

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN- Managua
Facultad de Ciencias Médicas



Trabajo Monográfico para optar
Al Título de Médico y Cirujano General.

Título

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.

Autores: Bra. April Ena Carcache Gutiérrez
Br. Emilio José Dávila Álvarez

Tutor: Dra. Adelina Barrera.

Managua, Nicaragua 04 de Febrero 2019

Agradecimientos

Primeramente agradecemos a Dios por habernos creado y por cada día darnos el aliento necesario para vivir y por ser nuestra principal guía y fuerza en el camino.

A la Universidad UNAN-MANAGUA por habernos aceptado para ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar nuestra carrera, así como a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante.

Al Centro de Salud Francisco Buitrago de Managua por habernos permitido realizar esta investigación ofreciéndonos todo su apoyo e información necesaria para ello.

Agradecemos a nuestra tutora de tesis Dra. Adelina Barrera por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimientos así como también habernos tenido la paciencia para dirigirnos durante todo el desarrollo de la tesis.

También agradecemos a nuestros compañeros de clases que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado de gran manera nuestras ganas de seguir adelante en nuestra carrera profesional, y principalmente a nuestros padres que estuvieron motivándonos desde el inicio hasta finalizar nuestros estudios.

Agradecemos de igual forma a cada amigo que colaboró con nosotros en la recolección de datos, por su apoyo incondicional y participación mano a mano en el trabajo de campo.

Dedicatoria

Hasta el cielo a mi querida amiga Susan Mitchell que con su inmenso corazón demostró que no se necesita compartir la misma sangre para llegar a ser una familia y sin quien nada de esto hubiera sido posible.

Emilio Dávila Álvarez

Dedico este trabajo a Dios por los ánimos, las fuerzas y la paciencia que me dio para llegar al final de esta meta y a mi familia por apoyarme en todo el proceso.

April Carcache

Opinión del Tutor

El embarazo en la adolescencia continúa siendo un problema de salud pública, no solo por el número de embarazos que ocurren en esta edad, sino por el impacto en la familia y en la joven, por las consecuencias en el ámbito físico, emocional, social y económico, dado que en esta edad un embarazo pone en riesgo la vida de las jóvenes, ya que son más vulnerables para complicaciones y la muerte de estas y sus bebés.

Cuando una joven se embaraza, en la mayoría de los casos trunca sus sueños en términos de la continuidad de sus estudios, etc. Ya que generalmente tiene que dejar de estudiar para dedicarse a criar a su bebé y muchas veces sin el apoyo del padre o de su familia. Así que inevitablemente la vida le cambia ya que a pesar de continuar siendo prácticamente una niña, se convierte en madre de otro niño, lo que plantea un desafío no solo físico debido a que su cuerpo aún no está preparado anatómicamente y fisiológicamente para parir y su madurez emocional aún no ha sido alcanzada.

La planificación familiar en Nicaragua tiene una alta tasa, según la última encuesta de demografía y Salud (ENDESA 2011-12) realizada en el país, más del 80% de las mujeres en edad fértil utilizan un método para planificar su familia, no obstante, esto no ocurre en las adolescentes, considerando que muchas veces tienen relaciones sexuales con sus novios o parejas sin el conocimiento de sus padres o sus familias. Se puede decir que Nicaragua tiene tasas de planificación familiar muy similares a las de países desarrollados, y la tasa de embarazo también se ha reducido, sin embargo, continúa siendo elevado en la adolescencia.

Los programas de prevención del embarazo en esta edad no han sido suficientemente efectivos, quizá porque se han limitado al abordaje biologicista, es decir centrado en los factores de riesgo de tipo biológicos y no han sido holísticos o integrales, ya que no abordan los factores de riesgo socio-culturales ya sea por desconocimiento de estos o por falta de interés o experiencia de los tomadores de decisiones de los programas dirigidos a adolescentes. El adultismo está presente en los servicios de salud y también tiene efecto en los programas que hasta la fecha se han diseñado. Las estrategias de comunicación y el involucramiento de los padres y la familia no han sido suficiente como para que estos se sientan responsables y co-partícipes de los programas.

Considerando lo antes mencionado, la presente investigación toma relevancia, ya que aporta el conocimiento de los factores de riesgo socio-culturales involucrados en el embarazo en

adolescente, lo cual permitirá reformular las estrategias de abordajes de las y los jóvenes para impactar en la prevención del embarazo.

Resumen

El estudio analiza los 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, siendo este un tema relevante ya que es un problema social y de salud pública. El objetivo del estudio fue evaluar la asociación de los factores de riesgo socioculturales con la ocurrencia de embarazo en las adolescentes del área ya mencionada en el segundo semestre del año 2016. Es un estudio analítico, retrospectivo de casos y controles cuyo universo estuvo constituido por 1332 adolescentes de 15 a 19 años embarazadas o que lo hubiesen estado en los dos últimos años y que habitaran en los barrios de cobertura del centro de salud Francisco Buitrago en el segundo semestre de año 2016. La técnica de recolección de la información fue una encuesta la cual se aplicó a cada una de las participantes de la muestra definida con previo consentimiento. De las adolescentes encuestadas 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 evidencio en los 18 años. Se encontró que 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. 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. 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.

Palabras claves: Embarazo, Adolescente, Factor, Riesgo, Sociocultural.

Lista de Acrónimos

CDC

Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el control y la Prevencion de Enfermedades).

DIU

Dispositivo Intrauterino.

ECMA

Entrega Comunitaria de Metodos Anticonceptivos.

ENDESA

Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud.

ENDIREH

Encuesta Nacional sobre las Dinamica de las Relaciones en los Hogares de Mexico.

IML

Instituto de Medicina Legal de Nicaragua.

IPAS

Organizacion no gubernamental que trabaja para promover los derechos sexuales y reproductivos en las mujeres, ampliar el acceso a la atencion del aborto y mejorar la calidad de los servicios de Salud en America Latina.

ITS

Infecciones de Transmision Sexual.

IVSA

Inicio de Vida Sexual Activa.

MAC

Metodos Antinceptivos.

MINED

Ministerio de Educacion de Nicaragua.

MINSA

Ministerio de Salud de Nicaragua.

OR

Odds Ratio, Razon de productos cruzados o Razon de Momios.

P/F

Planificacion Familiar.

PIB

Producto Interno Bruto.

PPMS

Pastilla para la mañana Siguiete.

RM

Razon de Momios o OR (Odds Ratio).

RNV

Recien Nacidos Vivos.

SILAIS

Sistema local de Atencion Integral en Salud.

Índice

Agradecimientos	2
Dedicatoria.....	3
Opinión del Tutor.....	4
Resumen	6
Lista de Acrónimos	7
Introducción.....	10
Antecedentes.....	11
Justificación	14
Problema.....	15
Objetivos.....	17
Objetivo general	17
Objetivos Específicos:	17
Marco Teórico.....	18
Conceptos sobre adolescencia y su desarrollo	18
El Embarazo Adolescente	20
Condición de maternidad de las Adolescentes Nicaragüenses	22
Factores que inciden la Fecundidad Adolescente	26
Hipótesis	47
Diseño Metodológico	48
Tipo de estudio	48
Área de estudio:.....	48
Universo:.....	48
Muestra	48
Tipo de Muestreo.....	48
Unidad de Análisis:	49
Criterios de Inclusión.....	49
Casos.....	49
Controles	50
Criterios de Exclusión.....	50
Casos	50

Controles	50
Operacionalización de las Variables.....	52
Procesamiento	59
Plan de Tabulación y Análisis.....	59
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información	60
Consideraciones Éticas.....	61
Resultados.....	62
Discusión y Análisis de Resultados.	70
Conclusiones.....	78
Recomendaciones	80
Bibliografía.....	82
Anexos.....	84
Instrumento para Casos y Controles.....	99
Algoritmos Utilizados para la Construcción de Variables.....	106
Consentimiento Informado	112

Introducción

La concepción del embarazo en la adolescencia como un problema social y de salud pública se construye en base a factores biológicos, culturales y sociales que según las etnias puede constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad para esta población. (UNICEF, 2013).

Trece millones de bebés que nacen cada año en el mundo provienen de madres menores de 20 años, es por esta razón que en la actualidad es considerado un problema social; en Latinoamérica es la segunda región del mundo con mayor tasa de embarazo en adolescentes, solo superada por África. En la década de los 90, los países latinoamericanos reportaron una disminución de un 20% en la tasa global de fecundidad, sin embargo, no se produjo una reducción proporcional en la tasa de fecundidad adolescente, la que más bien se incrementó. (Gupta, 1999).

En Nicaragua existe una de las tasas de fecundidad en adolescentes más alta de Latinoamérica, según la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud, el 25.9% de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad ha estado embarazada alguna vez, siendo las adolescentes rurales, las de quintil de bienestar más bajo y las de menor nivel educativo, las más vulnerables. (Camilo, 2012).

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública multicausal que requiere de mayores esfuerzos de abordaje integral, revisando tanto los factores de riesgo de ocurrencia como los factores protectores, de manera que se puedan fortalecer las estrategias de prevención, sobre todo durante la adolescencia temprana.

