colaboración.

Fecha: _____ **# De encuesta:** ____

A continuación se presenta una serie de preguntas con las características sociodemográficas. Marque con una X su respuesta, según convenga.

I. Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas.

1.1 ¿Qué edad tiene? Entre 10 -13 años ____ Entre 14 – 16 años ____ Entre 17 – 19 años ____

1.2 ¿En qué barrio vives? _____

1.3 ¿Usted se encuentra estudiando actualmente? Sí _____ No _____

Si su respuesta es “No”, ¿le gustaría retomar sus estudios? Si _____ No _____

1.4 ¿Cuál es su escolaridad?

Ninguna ____ Primaria incompleta ____ Primaria completa ____ Secundaria incompleta ____

Secundaria completa ____ Técnico superior ____ Universidad. _____

1.5 ¿Cuál es su estado civil? Marque con una X

Casada ____ Soltera ____ Unión libre ____ Unión libre estable ____

Separada _____

1.6. ¿Actualmente usted está trabajando? Si _____ No _____

1.7. Si está trabajando, ¿En que trabaja? Estudiante ____ Trabajo formal ____ trabajo informal ____
Ninguno _____

1.8. ¿De cuánto es su ingreso de dinero mensual? Menos de 2,000 __ Entre 5,000 y 2,000 ____

Mayor de 7,000 ____

II. Factores asociados al embarazo en adolescentes. (Factor Familiar). Marque con una X su respuesta, según convenga

2.1 ¿Cómo considera usted es la relación con sus padres? *Valorar según la tabla de elementos del modelo parenteral (Vínculos de apego)*

Cálido _____

Cercano _____

Elemental _____

Situacional _____

2.2 Ahora después de una revisión de la tabla, *elementos del modelo parenteral (pautas de crianza)*

¿Cómo considera usted fue la relación de sus padres con usted?

Rígido _____

Negociador _____

Indulgente _____

Situacional _____

A continuación, responda el test que se le mostrara Marcando con una X según usted considere

2.3. Funcionalidad Familiar

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

2.4. Educación sexual

¿Hablaban de sexualidad en su casa o en su familia antes del embarazo? Si ____ No ____

¿Sus Padres le aconsejaban o conversaba sobre sexualidad, noviazgo, relaciones sexuales?

Si ____ No ____

¿Ha recibido educación sexual de otra persona que no sea su familiar? Si ____ No ____

¿Dónde ha recibido información sobre aspectos de sexualidad, planificación familiar, relaciones sexuales, noviazgos?

Institución de salud

Institución educativa (escuela)

Farmacia

Televisión

Radio

Internet

3. Factores asociados al embarazo en adolescentes. (Factor Sociocultural)

Marque con una X la respuesta que usted considere.

3.1. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido? 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 a más ____

3.2. Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual

▪ Ha tenido una enfermedad de transmisión sexual alguna vez. Si ____ No ____

▪ Ha tenido una pareja con cualquier enfermedad de transmisión sexual. Si ____ No ____

3.3. ¿Cuáles de los enunciados que se presentan a continuación, usted ha realizado alguna vez? Marcar con una X las siguientes opciones que usted considere.

▪ Ha tendido parejas con historia sexual desconocida. Si ____ No ____

▪ Ha tenido relaciones homosexuales alguna vez. Si ____ No ____

▪ Ha tenido sexo anal sin preservativo. Si ____ No ____

▪ Ha tenido relaciones sexuales sin protección. Si ____ No ____

- Ha tenido relaciones sexuales con varias personas a la misma vez. Si ____ No ____
- Ha tenido relaciones sexuales con desconocidos. Si ____ No ____
- Ha tenido relaciones sexuales a cambio de regalos, dinero o favores. Si ____ No ____
- Has usado drogas o alcohol cuando ha tenido relaciones sexuales. Si ____ No ____
- Has tenido una pareja que se droga. _____
- Has tenido pareja que se droga de forma intravenosa. _____

3.4. ¿Usabas algún método anticonceptivo cuando te embarazaste? Sí ____ No ____

Si la respuesta es Sí, ¿Piensas que el método que usaste falló? Sí ____ No ____

¿Cuál de estos métodos utilizo?