Antecedentes

A nivel internacional

Según un trabajo realizado en Cuba en el año 2007 acerca de los factores de riesgo que influyen en el embarazo en las adolescentes se concluyó que las adolescentes con una educación inadecuada por parte de los padres tienen 2.51 mayor riesgo de embarazarse, las que no conviven con sus padres de 1.54, las que no tienen conocimientos acerca de la sexualidad tiene 1.4 mayor riesgo de embarazarse, las que no utilizan anticonceptivos 2.7, las que no tienen una relación estable con su pareja 8.77 y la promiscuidad en las adolescentes favorece el 3,86 veces la aparición del embarazo precoz. (Argota, Larrea, García, & Despeine, 2007)

En un estudio acerca de los factores socio-económicos asociados al embarazo en adolescentes de Xalapa, Veracruz, México se encontró que la escolaridad menor a primaria completa tiene un riesgo de 5.64 de embarazo precoz, la condición mala de la vivienda 4.87, el bajo nivel socio-económico 5.71, vivir en hacinamiento 15.54, la desinformación sobre sexualidad 2.71 y la planificación familiar desinformada 2.71. (Vásquez, Febrero-Agosto 2001).

En cuanto a la Violencia en los Estados Unidos, un estudio del estado de Washington encontró que un 70% de las madres adolescentes habían sido golpeadas por sus novios, el 51% había experimentado intentos de sabotaje para usar el control de la natalidad en el último año, y los intentos de sabotear el trabajo y escuela experimentó un 21%. (Safersouthwark.org.uk, 2004-2005)

Un estudio del Reino Unido de 2011 mostró que más de dos tercios de las mujeres que dieron a luz en su adolescencia había sufrido violencia en el hogar de los adolescentes. (Marsha Wood, 2011).

A si mismo en Reino Unido siempre en el apartado de la violencia un estudio realizado en 379 adolescentes embarazadas y los respectivos padres y 95 adolescentes sin hijos (controles), mostró que el 62% de las niñas de 11-15 años y el 56% de las adolescentes de 16-19 años admitieron haber sufrido violencia doméstica a manos de sus parejas. Por otra parte, el 51% de las adolescentes indicaron haber sufrido al menos un episodio en el cual su novio intentó sabotear sus esfuerzos por usar métodos anticonceptivos lo que en ultima instancia las condujo al embarazo precoz. (J., 1997).

En Mexico un estudio expone que entre el 11 y el 20 por ciento de los embarazos en adolescentes son un resultado directo de la violación, mientras que un 60 por ciento de las madres adolescentes tenían experiencias sexuales no deseadas anteriores a su embarazo. (IPAS, 2016).

En la Ciudad de México el 11 de junio 2018. IPAS México, presentó su estudio denominado “Violencia sexual y embarazo infantil en México: un problema de salud pública y derechos humanos”, que analiza las condiciones en las que se da el embarazo infantil en ese país. De los hallazgos más contundentes: la violencia de género y, específicamente, la violencia sexual, se evidenciaron como factores determinantes de los altos números de embarazos en menores de 14 años. (IPAS, 2016).

A nivel nacional

En un estudio realizado en Nicaragua acerca del embarazo de las adolescentes rurales, se encontró que existe 3.29 veces más riesgo de embarazo en adolescentes que cursan estudios menores a 6to grado, 5.29 más riesgo en adolescentes casadas o acompañadas, 3.9 en aquellas que son amas de casa, 18.4 más probabilidades en las que tienen antecedentes de embarazos previos, 1.22 en aquellas que tienen las necesidades básicas insatisfechas, 12.9 en aquellas que inician su vida sexual antes de los 14 años, la religión se encontró como un factor protector con un OR de 0.52 lo que quiere decir que aquellas que practican alguna religión tienen 48% menos probabilidades de embarazarse durante su adolescencia. (Peña et. al, y otros, 2012)

En un estudio publicado por Nicasalud reporta que la probabilidad de embarazo en la adolescencia es 12% y 16% menor cuando la adolescente utiliza métodos anticonceptivos modernos (entre ellos métodos hormonales, esterilización y el DIU) y de barrera (principalmente preservativos), respectivamente (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017), en el mismo estudio en Nicaragua se identifica que iniciar la vida sexual antes de los 15 años aumenta 11% la probabilidad de quedar embarazada en la adolescencia en comparación con esperar hasta los 15 años. El estado civil es otro factor influyente, ya que las mujeres que conviven o alguna vez convivieron con una pareja tienen entre 20% y 30% mayor probabilidad de quedar embarazada en relación a estar soltera y Cuando la adolescente pertenece a una religión la probabilidad de embarazo disminuye en 18% (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017).

Otra investigación cualitativa, ejecutada por Berglund et al. (1997) a través de grupos focales de adolescentes en la ciudad de León, expresa que la pobreza familiar, el limitado acceso a métodos anticonceptivos, la baja autoestima y la falta de apoyo moral en la familia son factores asociados con el embarazo en adolescentes.

Justificación

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

El embarazo en adolescentes está implicado cada día más como causa de consulta de los centros hospitalarios, Se ha incrementado durante los últimos años, el número de embarazadas adolescentes con o sin complicaciones, como causa de consulta.

Por lo antes expuesto y porque se considera que existe una alta incidencia de adolescentes embarazadas en los barrios de cobertura del centro de salud Francisco Buitrago nos es de interés saber debido al alto riesgo de complicaciones que pueden llegar a presentar los embarazos a esta edad, cuales son los factores de riesgo que influyen en estas adolescentes para así actuar de manera preventiva y reducir al máximo las altas tasas que se presentan.

Esta investigación permitirá determinar los factores de riesgo más incidentes para que dichas adolescentes quedasen embarazadas y de esta manera injerir en dichos factores proponiendo intervenciones holísticas que contemplen información y educación dirigida a la adolescente, sus familias, y su entorno social.

Problema

El embarazo en las adolescentes es una preocupación de la mayoría de sociedades del mundo debido a su gran prevalencia, de esto Nicaragua no está exenta puesto que el 25% por ciento de todos los nacimientos en el país proviene de madres adolescentes de 15 a 19 años. Las adolescentes presentan un 13% de nacimientos con un intervalo intergenésico menor a los 18 meses y con un intervalo menor a los 24 meses se llega a un tercio de nacimientos (33%); representando esto mayores riesgos de mortalidad materna para esas madres y de mortalidad infantil, para los hijos procreados en estas condiciones (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva.).

Las repercusiones de esta situación han impactado desde el ámbito familiar hasta la sociedad en general ya que económicamente las mujeres que fueron madres en la adolescencia devengan menos ingresos que aquellas que fueron madres por primera vez hasta después de los 19 años. Considerando que cada año en Nicaragua se registran alrededor de 30 mil nacimientos atribuidos a adolescentes de 10 a 19 años, existe una pérdida de ingresos futuros asociada a esos nacimientos. Así, se estima que el país deja de percibir alrededor de \$12 millones adicionales por año debido al embarazo adolescente. Esto significa que estas mujeres, madres adolescentes, dejarán de aportar al país alrededor del 5% del PIB durante su vida laboral (estimada en unos 45 años) e incrementa el gasto total por controles prenatales, vitaminas, medicinas y exámenes o pruebas, transporte, y gastos relativos al parto para las adolescentes que para 2015 fue de \$5.1 millones. De este monto, \$3.3 millones los cubre el sector público (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017).

La población adolescente en Nicaragua constituye el 24.6% de la población en el país. Entre las mujeres que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, se observa el 13%. Nicaragua sistemáticamente es mencionada en estudios e investigaciones de organismos nacionales e internacionales como el segundo país del mundo con una de las tasas de fecundidad adolescente más altas, tan alta como la de los países del Sub-Sahara africano. Las adolescentes están aumentando su participación en el total de nacimientos con un 19%. (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva.)

Siendo el embarazo adolescente un evento de gran interés social y de salud pública nos planteamos:

¿Cuáles son los 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 año 2016?

Objetivos

Objetivo general

- Evaluar la asociación de los factores de riesgo socioculturales con 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 año 2016.

Objetivos Específicos:

- 1) Caracterizar socio-demográficamente a las adolescentes embarazadas y no embarazadas que participan en el estudio.
- 2) Establecer los factores de riesgo de índole cultural y social que influyen en el acaecimiento del embarazo adolescente por orden de importancia y predominancia de acuerdo a los resultados del estudio.
- 3) Comprobar la existencia de factores socio-culturales protectores que aportan a evitar la ocurrencia de embarazo en las adolescentes.

Marco Teórico

Conceptos sobre adolescencia y su desarrollo

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el período entre los 10 y los 19 años. A su vez, dentro de esta etapa vital habitualmente se distinguen dos tramos: la adolescencia precoz (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años). Algunos/as autores/as identifican tres etapas de acuerdo a los cambios físicos y evolutivos: adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años).

Una de cada cinco personas en el mundo es adolescente de entre 10 y 19 años, población que alcanza actualmente 1.300 millones, la mayor generación adolescente registrada en la historia. La mitad de ellos/as son pobres y una cuarta parte vive en extrema pobreza.

La adolescencia se caracteriza por rápidos cambios físicos que se correlacionan con cambios sociales y psicológicos conducentes a la madurez intelectual y sexual y otros procesos que gradualmente apartan al/la adolescente de la dependencia de los adultos para ganar creciente independencia.

El desarrollo físico ocurre varios años antes de que se alcance la madurez psicológica y social.

Esta brecha es de crítica importancia en el análisis de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes del tramo de 10 a 14 años.

La etapa adolescente abarca situaciones muy diversas. Durante este período los y las adolescentes tienen necesidades específicas para alcanzar un desarrollo pleno y saludable. Por ejemplo las necesidades de una niña de 12 años serán muy distintas a la de una de 17 años. La adolescencia tardía (15-19) es la que recibe mayor atención y es el principal foco de las políticas públicas de adolescencia y juventud, mientras que el inicio de la pubertad y la adolescencia temprana reciben escasa atención a pesar de que constituyen una etapa crítica del desarrollo físico y psicológico, y un momento de máxima vulnerabilidad y de exposición a riesgos que pueden acarrear consecuencias de por vida. En este sentido, el período entre los 10 y los 14 años también es un momento de gran oportunidad para que los adultos, padres/madres, docentes, cuidadores/as y equipos de salud intervengan para acompañar a los y las adolescentes en su transición hacia la madurez, ayudándolos a desarrollar competencias y habilidades y a reducir los riesgos y daños.

Entre los 10 y los 14 años el cuerpo experimenta rápidas transformaciones incluyendo el desarrollo sexual. En los últimos 200 años la edad de inicio de la pubertad descendió cerca de tres años, y actualmente puede ocurrir tan temprano como a los 8 años en las niñas y a los 9 en los niños, si bien para la mayoría de los niños y niñas se da entre los 10 y los 14 años.

En esta etapa los y las adolescentes son todavía niños y niñas que comienzan a identificarse como sujetos con una identidad separada a la de sus padres y su familia y que empezarán a desarrollar conflictos con estos por su autonomía y cada vez compartirán más tiempo con sus pares, se preocuparán por ser aceptados e insertarse en la cultura juvenil popular y comenzarán a sentirse atraídos física y emocionalmente hacia otros.

En este período las diferencias de género se encarnan fuertemente. Hombres y mujeres interiorizan los mensajes diferenciales acerca de los roles femenino y masculino que reciben por parte de los adultos, los medios de comunicación y las instituciones. Los hombres son presionados para iniciarse sexualmente mientras que se espera que las mujeres controlen su deseo sexual y eviten la exploración sexual. Así se promueve el comportamiento sexual de riesgo en los primeros, a la vez que a las mujeres se les niega la información y los servicios básicos de salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, los y las adolescentes están permanentemente expuestos/as a imágenes y mensajes de alto contenido sexual particularmente en la televisión, y también en la música, los medios gráficos e Internet.

La adolescencia temprana es también una etapa de toma de riesgo y de experimentación con conductas adultas (como por ejemplo fumar) con una comprensión limitada del alcance del riesgo, sumada a sensaciones de invulnerabilidad y omnipotencia que afectan la posibilidad de implementar medidas de prevención. Por otro lado, situaciones de pobreza y abandono con frecuencia fuerzan a los y las adolescentes a adoptar precozmente roles adultos debido a la ausencia de padres y la necesidad de trabajar para subsistir (Gomez, Molina, & Zamberlin, 2011).

El Embarazo Adolescente

El embarazo adolescente es aquel que ocurre en mujeres de diecinueve años o menos, es uno de los hechos más frecuentes en nuestra sociedad; son experiencias difíciles que afectan la salud integral tanto de los padres adolescentes como la de sus hijos, familiares y de la sociedad en sí; actualmente es considerado un problema de salud pública debido al creciente aumento.

Además, porque, como ya se expresó, están más expuestos los sectores más vulnerables de la sociedad.

El embarazo en una pareja de jóvenes es un evento inesperado, sorpresivo. Generalmente se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que están asociados a la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo.

Las adolescentes en embarazo son consideradas un grupo de alto riesgo reproductivo, no sólo por las implicaciones sociales y psicológicas propias de la gestación, sino porque su cuerpo aún está en proceso de formación. La mortalidad infantil en madres adolescentes es una de las más altas (25 por mil nacidos vivos), sólo la supera la mortalidad infantil en hijos de madres mayores de 40 años. Cerca del 40% de las adolescentes embarazadas presenta bajo peso durante la gestación, lo que conlleva a que sus hijos también puedan tener bajo peso al nacer. El embarazo en adolescentes está asociado con un riesgo adicional de 20-200% de mortalidad materna, además de mayores probabilidades de prematuridad, bajo peso al nacer y otras complicaciones. En términos de las consecuencias fisiológicas, el embarazo temprano presenta un riesgo intrínseco para la salud de la mujer, pero sólo cuando éste se produce antes de los 16 años. A partir de esta edad, tanto en lo que respecta a la mortalidad infantil como materna los riesgos no son particularmente más elevados en ese grupo que en las demás edades (Rodríguez Gázquez, 2008).

La maternidad en la adolescencia precoz representa un problema socio-sanitario, es considerada un indicador de desarrollo y es síntoma de múltiples problemas sociales. Se encuentra vinculada a problemas de pobreza, educación, inequidad de género, vulneración de los derechos y contextos familiares adversos. No es un hecho aislado, sino determinado por un conjunto de variables macro y micro sociales que inciden fuertemente en su ocurrencia.

Los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años son en su mayoría embarazos no deseados. Esta situación afecta en mayor medida a las niñas y adolescentes de sectores sociales más desprotegidos. Diversos factores inciden en la ocurrencia de embarazos adolescentes en menores de 15 años, como el desconocimiento del cuerpo y de los hechos básicos de la reproducción y la falta de conocimiento de medidas de prevención del embarazo y de acceso a las mismas. Asimismo, como causales directas revisten particular importancia el abuso sexual, las relaciones sexuales forzadas y la explotación sexual.

Preocupan especialmente las repercusiones biopsicosociales del embarazo precoz, el riesgo obstétrico en las adolescentes mayores (16 a 19 años) estaría asociado con factores sociales más que con la edad materna, mientras que en las de 14 años y 18 resultados obstétricos y perinatales son dependientes de la edad materna. La evidencia muestra que las mayores de 15 años, cuando reciben apoyo y tienen un adecuado control prenatal, tienen resultados obstétricos comparables a los de mujeres de mayor edad; mientras que las de 15 años y menos presentan mayor riesgo de complicaciones en el embarazo y el parto. Asimismo, el aborto inseguro produce serias secuelas, entre ellas la infertilidad futura e incluso la muerte.

La maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad económica difícil de afrontar por estas jóvenes madres, que cuentan con pocos recursos y limitadas oportunidades laborales. El abandono de la educación formal reduce las posibilidades de lograr un adecuado posicionamiento social y laboral a lo largo de sus vidas.

Cuando el embarazo ocurre antes de los 15 años se exacerbaban los temores por los dolores del parto y a las adolescentes les cuesta posicionarse como madres, son muy dependientes de sus propias madres, especialmente cuando es un embarazo por abuso sexual, y no asumen la crianza de su hijo(a), que por lo general queda a cargo de la abuela. La opción de ceder al/la recién nacido/as en adopción suele estar fuertemente influenciada por la presión que ejercen sobre la adolescente sus padres, familiares, personal de los equipos de salud, profesores, e incluso sus pares. La madre adolescente puede también ser víctima de personas inescrupulosas vinculadas a vías de adopción no legales.

Desde la década de 1970 la fecundidad general en América Latina y el Caribe ha descendido fuertemente, producto de una combinación de factores socioeconómicos, culturales, y tecnológicos, especialmente el creciente acceso a los métodos anticonceptivos. Si bien era

esperable que la fecundidad adolescente acompañara la misma tendencia, ésta no ha descendido en la misma medida que la fecundidad general y parece presentar mayor resistencia al descenso y en algunos países muestra una tendencia en alza.

Incluso en países de la región donde recientemente la baja de la fecundidad general ha sido notable, se observa una tendencia creciente de la fecundidad a edades tempranas. Además, se ha constatado que en América Latina hay una escasa relación entre el nivel de la fecundidad adolescente y el de la fecundidad total: hay países con baja fecundidad y tasas de fecundidad adolescente moderadas (Brasil y Colombia) o altas (República Dominicana), y hay otros con fecundidad general elevada (Haití y Bolivia) y registran una fecundidad relativamente baja o moderada en el grupo de 15 a 19 años de edad. Es posible que el subregistro de RNV en madres de 14 años y menos influya en estos perfiles de la fecundidad por grupos de población.

Este fenómeno ubica a la región en una posición ambigua a nivel mundial, ya que por una parte América Latina y el Caribe presenta niveles de fecundidad general inferiores a la media mundial y los países en desarrollo, pero por otra parte registra niveles de fecundidad adolescente que rebasan ampliamente la media mundial, sólo superados por los indicadores de África, y es además la región del mundo donde los embarazos en la adolescencia representan la mayor proporción dentro del total de nacimientos (18%) (Gomez, Molina, & Zamberlin, 2011).