- Condón _____
- Píldora de la mañana siguiente (PPMS) _____
- Inyectables _____
- Anticonceptivos orales _____
- Ninguna _____

3.5. Marque con una F o V según la respuesta que usted considere es falso o verdadero.

- Durante la primera relación no sale embarazada. ____
- Si toma anticonceptivo de emergencia me protejo durante todo el mes ____
- Si me lavo inmediatamente después de una relación, no me embarazo. ____
- Si me levanto rápidamente para que caiga el semen u orino, no me embarazo ____
- La masturbación es mala y sucia. _____
- Es mejor usar doble condón porque protege más. _____
- Si saca el pene antes de que salga el semen, no me embarazo _____
- El tener relaciones sexuales anales sin protección es imposible salir embarazada. ____

3.6. A continuación se muestra unas preguntas. Marque con una X según usted considere, favor conteste con honestidad. (Estigmatización)

Afirmación	Siempre	La mayoría de veces	A veces	Nunca
Sentí que mi embarazo decepciono a mi familia				
Sentí que mi embarazo avergonzaba a mi familia				
Tuve temor de cómo reaccionarían mis familiares				
Durante mis cuidados del embarazo sentí que el personal de salud me discriminaba por mi embarazo				
Sentí que las personas me miraban mal en lugares públicos				
Sentí vergüenza de que la gente de mi barrio se diera cuenta de mi embarazo				
Sentí que las personas de mi edad me miraban mal por haber salido embarazada				

Gracias por su participación...

5.1.2. Guía de preguntas de grupo focal



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MAESTRIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA GUÍA DE PREGUNTAS PARA GRUPO FOCAL

I. Características sociodemográficas

Edad Escolaridad Estado Civil Barrio

II. Motivos del embarazo

8. ¿Por qué ustedes se embarazaron?
9. ¿Cuáles son los motivos por lo que ustedes se embarazaron?
10. ¿Fue este embarazo algo planificado?
11. ¿Crees que ser madre te da un estatus social mejor que no tener hijos?

III. Relaciones familiares

12. ¿Cómo es la relación de ustedes con su familia?
13. ¿Su familia está apoyando su embarazo?
14. ¿Cuando tienes un problema con quien hablas?

IV. Educación sexual

15. ¿Dentro de la familia han hablado sobre temas de sexualidad, noviazgo, relaciones sexuales?
16. ¿Dónde ha obtenido esta información?

V. Prácticas sexuales

17. ¿Qué prácticas sexuales conoce o ha escuchado de sus amigos?

VI. Presión de grupo

18. ¿Sus amigas le aconsejaron iniciar relaciones sexuales? ¿o tu novio te presionó a tener relaciones sexuales?
19. ¿Todavía existe la exigencia de la prueba del amor?
20. ¿Tener una pareja sentimental te hace sentir especial?

VII. Proyecto de vida

21. ¿Tienes sueños y metas personales que estás dispuesto a cumplir? ¿Cuáles?
22. ¿Que podrías hacer para cumplirlos?
23. ¿Qué te impide a cumplir estas metas?

5.2.Tablas

Tabla 1

Características sociodemográficas de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Edgar Lang Distrito III, septiembre a noviembre 2021.

		n=44
Edad	Frecuencia	Porcentaje
10 -13 años.	1	2.3
14 – 16 años.	13	29.5
17 – 19 años.	30	68.2
Procedencia		n=44
San Judas	16	36.4
Edgar Lang	6	13.6
Camilo Ortega	6	13.6
Villa Roma	4	9.1
Marvin Marín	3	6.8
Camilo Zapata	2	4.5
Carlos Fonseca	2	4.5
18 de mayo	2	4.5
Marvin Marín	1	2.3
Pochocuape	1	2.3
Rene Shick	1	2.3
Estudia actualmente		n=44
No	23	52.3
Si	21	47.7
Retomar los estudios		n=23
No	2	8.7
Si	21	91.3
Escolaridad		n=44
Primaria completa	2	4.5
Primaria incompleta	4	9.1
Secundaria completa	11	25.0
Secundaria incompleta	17	38.6
Universidad	10	22.7
Estado Civil		n=44
Casada	4	9.1
Separada	1	2.3
Soltera	26	59.1
Unión de hecho estable (vive con su pareja)	11	25.0
Unión libre	2	4.5

Trabaja actualmente		n=44
No	34	77.3
Si	10	22.7
Tipo de trabajo		n=10
Trabajo formal	8	80.0
Trabajo informal	2	20.0
Ingreso mensual		n=10
Menos de 2000 córdobas.	4	40.0
Entre 2,000 y 4,999 córdobas.	2	20.0
Entre 5,000 y 6,999 córdobas	2	20.0
Mayor de 7,000 córdobas.	2	20.0

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 2

Factores familiares relacionados con el embarazo adolescente en encuestas en el Centro de Salud Edgard Lang, septiembre a noviembre 2021.