Condición de maternidad de las Adolescentes Nicaragüenses

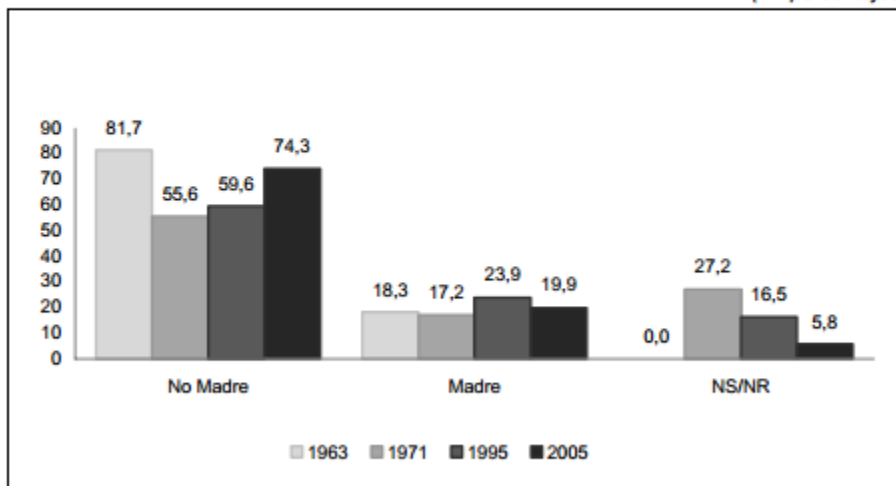
En Nicaragua, la proporción de adolescentes madres se incrementó en el período 1963-1995, sin embargo, entre 1995 y 2005 experimentó un descenso. Los datos censales que sustentan el gráfico 4 muestran que el porcentaje de mujeres de 15 a 19 que ya habían sido madres era en el censo de 1963 de 18,3%; en el de 1995 constituía un 23,9% y en el de 2005 un 19,90%, lo que evidencia que, tras un aumento de la maternidad adolescente por tres décadas, se registra un descenso en este indicador en el último decenio.

Si se compara el porcentaje de las adolescentes madres según el área de residencia (véase gráfico 5) se observa una marcada diferencia, siendo mayor la proporción en el sector rural.

Mientras en el área urbana el porcentaje de adolescentes madres en el período 1963-1995 sube del 14,03% al 19,54%, en el sector rural el aumento porcentual en el período es mayor, ya que pasa del 21,95% al 29,74% (un incremento de 5,5 puntos porcentuales en las ciudades y de 7,79 en el

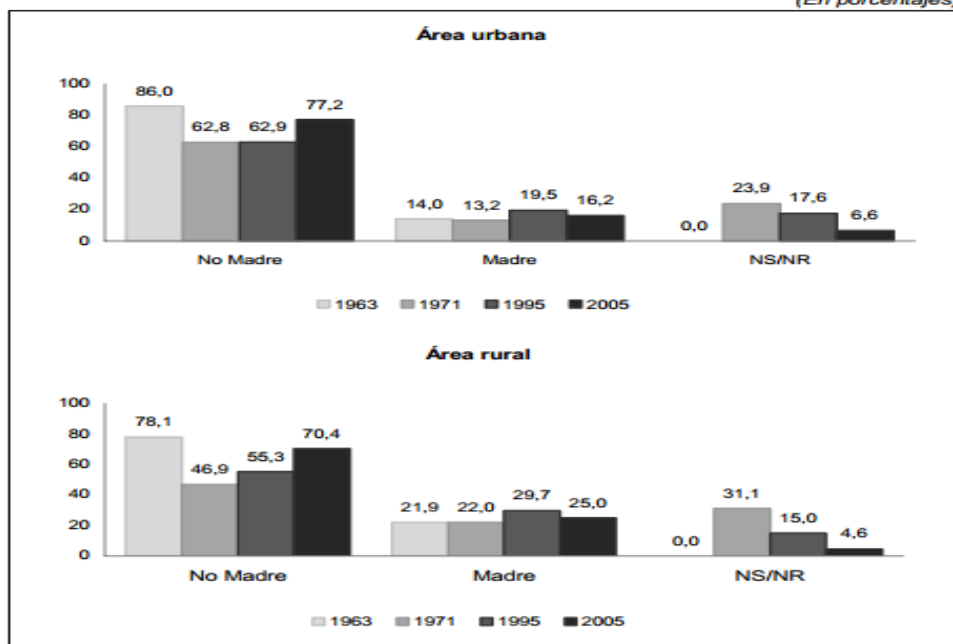
campo). Para 2005 la diferencia entre el porcentaje de madres adolescentes en el sector urbano con relación al del sector rural es de 8,78 puntos porcentuales (24,96 frente a 16,18%). Esto evidencia que, a pesar de la disminución en la brecha entre ambos sectores, los embarazos en adolescentes son más frecuentes en las zonas rurales.

Gráfico 4
NICARAGUA: DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE MUJERES ADOLESCENTES
SEGÚN CONDICIÓN DE MATERNIDAD, 1963, 1971, 1995 Y 2005
(En porcentajes)



Fuente: censos de población de 1963, 1971, 1995 y 2005, INIDE, Nicaragua.

Gráfico 5
NICARAGUA: DISTRIBUCIÓN RELATIVA DE MUJERES ADOLESCENTES SEGÚN
CONDICIÓN DE MATERNIDAD Y ÁREA DE RESIDENCIA, 1963, 1971, 1995 Y 2005
(En porcentajes)



Fuente: censos de población de 1963, 1971, 1995 y 2005, INIDE, Nicaragua.

La disminución en el porcentaje de las mujeres de 15 a 19 años que ya son madres o están embarazadas, observada a través de los resultados del censo de 2005, también se refleja en las cifras arrojadas por la encuesta ENDESA. Según esta fuente, en 1998 el porcentaje fue del 27% y en 2001 del 25%. Analizando la proporción de adolescentes madres según edades simples se aprecia que entre 1971 y 1995 ocurrió un incremento en todas las edades, pero fue mayor entre las de 17 años (7,85 puntos porcentuales, frente a 2,8 en las de 15 años). Sin embargo, entre 1995 y 2005 se verifica un decrecimiento en todas las edades, siendo mayor tal disminución entre las que tienen 17 años (7,4 puntos porcentuales, frente a 0,73 en las de 15 años) (véase cuadro 8).

En el mismo cuadro se observa que el porcentaje de adolescentes madres varía según la edad, siendo más alto en las mayores en los tres relevamientos censales considerados. En 1971 y 1995 más de la tercera parte de las adolescentes de 19 y 18 años se habían clasificado como madres, lo que representaba el 45,70% y el 34,79% del total de mujeres de esas edades, respectivamente.

Mientras que en las de menor edad el porcentaje era mucho menor: el 12,57% en las de 16 años y el 4,97% en las de 15 años. A través del censo de 2005 se observa que, tanto en el sector urbano como en el rural, el comportamiento entre las adolescentes según su edad simple es bastante similar al observado en 1995, lo que podría obedecer al menor tiempo de incorporación a la vida sexual activa CEPAL - SERIE Población y desarrollo N° 81 35 en las muchachas menores y, por ende, de exposición al riesgo de quedar embarazadas —pues a menor edad, menor tiempo de exposición al riesgo de embarazo.

Otro dato importante en el análisis de la maternidad adolescente es el promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres de 15 a 19 años, que en este caso difiere según el sector de residencia y la edad de la madre (véase cuadro 7). En el sector urbano es menor que en el sector rural: mientras en la ciudad el número promedio de hijos nacidos vivos a 2005 está en el rango de 0,04 a 0,45 hijos por mujer, en el sector rural los valores aumentan a un rango 0,07 y 0,74 hijos nacidos vivos por mujer. El indicador también es menor en tanto decrece la edad de la madre: por ejemplo, mientras el promedio de hijos nacidos vivos en las mujeres rurales de 19 años es de 0,74, en las de 15 se reduce a 0,07 (Castillo Venerio, 2007).

Cuadro 7

**NICARAGUA: PROMEDIO DE HIJOS NACIDOS VIVOS
DE MUJERES ADOLESCENTES SEGÚN EDAD
SIMPLE POR ÁREA DE RESIDENCIA, 2005**

Edades simples	Área de residencia	
	Urbana	Rural
15 años	0,04	0,07
16 años	0,06	0,12
17 años	0,19	0,32
18 años	0,31	0,49
19 años	0,45	0,74

Fuente: procesamiento especial de la base de datos del censo de 2005 mediante el programa Redatam.

Cuadro 8

**NICARAGUA: MUJERES ADOLESCENTES SEGÚN CONDICIÓN DE MATERNIDAD Y EDADES SIMPLES
POR ÁREA DE RESIDENCIA, CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS, 1971, 1995 Y 2005**

Edad	1971				1995				2005			
	Total	Madres	NS/NR	% madres	Total	Madres	NS/NR	% madres	Total	Madres	NS/NR	% madres
Total país												
15 años	23 416	510	7 687	2,18	54 389	2 704	11 764	4,97	62 593	2 654	4 244	4,24
16 años	22 357	1 605	6 637	7,18	48 327	6 077	9 159	12,57	60 058	6 348	3 735	10,57
17 años	20 276	3 210	5 413	15,83	49 899	11 815	8 223	23,68	56 190	11 089	3 156	19,73
18 años	22 742	6 256	5 611	27,51	47 910	16 668	6 739	34,79	58 135	16 687	3 089	28,70
19 años	17 107	6 669	3 422	38,98	45 433	20 885	5 301	45,97	55 509	21 412	2 628	38,57
Total	105 898	18 250	28 770	17,23	245 958	58 840	40 487	23,92	292 485	58 190	16 852	19,90
Área urbana												
15 años	12 430	166	3 461	1,34	30 819	1 212	6 827	3,93	34 876	1 111	2 678	3,19
16 años	12 233	623	3 074	5,09	27 291	2 561	5 402	9,38	34 069	2 685	2 414	7,88
17 años	11 492	1 300	2 708	11,31	28 538	5 272	5 147	18,47	32 030	4 861	2 097	15,18
18 años	11 996	2 490	2 743	20,76	27 796	7 687	4 176	27,66	34 323	7 892	2 097	22,99
19 años	9 693	3 081	1 851	31,79	26 352	10 336	3 394	39,22	33 387	10 737	1 846	32,16
Total	57 844	7 660	13 837	13,24	140 196	27 391	24 623	19,54	168 685	27 286	11 132	16,18
Área rural												
15 años	10 986	344	4 226	3,13	23 570	1 492	4 937	6,33	27 717	1 543	1 566	5,57
16 años	10 124	982	3 563	9,70	21 036	3 516	3 749	16,71	25 989	3 663	1 321	14,09
17 años	8 784	1 910	2 705	21,74	21 361	6 543	3 076	30,63	24 160	6 228	1 059	25,78
18 años	10 746	3 766	2 868	35,05	20 714	8 981	2 563	43,36	23 812	8 795	992	36,94
19 años	7 414	3 588	1 571	48,39	19 081	10 549	1 907	55,29	22 122	10 675	782	48,26
Total	48 054	10 590	14 933	22,04	105 762	31 449	15 864	29,74	123 800	30 904	5 720	24,96

Fuente: censos de población de 1971, 1995 y 2005, INIDE, Nicaragua.

Factores que inciden la Fecundidad Adolescente

La variedad de los factores que influyen sobre la probabilidad de ser madre adolescente, y la complejidad de su interacción, obligan a tomar y explicitar decisiones teóricas, y en consecuencia metodológicas. En este estudio se ha considerado el marco teórico propuesto por (Di Cesare & Rodríguez Vignoli, 2006) para el abordaje de este aspecto del amplio tema de la fecundidad adolescente.

Según su propuesta, se han considerado dos grupos de factores: a) las variables intermedias o determinantes próximos, y b) los factores subyacentes de naturaleza sociocultural, ambiental, familiar e individual (véase diagrama 1). Los determinantes próximos son “factores biológicos y de conducta a través de los cuales (y sólo a través de los cuales) variables económicas, culturales y ambientales afectan la fecundidad”. (Bay, Del Popolo, & Ferrando, 2003)

La característica principal de las variables intermedias es que actúan directamente, y se relacionan como lo expresa la definición previa con condiciones biológicas (etapa fértil de la vida, esterilidad total o transitoria, propensión a embarazos múltiples, etc.) y con comportamientos sexuales (iniciación, regularidad, abstinencia total o por períodos, etc.), históricamente vinculados a las pautas de formación y disolución de uniones, a las prácticas anticonceptivas (iniciación, regularidad, eficiencia y tipo de método) y a la frecuencia del aborto espontáneo e inducido (Rodríguez, 2005).

Ahora bien, aunque la fecundidad depende directamente de los determinantes próximos, éstos a su vez dependen de los factores subyacentes, y la probabilidad de ser madre adolescente resulta de la interacción escalonada de todos estos factores. (Di Cesare & Rodríguez Vignoli, 2006).

Recuadro 2

FACTORES QUE INCIDEN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

La pobreza, la exclusión y la falta de opciones son factores socioeconómicos que tienen una influencia muy importante sobre la probabilidad de ser madre adolescente, pero además interactúan con otros, entre los que se puede mencionar:

a) factores psicológicos: rasgos de personalidad, respecto de cuya incidencia a gran escala se dispone de muy poca información;

b) factores individuales: atributos personales que inciden en las conductas, y que fueron adquiridos en el proceso de socialización;

c) factores familiares: el contexto doméstico en el que se desenvuelve el o la adolescente, y que influye en sus modelos de conducta, a través de la definición de límites, la proporción de normas y el ejercicio de controles;

d) factores culturales, como el tradicionalismo (que puede promover o aceptar la unión temprana); la marginalidad (que puede estar vinculada con la exclusión y la pobreza, e incidir en una sexualidad precoz en el marco de una escasa supervisión paternal, institucional o sanitaria, y en la ausencia de alternativas a la maternidad temprana); la tolerancia sexual (que de no estar asociada a una mayor tolerancia y acceso a medios anticonceptivos puede favorecer la maternidad entre las adolescentes);

e) factores políticos e institucionales: programas, organismos, intervenciones, leyes y marcos normativos que actúan sobre los adolescentes definiendo comportamientos permitidos, y

f) medios de comunicación masivos, cuyos mensajes tienen una influencia importante sobre los adolescentes, aunque mediada por todos los demás factores.

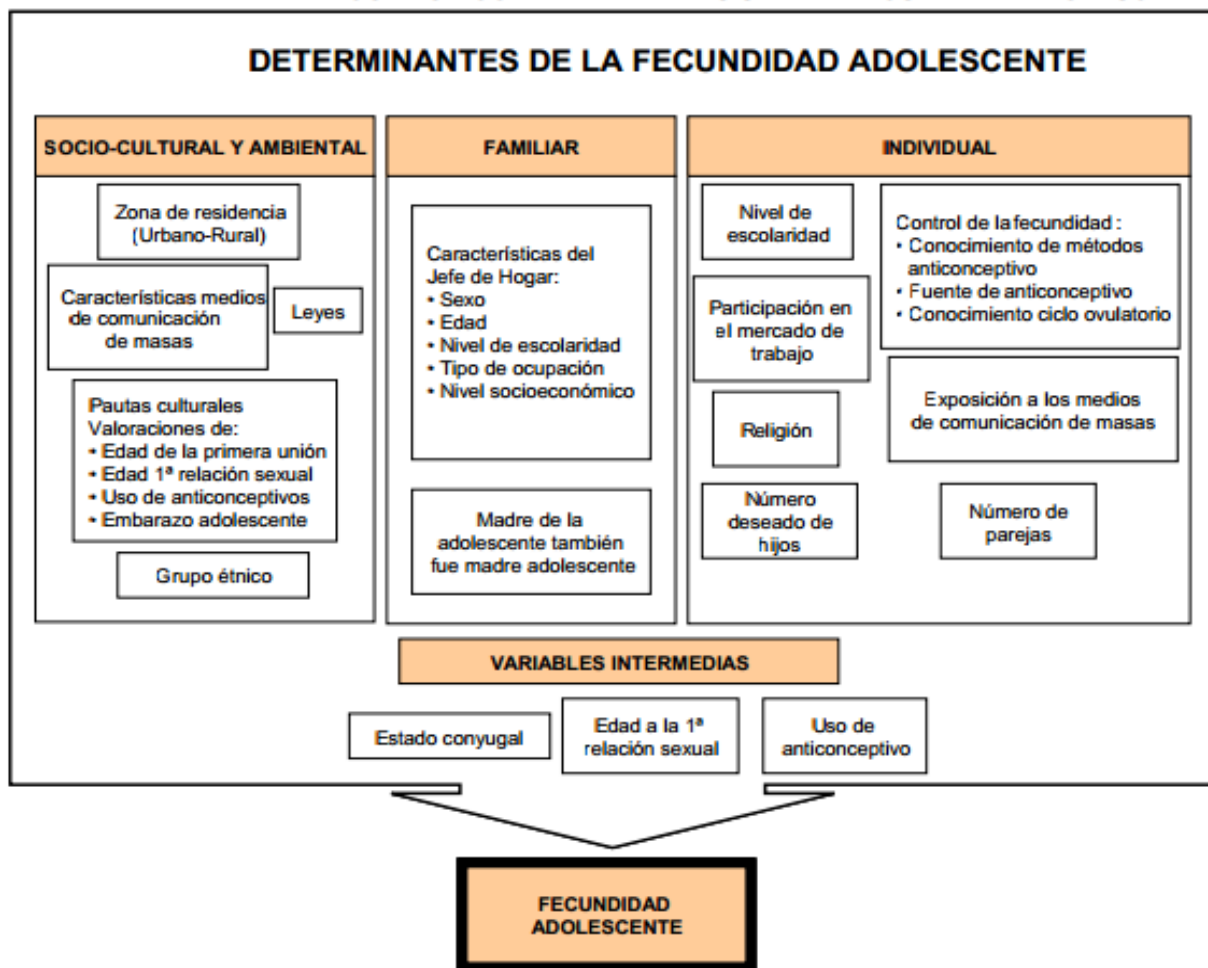
Fuente: J. Rodríguez, “Reproducción en la adolescencia: el caso de Chile y sus implicancias de política”, Revista de la CEPAL N° 86 (LC/G.2282-P/E), Santiago de Chile, 2005.

El esquema que se sigue en este estudio considera tres determinantes próximos (Bongaarts, 1978): la situación conyugal, la edad a la primera relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos, pues está demostrado que son estos tres factores los que determinan el grueso de la exposición al riesgo de embarazo (Di Cesare y Rodríguez, 2006; Bay, del Popolo y Ferrando, 2003).

Las variables subyacentes que inciden en la fecundidad adolescente, en tanto, pueden agruparse en tres grandes categorías: socioculturales, familiares e individuales. Entre las primeras se encuentran la zona de residencia, la pertenencia étnica, la exposición a los medios de comunicación de masas y las leyes y pautas culturales; entre las segundas pueden mencionarse las características del jefe del hogar de la adolescente; y entre las individuales, el nivel de escolaridad, la religión, el control de la fecundidad y la participación de la muchacha en el mercado de trabajo, entre otros (véase también recuadro 2).

Diagrama 1

MARCO TEÓRICO PARA EL ANÁLISIS DE LA FECUNDIDAD ADOLESCENTE



Fuente: M. Di Cesare y J. Rodríguez, "Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia", *Papeles de Población* N° 48, Toluca (México), Universidad Autónoma del Estado de México, 2006, pp. 107-140.