	Frecuencia	Porcentaje
Núcleo familiar		n=44
Solo su Mama	17	38.6
Abuelos	11	25.0
Con Mama y Papa	10	22.7
Mamá, papá y abuelos	5	11.4
Otro familiar o tutor	1	2.3
Pautas de crianza		n=44
Rígido	27	61.4
Indulgente	7	15.6
Negociador	6	13.6
Situacional	4	9.1
Vínculos de apego		n=44
Cercano	19	43.2
Situacional	9	20.5
Elemental	8	18.2
Cálido	8	18.2
Patrones de éxito		n=44
Orientador	20	45.5
Situacional	10	22.7
Promotor	7	15.9
Emancipador	7	15.9

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 3

*Respuestas sobre el apgar familiar en adolescentes encuestadas en el Centro de Salud
Edgard Lang, septiembre a noviembre 2021*

n=44

Preguntas	Nunca		Casi Nunca		Algunas veces		Casi Siempre		Siempre	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.	2	4.5	7	15.9	19	43.2	10	22.7	6	13.6
Me satisface como en nuestra familia hablamos y compartimos nuestros problemas.	5	11.4	12	27.3	16	36.4	10	22.7	1	2.3
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.	4	9.1	8	18.2	18	40.9	12	27.3	2	4.5
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.	11	25.0	7	15.9	14	31.8	11	25.0	1	2.3
Me satisface como compartimos en mi familia: El tiempo para estar juntos.	8	18.2	9	20.5	17	38.6	9	20.5	1	2.3
Los espacios en la casa	9	20.5	9	20.5	13	29.5	10	22.7	3	6.8
En el dinero	6	13.6	6	13.6	24	54.5	5	11.4	3	6.8
¿Usted tiene un amigo cercano o una amiga cercana que pueda buscar cuando necesite ayuda?	6	13.6	10	22.7	16	36.4	7	15.9	5	11.4
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos y amigas.	9	20.5	11	25.0	13	29.5	8	18.2	3	6.8

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 4. Apgar familiar en adolescente encuestadas en el Centro de Salud Edgar Lang
Septiembre a Noviembre 2021

Apgar familiar	n=44	
	Frecuencia	Porcentaje
Normal	2	4.5
Disfunción leve	13	29.5
Disfunción moderada	7	15.9
Disfunción grave	22	50.0

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 5. Educación sexual recibida en adolescente encuestadas en el Centro de Edgar Lang
, Septiembre a Noviembre 2021

Educación	n=44			
	Si		No	
	No	%	No	%
¿Se hablaba de sexualidad en su casa o en su familia antes del embarazo?	21	47.7	23	52.3
¿Sus Padres le aconsejaban o conversaba sobre sexualidad, noviazgo, relaciones sexuales?	22	50.0	22	50.0
¿Ha recibido educación sexual de otra persona que no sea su familiar como amigos u otros?	27	61.4	17	38.6

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 6. Fuente de información sobre aspectos de sexualidad, planificación familiar, relaciones sexuales y noviazgo de los adolescente encuestadas en el Centro de Salud Edgar Lang , Septiembre a Noviembre 2021

Fuente de información	n=44	
	Frecuencia	Porcentaje
familia	2	4.5
Institución de salud	7	15.9
Institución educativa, Televisión, Internet	34	77.2
Farmacia	1	2.3

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 7. Mitos y tabúes presentes en los adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Edgar Lang, Septiembre a Noviembre 2021

Mitos y tabúes	n=44			
	Falso		Verdadero	
	No	%	No	%
Durante la primera relación no sale embarazada.	39	88.6	5	11.4
Si toma anticonceptivo de emergencia me protejo durante todo el mes.	33	75.0	11	25.0
Si me lavo inmediatamente después de una relación, no me embarazo.	41	93.2	3	6.8
Si me levanto rápidamente para que caiga el semen u orino, no me embarazo.	36	81.8	8	18.2
La masturbación es mala y sucia.	28	63.6	16	36.4
Es mejor usar doble condón porque protege más.	27	61.4	17	38.6
Si saca el pene antes de que salga el semen, no me embarazo.	26	59.1	18	40.9
El tener relaciones sexuales anales sin protección es imposible salir embarazada.	22	50.0	22	50.0

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 8. Prácticas sexuales de riesgo en los adolescente encuestadas en el Centro de Salud Edgar Lang, Septiembre a Noviembre 2021