Determinantes próximos

Estado civil y conyugal de las adolescentes

Los factores relacionados con la nupcialidad que afectan la fecundidad son: el porcentaje de mujeres que se une y su contraparte, el porcentaje de mujeres que permanece soltera; la edad a la primera unión y la estabilidad de las uniones. Hay mayor información de censos y encuestas sobre los dos primeros, pero es limitada sobre el tercero.

En la mayor parte de los países del mundo, especialmente en los menos desarrollados la familia es por lo general la unidad en la cual tiene lugar la reproducción. El matrimonio, formal o consensual, usualmente marca el comienzo de la formación de la familia y como tal afecta la fecundidad directamente, bajo el supuesto que las mujeres en unión tienen una vida sexual regular que las expone al riesgo de embarazo.

Se señala que el modelo latinoamericano contrasta con los nuevos patrones de formación de uniones y de conformación de familias que surgió en los países desarrollados a partir de la década de 1960 y que se consideran propios de una segunda transición demográfica. Los elementos que estarían presentes en ella serían la postergación cada vez mayor de las uniones, la mayor presencia de cohabitación, la procreación extramarital, así como el incremento de la disolución de uniones y las familias reconstruidas.

La edad de inicio de la unión es el factor más importante de la variable nupcialidad porque tiene mucho que ver con el período de exposición al embarazo.

En la región como un todo, aunque hay un leve incremento de la edad en que la mujer inicia su vida conyugal, éste es un proceso muy lento y se presenta de manera diferencial no sólo por países sino también por áreas y grupos sociales al interior de ellos (Bay, Del Popolo, & Ferrando, 2003).

En Nicaragua, las uniones consensuales han venido incrementándose en los últimos 25 años. Los cambios socioculturales acontecidos y la legalización de las uniones de hecho estables gestadas a partir de la década de 1980 han favorecido esta tendencia.

La Constitución de la República, en el artículo 72 del capítulo IV, se refiere a este tipo de uniones, cuando dice que “el matrimonio y la unión de hecho estable están protegidos por el Estado; descansan en el acuerdo voluntario del hombre y la mujer y podrán disolverse por mutuo

consentimiento o por la voluntad de una de las partes”. La Constitución plantea que la ley regulará esta materia.

Las uniones de hecho estables están jurídicamente definidas en la Ley de Alimentos (Nº 143, de 1992). Su artículo 5 establece que, para efectos de la obligación alimenticia, se considera unión de hecho estable a aquella que cumple con los siguientes requisitos: a) que la pareja haya vivido junta durante un período de tiempo apreciado por el juez; y b) que entre ambos hayan tenido un trato, consideración social y la armonía conyugal que demuestre al juez la intención de formar un hogar.

A pesar de la disparidad en las categorías construidas en los censos de 1963, 1971 y 1995 para la consulta de esta característica, se logran identificar algunas distinciones respecto del estado civil conyugal de las adolescentes (véase cuadro 5). Las situaciones que prevalecen entre ellas en el período 1963-2005 son las de soltería y de unión libre, aunque se registra un decrecimiento en la primera categoría, lo que podría sugerir una tendencia a adelantar el inicio de la unión.

La proporción de unidas, ya sean casadas o estén en unión libre, aumenta en tres puntos porcentuales entre 1963 y 1995, siendo este incremento mayor en las jóvenes del sector rural que en las urbanas (en las primeras la diferencia es de seis puntos y en las segundas de tres). Entre 1995 y 2005 se da un ligero decrecimiento de la proporción de adolescentes unidas (casadas o en unión libre), de dos unidades porcentuales. En este mismo período también se observa una mayor proporción en el sector rural que en el urbano, lo que induce a pensar que las adolescentes del campo están constituyendo parejas a más temprana edad que las urbanas.

Los resultados de los censos de 1963, 1995 y 2005 registran una tendencia ascendente en la categoría de unión libre en las adolescentes, que pasa del 12,46% en 1963 al 20,51% en 1995 y al 20,20% en 2005. Las unidas y casadas constituyen en 1995 el 35,14% en el sector rural y el 20,70% en el urbano. Este mismo grupo disminuye en 2005, tanto en el sector rural como en el urbano (al 32,94% y 19,13% respectivamente). Estas uniones precoces pueden ser problemáticas para las adolescentes, ya que son pocas las que aun teniendo pareja terminan sus estudios.

Como se observa en el cuadro 5, los patrones de unión experimentaron modificaciones en el período 1963-1995, tanto en el sector urbano como en el rural. Así, mientras la proporción de adolescentes de las ciudades que se declaraban en unión libre al inicio del período aumenta al final; las que se dicen casadas disminuye. Este mismo fenómeno se presenta en el sector rural. Sin

embargo, comparando estos resultados con los del período 1995-2005 se observa que la proporción de adolescentes que se declaraban casadas o unidas disminuye un poco, tanto en el sector urbano como en el rural, excepto en el grupo de unidas rurales, que aumenta levemente.

También se aprecia una disminución en la proporción de adolescentes separadas, desde un 5,03% en 1995 a un 3,26% en 2005. Este dato resulta llamativo si se lo vincula con el aumento de la proporción de jefas de hogar en el período 1995-2005, del 0,9% al 1,30%. Un factor subyacente a estas tendencias divergentes podría encontrarse en la migración, que dejaría a las adolescentes a cargo de la jefatura de la familia. Algunos estudios han comenzado a analizar la vinculación entre los cambios en la composición y la dinámica de los hogares y el incremento de las migraciones laborales nacionales e internacionales, apuntando entre otras modificaciones que los arreglos de familias nucleares biparentales han comenzado a ceder frente a otros que no se constituyen alrededor del núcleo biparental, y que pueden integrar un parentesco más extendido, una combinación de parientes y no parientes o una jefatura femenina en distintas estructuras, jefatura que es comparativamente elevada en el área urbana (Barahona, 2006).

También se ha indicado, respecto de la relación entre maternidad temprana y estado conyugal, que la maternidad adolescente fuera de uniones o matrimonios se da especialmente en el grupo de 15 a 17 años, perteneciente a los sectores más pobres y mayormente expuestos a procesos de exclusión temprana (del sistema educativo y de inserción precaria y temprana en el mercado de trabajo) (CEPAL y OIJ, 2004).

Según un estudio Publicado por el observatorio de salud sexual y reproductiva de Nicasalud sobre las causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua, el estado civil es otro factor influyente ya que las mujeres que conviven o alguna vez convivieron con una pareja tienen entre 20% y 30% mayor probabilidad de quedar embarazada en relación a estar soltera. La probabilidad de quedar embarazada aumenta en un 11% para las adolescentes que tienen una pareja al menos 11 años mayor que ellas. (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017).

Cuadro 5

NICARAGUA: ESTADO CIVIL-CONYUGAL DE MUJERES ADOLESCENTES POR ÁREA DE RESIDENCIA, CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS, 1963, 1971, 1995 Y 2005

Estado civil-conyugal	1963		1971		1995		2005	
	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo	Absoluto	Relativo
Total nacional								
Soltera	58 576	75,95	81 910	77,35	166 871	67,85	209 563	71,65
Casada	8 784	11,39	9 603	9,07	15 751	6,40	13 976	4,78
Unión libre	9 613	12,46	12 615	11,91	50 438	20,51	59 071	20,20
Viuda	76	0,10	207	0,20	338	0,14	195	0,07
Divorciada	71	0,09	873	0,82	180	0,07	152	0,05
Separada	-	-	-	-	12 380	5,03	9 528	3,26
NS/NR	-	-	690	0,65	-	-	-	-
Total	77 120	100,00	105 898	100,00	245 958	100,00	292 485	100,00
Área urbana								
Soltera	28 812	82,16	48 036	83,04	104 221	74,34	131 190	77,77
Casada	3 380	9,64	4 359	7,54	7 489	5,34	7 350	4,36
Unión libre	2 806	8,00	4 500	7,78	21 530	15,36	24 914	14,77
Viuda	27	0,08	76	0,13	156	0,11	90	0,05
Divorciada	44	0,13	536	0,93	97	0,07	78	0,05
Separada	-	-	-	-	6 703	4,78	5 063	3,00
NS/NR	-	-	337	0,58	-	-	-	-
Total	35 069	100,00	57 844	100,00	140 196	100,00	168 685	100,00
Área rural								
Soltera	29 764	70,78	33 874	70,49	62 650	59,24	78 373	63,31
Casada	5 404	12,85	5 244	10,91	8 262	7,81	6 626	5,35
Unión libre	6 807	16,19	8 115	16,89	28 908	27,33	34 157	27,59
Viuda	49	0,12	131	0,27	182	0,17	105	0,08
Divorciada	27	0,06	337	0,70	83	0,08	74	0,06
Separada	-	-	-	-	5 677	5,37	4 465	3,61
NS/NR	-	-	353	0,73	-	-	-	-
Total	42 051	100,00	48 054	100,00	105 762	100,00	123 800	100,00

Fuente: publicaciones oficiales de los censos de 1963, 1971, 1995 y 2005, INIDE, Nicaragua.

El estado civil de las adolescentes también es un factor próximo relevante, especialmente para aquellas adolescentes unidas/casadas, porque la unión conyugal representa el contexto primario de vida reproductiva. Comparadas con las adolescentes solteras, las adolescentes unidas, casadas, y separadas poseen 21.2%, 21.2%, y 29.8% mayores probabilidades de quedar embarazadas, respectivamente. La mayor probabilidad de embarazo se observó en adolescentes separadas, con importantes implicaciones socioeconómicas en el caso que estas jóvenes se conviertan en madres solteras sin apoyo financiero-emocional del padre. (Alvaro Altamirano, 2016)

Edad de la primera Relación Sexual

Tradicionalmente la edad al primer matrimonio se considera el hito que marca el inicio de la actividad sexual de la mujer y, consecuentemente, la exposición al riesgo de embarazo; sin embargo, un porcentaje importante de mujeres llega a ser sexualmente activa antes del matrimonio.

La serie de encuestas demográficas Encuesta Demográfica y de Salud (DHS) y Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) muestra que la edad mediana a la primera relación sexual se produce 0,1 años antes que la primera unión en Nicaragua y 2,4 años antes en Perú, Colombia y Haití. (véase cuadro 4).

En general, la edad mediana de inicio de las relaciones sexuales se ha rejuvenecido ligeramente en la mayor parte de países que cuentan con datos, pero ha permanecido constante o ha aumentado, también levemente, la edad mediana a una primera unión y al nacimiento del primer hijo (Bay, Del Popolo, & Ferrando, 2003). Según un estudio Publicado por el observatorio de salud sexual y reproductiva de Nicasalud sobre las causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua, se identifica que iniciar la vida sexual antes de los 15 años aumenta 11% la probabilidad de quedar embarazada en la adolescencia en comparación con esperar hasta los 15 años. (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017)

Cuadro 4
EDAD MEDIANA A LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL Y A LA PRIMERA UNIÓN
EN MUJERES DE 25 A 49 AÑOS

Nivel de fecundidad, país y año	Edad mediana primera		Nivel de fecundidad, país y año	Edad mediana primera	
	Rel. sexual	Unión		Rel. Sexual	Unión
Muy baja			Media alta		
Brasil	1986	20,7	Nicaragua	1998	18,2
	1996	19,5			18,3
		21,2	Paraguay	1990	19,4
México	1987	19,6	Bolivia	1989	18,8
		19,9		1994	18,9
					20,6
Baja			Alta		
Colombia	1986	19,4	Haití	1994-95	19,0
	2000	19,2		2000	18,2
		20,8			20,5
República Dominicana	1986	18,2	Guatemala	1987	18,4
	1996	18,7		1998-99	18,3
		19,3			19,3
Intermedia					
Ecuador	1987	19,0			
El Salvador	1985	18,7			
Perú	1986	18,9			
	2000	19,0			
		21,4			

Fuente: Macro International, encuestas DHS. En: www.measuredhs.com

Uso de Metodos Anticonceptivos

Hay un consenso en que la variable intermedia “uso de anticonceptivos” es la mas importante para explicar el descenso abrupto de la fecundidad acaecido en las ultimas decadas en el mundo y en la region, particularmente en los 30 años recientes. “De hecho un uso totalmente eficiente de este recurso hace irrelevante desde el punto de vista del control de la fecundidad, que no del logro de

las aspiraciones reproductivas” las demás variables intermedias porque todo el peso de la regulación pasa a descansar en los medios anticonceptivos.

Ahora bien, empíricamente se ha constatado que las adolescentes sexualmente activas tienen, en promedio, una probabilidad menor de usar métodos anticonceptivos efectivos en comparación con sus contrapartes adultas. Esto parece ser particularmente importante en los países de la región y probablemente es uno de los factores que explica la resistencia a la baja de esta fecundidad. Adicionalmente, en recientes décadas hay signos de reducción de la edad media a la primera relación sexual, y un aumento de la edad media al matrimonio, ensanchando el periodo de exposición al riesgo no solo de quedar embarazada en la adolescencia, sino de ser madre precoz en condiciones de soltería, con las implicaciones y connotaciones adversas que aquello tiene.

El uso de métodos anticonceptivos depende tanto de la voluntad individual (en posponer, espaciar o limitar la fecundidad) como de la aceptación social de los mismos. En esta segunda dimensión confluyen varios asuntos diferentes entre sí, tales como la existencia de programas de planificación familiar o de comercialización de anticonceptivos, su conocimiento por parte de las potenciales usuarias, su capacidad de acceder a los programas o a la venta de anticonceptivos y además la superación de por lo menos dos barreras “biopsicosociales” de los métodos anticonceptivos y el rechazo cultural o de “otros significativos” (en particular de la pareja) al uso de anticonceptivos. (Di Cesare & Rodríguez Vignoli, 2006).

La probabilidad de embarazo en la adolescencia es 12% y 16% menor cuando la adolescente utiliza métodos anticonceptivos modernos (entre ellos métodos hormonales, esterilización y el DIU) y de barrera (principalmente preservativos), respectivamente. (CEPAL, 2007)

De acuerdo al estudio causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua Publicado por Nicasalud, otro aspecto que merece atención es el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual. Se encuentra que 5 de cada 10 mujeres que vive en el área urbana utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual; en cambio solo 3 de cada 10 mujeres que vive en el área rural utilizó algún método. Esta diferencia es similar entre las mujeres que viven en el Pacífico del país y aquellas que viven en la Costa Caribe. Por nivel educativo, las brechas en el uso de anticonceptivos son más amplias. Mientras 5 de cada 10 mujeres con educación secundaria o superior utilizó algún método anticonceptivo, solo 2 de cada 10 mujeres

sin ningún nivel educativo lo hizo, 2 de cada 10 adolescentes que no usó métodos anticonceptivos pensaron que no podían quedar embarazadas porque era su primera vez. (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017)

Está aumentando la edad de las parejas que embarazan a las adolescentes. Solo el 28% que tuvo una primera relación sexual antes de los 15 años, hizo uso de métodos anticonceptivos (MAC). La diferencia con la edad de la pareja en la primera relación sexual, influye en el uso de MAC; el uso más elevado corresponde a la relación con una pareja más joven o de la misma edad (50%), siendo un 36% cuando la diferencia fue de 9 años y más. El MAC utilizado en esa experiencia: fue preponderante el uso del condón masculino (46%), la píldora comprendió al 25%, la inyección del 14 a 10%, la pastilla para la mañana siguiente (PPMS), DIU y otros con 15%, métodos tradicionales el 5%. (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva.)

Entre los motivos para no usar MAC en su primera relación están: no esperaba tener relaciones (33%), el descuido (20%) y el desconocimiento de métodos (12%). (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva.)

Variables Subyacentes

Socioculturales

Zona de Residencia

A medida que uno se aleja de las zonas urbanas y se adentra en las rurales, la tasa de embarazo adolescente aumenta vertiginosamente. Los cálculos de ENDESA revelan que la media rural nacional alcanza el 31.4%, situación que organismos no gubernamentales achacan al bajo bienestar de vida y educativo de estas zonas.

Este planteamiento es validado al desglosar los datos de ENDESA sobre el bienestar socio-económico de las personas y los niveles educativos de éstas. Las jóvenes encuestadas cuyo bienestar es “alto”, son menos propensas a quedar embarazadas en la adolescencia (12.2%), contrario a las de bienestar “bajo” (34.4%), que por lo general habitan en las zonas rurales, donde casi no hay acceso a información y servicios de salud sexual reproductiva.

Chontales, ejemplo fehaciente

En Chontales, las cifras del MINSA también muestran la misma perspectiva del embarazo adolescente: el 27.6% de los embarazos registrados en 2011 corresponden a adolescentes menores de 19 años.

Al adentrarnos en los municipios de este departamento, como Santo Domingo y Comalapa, la cifra sobrepasa a la urbana por un margen de 13.1%. Es decir que el embarazo adolescente en la zona urbana marca 41.1% frente a un 54.2% de la zona rural.

Esta realidad, según Camilo Antillón Najlis, consultor del Diagnóstico sobre la Situación y Causas del Embarazo en Adolescentes en el Departamento de Chontales, se ve marcada por el aspecto socio-económico y el área de residencia.

“La proporción de jóvenes chontaleñas que tuvo embarazo en su adolescencia es significativamente mayor en el área rural, en los quintiles de bienestar más bajos, y entre las de menor nivel educativo. Esto posiblemente se deba a un menor acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva, pero también el horizonte de vida que se les plantea y a sus aspiraciones académicas y laborales, dadas las condiciones socioeconómicas en que se encuentran”, grafica Antillón.

Por lo general, en la ruralidad nicaragüense no existen escuelas disponibles o a poca distancia de las comunidades remotas, sumado a la serie de limitaciones materiales y recreacionales que deben afrontar los niños y adolescentes.