Número de parejas sexuales	n=44	
	Frecuencia	Porcentaje
1.	21	47.7
2.	13	29.5
3.	6	13.6
4 o más.	4	9.1
Prácticas sexuales de riesgo		
Antecedentes de ITS	41	93.2
Pareja con antecedente de ITS	3	6.8
Parejas con historia sexual desconocida	32	72.7
Ha tenido relaciones homosexuales	42	95.5
Relaciones sexuales sin protección	8	18.2
Relaciones sexuales con varias parejas a la vez	43	97.7
Relaciones sexuales con desconocidos	4	9.1
Ha tenido relaciones sexuales a cambio de favores	7	15.9
Uso de drogas o alcohol en relaciones sexuales	6	13.6
Ha tenido pareja que se droga	9	20.5
Uso de método cuando se embarazó	18	40.9

Piensa en falla del método	29	65.9
Cual método anticonceptivo utilizó		
Condón	6	13.6
Inyectables	7	15.9
Píldora de la mañana siguiente (PPMS)	10	22.7
Anticonceptivos orales	4	9.1
Ninguna	17	38.6

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 9. Escala de estigmatización a las adolescentes embarazadas encuestadas en el Centro de Salud Edgar Lang, Septiembre a Noviembre 2021

Afirmaciones	n=44							
	Siempre		La mayoría de veces		A veces		Nunca	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Sentí que mi embarazo decepciono a mi familia	12	27.3	10	22.7	12	27.9	10	22.7
Sentí que mi embarazo avergonzaba a mi familia	9	20.5	9	20.5	12	27.3	9	20.5
Tuve temor de cómo reaccionarían mis familiares	21	47.7	11	25.0	8	18.2	4	9.1
Durante mis cuidados del embarazo sentí que el personal de salud me discriminaba por mi embarazo	6	14.0	9	20.5	13	29.5	12	27.3
Sentí que las personas me miraban mal en lugares públicos	10	22.7	12	27.3	11	25.0	11	25.0
Sentí vergüenza de que la gente de mi barrio se diera cuenta de mi embarazo	18	40.9	10	22.7	11	25.0	5	11.4
Sentí que las personas de mi edad me miraban mal por haber salido embarazada	14	32.6	13	30.2	8	18.6	8	18.6

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 10. Motivaciones del embarazo en las adolescente embarazadas encuestadas en el Centro de Edgar Lang, Septiembre a Noviembre 2021

	n=44	
El embarazo es consecuencia de:	Frecuencia	Porcentaje
Abuso/violación	1	2.3
Miedo de comprar en la farmacia de la zona	1	2.3
Falla del método de planificación	18	40.9
Deseaba quedar embarazada	11	25.0
Desconocía como evitar un embarazo	6	13.6
Por presión de mi pareja, dando la prueba del amor	6	13.6
Cuando se enteró de su embarazo pensó en:		
Que era el momento de asumir esa responsabilidad a pesar de todo.	18	40.9
Que era una bendición.	13	29.5
Abortar.	7	15.9
Ni modo, ahora a ser responsable	1	2.3
Quitarte la vida.	3	6.8

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

5.3. Anexos: Resultados cualitativos (grupo focal)

	Descriptores								
Características	Edad	17 Años	19 años	18 años	15 años	19 años	17 años	15 años	18 años
	Estado civil	Pareja estable	Casada	Soltera	Soltera	Casada	Soltera	Pareja estable	Soltera
	¿De qué Barrio venís?	Marvin Marín	Camilo Ortega	San Judas	San Judas	Colonia Independencia	Hallalia	Villa Roma	San Judas
Motivos del embarazo	¿Por qué usted se embarazó? ¿Cuál fue el motivo por el que usted se embarazó?	El método de planificación no me sirvió	Decidí embarazarme	Dejé de tomar las pastillas un tiempo y en ese tiempo salí embarazada	No lo p planifique	Me fallo el método de planificación	Fallo el método de planificar	No nos cuidamos	No me sirvió el método de planificar
	¿Cuál fue el motivo por el que usted se embarazó?	En mis planes no estaba quedar embarazada, no me sirvieron las pastillas.	Lo hablé con mi pareja	Por descuido	No me cuidé, se me olvido ponerme la inyección.	Descuido con las pastillas	No tomé las pastillas	No nos cuidamos y luego salí embarazada.	No me sirvió el método de planificar
	¿Fue este embarazo planificado?	No fue planificado	SI	NO	No, no fue planificado	No porque no lo planifique	No	No	No
	¿Crees que ser madre te da un estatus social mejor que no tener hijos?	No te hace más ni menos, sin embargo te cambia la vida porque	Ser mamá o no ser no te da un estatus diferente.	Si porque el hijo viene a atrasarlo a uno	No	No creo porque todas somos mujeres valiosas	Las que no son madres tienen mejores oportunidades para	Pues no, nadie es mejor que nadie	No.

	Descriptor								
		debes pensar en el bebé.					continuar estudiando		
	¿Cómo es la relación con su familia?	Ni mala ni buena	Es buena la relación	Mi familia dijo que le había decepcionado.	Regular relación	Regular	Siempre ha sido buena a pesar de todo	Me trataron mal, me ofendieron.	Desde el embarazo no hay buena relación
	¿Su familia está apoyando su embarazo?	Al principio no, ahora si	Si mi familia me apoya	No	Poco, pero sí.	Pues más o menos, ahora un poco más que al inicio	Al inicio no pero ahora mi mamá está a mi par, cuidándome.	No.	Me dieron la espalda
	¿Cuándo tienes un problema con quien hablas?	Mi abuela	Con mi pareja y en algunos casos con mi mamá o mi hermana	Mi hermana	Con mis amigas.	Mi hermana	Con mi mamá y mi mejor amiga.	Con mis amigas	Ahora con mi amiga.
Educación sexual	¿Dentro de la familia han hablado de temas de sexualidad, noviazgo, relaciones sexuales?	No, para nada	Si, abiertamente	No, de eso no	No, no se habla de eso	Sí, pero siempre con tabú	Para nada, mi mamá me dijo "si venís con una panza te vas de la casa"	No, nunca, y me daba pena preguntar	No se hablaba de ninguno de esos temas, son temas tabú
	¿Dónde has obtenido esta información?	Amistades, televisión.	En el colegio, mi mamá y en el centro	Compañeras de clases	En Facebook, en Internet, en videos, con mis	Ahora abunda información en las redes sociales	Con mi familia y en el colegio	Cuando empecé a planificar en el	Principalmente con mis amigas.

	Descriptores								
					amigas hablamos sobre eso.			centro de salud	
Prácticas sexuales	¿Qué prácticas sexuales conoce o ha escuchado de sus amigos?	Que hacen de todo	De todo	De posiciones.	Las normales, lo que hacen pues las parejas	De todo pero la verdad me da pena preguntar mucho.	Practica de sexo oral y de sexo anal	Diferentes posiciones.	He escuchado de todo.
Presión de grupo	¿Sus amigas le aconsejaron iniciar a tener relaciones sexuales? ¿Tu novio te presiono a tener relaciones sexuales?	Si, y a veces uno por quedar bien con el novio , uno hace caso	NO, nunca	Si para tener relaciones sexuales con esa persona	De mi novio sí. Él estaba bastante insistente en tener relaciones sexuales	Las demás chavalas se ríen de las que no han tenido relaciones	No	La verdad mi novio me estaba presionando mucho.	Por parte de mi pareja
	¿Todavía existe la exigencia de la prueba del amor?	Si	Ya no, eso era en los tiempos de antes	Si eso ha existido siempre	Si, todavía. No le llaman así en estos tiempos, pero siempre hay una presión	Si, ahora entre más seria la relación pues ya se llega a ese paso	Eso ha existido siempre	Si no lo haces dicen “no me quieres, me voy”	Si existe.

	Descriptor								
	¿Tener pareja sentimental te hace sentir especial?	No	No porque todas somos especiales sin necesidad de tener pareja	Si me hace sentir más especial	Sí, porque una no se siente sola	La verdad no.	Es importante para mi más especial	Solo cuando quería que tuviéramos relaciones	A veces
PROYECTO DE VIDA	¿Tienes sueños y metas personales que estas dispuesta a cumplir? ¿Cuáles?	Estudiar en la universidad	Ser una familia.	Estudiar y ser profesional, trabajar y ganar suficiente dinero	Terminar estudios, sacar a mi bebé adelante	Viajar, estudiar	Ser profesional	Tener mi propia casa y un trabajo independiente.	Estudiar en la universidad
¿Qué podrías hacer para cumplirlos?		Seguir estudiando	Trabajar	Estudiar	Retomar mis estudios.	Estudiar	Esforzarme	Trabajar	Estudiar y trabajar.
	¿Qué te impide cumplir esas metas?	No tengo tiempo de estudiar	Mi esposo.	El niño, me atrasa, porque va a requerir cuidado y que le compre sus cosas.	El trabajo y el niño.	El niño	Esperar a que mi bebé nazca bien y tener estabilidad económica	Falta de dinero, ahorita no estoy trabajando	El niño pues no tengo quien me lo cuide.