A nivel departamental el número de embarazos en adolescentes varía. Por ejemplo, en la Costa Caribe, Jinotega y Nueva Segovia casi un tercio de las adolescentes de 15 a 19 años están embarazadas; en cambio, en Boaco 1 de cada 10 adolescentes de 15 a 19 años ha reportado un embarazo. Por su parte, en Madriz, Chinandega, Managua, Carazo y en la Región Autónoma de la Costa Caribe Sur, el número de adolescentes de 15 a 19 años embarazadas ha aumentado desde 2006. Lo anterior indica que para prevenir esta problemática se requiere de políticas específicas basadas en cada realidad local. (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017)

En el área rural es más común encontrar adolescentes embarazadas, dado que 3 de cada 10 adolescentes de 15 a 19 años se encuentran embarazadas; en el área urbana, 2 de cada 10

adolescentes están embarazadas. La principal reacción de la familia ante la noticia de embarazo en las adolescentes es diferente entre el área urbana y rural. 4 de cada 10 mujeres del área urbana indican que su familia se enojó al recibir la noticia, en cambio 4 de cada 10 mujeres del área rural expresan que su familia estaba contenta con la noticia. Estas diferencias sugieren que en el área rural el embarazo durante la adolescencia es más aceptado. En cuanto a la reacción del futuro padre ante la noticia de embarazo, tanto en el área urbana como rural, la mayoría de las adolescentes expresaron que él estaba contento con la noticia (7 de cada 10). Sin embargo, esto no garantiza que la adolescente reciba apoyo emocional o económico de esa persona, dado que 5 de cada 10 hombres no se hacen responsables emocional y/o económicamente del bebé. (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017)

Según ENDESA, un tercio de la población nacional no ha recibido información formal sexual, siendo más alta la deficiencia en la zona rural (49%) que en el área urbana (21%). (Miranda Aburto, 2012)

Condición Socioeconómica

El status socioeconómico durante la niñez, pues este define las líneas maestras del proyecto biográfico que en un contexto de construcción reflexiva del yo, es el eje articulador de las decisiones individuales (Fischhoff et al., 2001). Ahora bien, según algunos autores, se trata de un factor clave de la fecundidad adolescente (Barnett et al., 1991; Robbins et al., 1985), mientras que para otros investigadores su efecto no es tan importante como otras variables familiares, como, por ejemplo, el control de los padres (Flórez y Nuñez, 2003; Guzmán y otros, 2001; Hanson et al., 1987). Otras características de la estructura familiar parecen estrechamente asociadas al riesgo de embarazo durante la adolescencia.

Este planteamiento es validado al desglosar los datos de ENDESA sobre el bienestar socioeconómico de las personas y los niveles educativos de éstas. Las jóvenes encuestadas cuyo bienestar es “alto”, son menos propensas a quedar embarazadas en la adolescencia (12.2%), contrario a las de bienestar “bajo” (34.4%), que por lo general habitan en las zonas rurales, donde casi no hay acceso a información y servicios de salud sexual reproductiva.

En un estudio realizado en Nicaragua sobre Determinantes del embarazo en adolescentes en el área rural en el entorno social/comunitario, los resultados reflejaron un ambiente rural de pobreza y

exclusión social, predominio de relaciones tradicionales de género, machismo, conservadurismo religioso y violencia. La pobreza generalizada determinó limitaciones en el acceso de las adolescentes y sus familias a los servicios básicos, la salud y la educación que les permitiera un desarrollo más equilibrado y les proporcionara herramientas para la construcción de un proyecto de vida, constituyéndose por sí misma como una determinante importante de embarazo en adolescentes (Peña et. al, y otros, 2012).

Según Nicasalud el embarazo durante la adolescencia puede estar asociado con las condiciones de vida presentes y futuras tanto de estas mujeres como de su familia. Al respecto, se estima que alrededor de 4 de cada 10 hogares donde hubo un embarazo en la adolescencia viven en situación de pobreza. Estos hogares enfrentan más privaciones en las condiciones de vivienda, acceso a educación y salud. (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017)

Pertenencia Étnica

Numerosos estudios (Cepal, 2005 y 2004; Manlove et al., 2000; Moore et al., 1999; Yamaguchi y Kendel, 1987) muestran que la pertenencia a un grupo étnico o a un pueblo indígena tienen un efecto neto sobre la probabilidad de ser madre adolescente, incluso después de controlar las especificidades socioeconómicas de estos grupos (en particular, su precariedad socioeconómica). La pertenencia a un grupo étnico o a un pueblo indígena influye por el peso de la cultura comunitaria en la definición de las conductas sexuales y reproductivas, así como en el papel asignado a los y las adolescentes. Cabe subrayar que, contra la imagen generalizada, no siempre la “cultura indígena” promueve una fecundidad temprana, ya que se han encontrado casos en donde las normas indígenas promueven un ingreso tardío a la vida nupcial, y como nupcialidad y sexualidad son casi lo mismo, esto significa menores riesgos de fecundidad temprana (Rodríguez, 2003).

Exposición a los medios de comunicación de masas

La exposición a los medios de comunicaciones no tiene mecanismos de influencia directos sobre el embarazo, pero es una fuerza poderosa que actúa por medio del conocimiento de modelos reproductivos, conocimiento de medios de planificación familiar, modalidad de comportamiento y modelos familiares. Además, este efecto es tanto más fuerte entre los individuos que están en plena construcción de identidad (Flórez y Núñez, 2003) (Di Cesare & Rodriguez Vignoli, 2006).

Familiares

Convivencia con Ambos Padres y características del jefe de la familia.

Las niñas que crecen en estructuras familiares con ambos padres tienen una menor probabilidad de embarazo adolescente respecto de las que crecen en familias mono parentales o afuera de su familia de origen (Robbins et al., 1985). Los 117 abril/junio 2006 Análisis micro de los determinantes de la fecundidad... /M. di Cesare y J. Rodríguez anterior, por diferentes razones. Por un lado, las adolescentes que viven en familias mono parentales podrían tener mayores responsabilidades sobre hermanos y hermanas, socializándose muy pronto en su rol materno. Por otro lado, los adolescentes que viven con uno solo de sus padres tienen, en promedio, un menor control. De hecho, (Lipovsek, 2002; Corcoran, 1999) evalúa el efecto de la relación entre padres e hijas en la incidencia de embarazos adolescentes. Por ejemplo, el riesgo de quedar embarazadas disminuye para las niñas que hablan con sus padres de sexualidad (Manlove et al., 2000). Otro elemento importante es representado por la “herencia” intergeneracional, es decir, si la muchacha es hija de madre adolescente. Se ha encontrado que las hijas de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de tener un hijo en edades tempranas y que este efecto persiste incluso si se controlan variables socioeconómicas (Hobcraft y Kiernan, 2001; Manlove et al., 2000; Manlove, 1997).

Escolaridad de los Padres.

Que la madre y/o el padre de la adolescente no hayan concluido la primaria está asociado con el suceso de embarazo en la adolescente con una RM de 33 y 7.6 respectivamente (Ayala Aguilar & García Posada, 2001) (Tabla 2)

TABLA 2. Relación de adolescentes por tipo de escolaridad de los padres.

ESCOLARIDAD	PADRE				MADRE			
	SIN AE	%	CON AE	%	SIN AE	%	CON AE	%
NULA	1	1.2	3	19	0	0	6	37
PRIMARIA INC.	28	35	10	62	25	31	10	63
PRIMARIA COM.	23	29	3	19	40	50	0	0
SECUNDARIA	16	20	0	0	11	13	0	0
BACHILLERATO O TÉCNICA	7	8.6	0	0	3	4	0	0
PROFESIONAL	5	6.2	0	0	1	2	0	0
TOTAL	80	100	16	100	80	100	16	100

FUENTE: Cédula de encuesta realizada en la Ranchería Boqueron 1a. sección, Municipio Centro, Tabasco, Nov-Dic de 2000.

Individuales

Nivel de Escolaridad

Se ha demostrado ampliamente que existe una fuerte relación entre el nivel de educación de la madre y la regulación de la fecundidad puesto que las mujeres con mayor escolaridad posponen el matrimonio y tienen un nivel de fecundidad más bajo. Esto porque la escolarización reduce el número deseado de hijos y fortalece la opción de controlar la reproducción. En particular, entre las jóvenes, el aumento del nivel de educación se asocia con menores índices de fecundidad y de reproducción temprana (Di Cesare & Rodriguez Vignoli, 2006). Cabe subrayar que esta relación es bidireccional, pues la nuliparidad durante la adolescencia es una condición que facilita la acumulación de escolaridad. Para una correcta evaluación sobre cuál de los dos sentidos de la relación predomina se debería tener bajo control cuál de los dos eventos (deserción escolar o embarazo) ocurre primero.

De acuerdo al estudio Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua publicado por Nicasalud, la maternidad temprana también está asociada con niveles bajos de escolaridad y participación reducida y precaria en el mercado laboral. Debido a la baja reinserción escolar observada en mujeres que quedan embarazadas en la adolescencia, estas continúan con bajos niveles de escolaridad durante el resto de sus vidas. Las mujeres que fueron madres en la adolescencia solo alcanzan a terminar la primaria y apenas un 5.3% logra cursar la universidad. En cambio, las mujeres que por primera vez fueron madres después de los 19 años llegan hasta 3er año de la secundaria y 2 de cada 10 alcanza estudios universitarios. (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017)

Religión

Otro factor individual destacado en la literatura es la religiosidad, por cuanto define parte del marco de valores individual. La religiosidad de los individuos puede promover o limitar comportamientos sexuales, nupciales y reproductivos.

Sin embargo, algunos estudios afirman que la influencia del catolicismo (es este el caso de la mayoría de los países de América Latina) se expresa más bien en programas y políticas públicas relacionadas con la familia y la salud, y no tiene efectos significativos en el comportamiento individual salvo grupos practicantes rigurosos (Leite, 1997).

Según el estudio Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua publicado por Nicasalud, cuando la adolescente pertenece a una religión la probabilidad de embarazo disminuye en 18%. Este efecto podría implicar que estas adolescentes son más cuidadosas posiblemente porque en las comunidades religiosas se promueve abstinencia de relaciones sexuales antes del matrimonio y por ende de quedar embarazadas podrían recibir una sanción moral en su comunidad. (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017)

Participación en el mercado de trabajo

La participación en el mercado del trabajo tiene un vínculo directo sobre la fecundidad, pues aumenta sensiblemente el costo de oportunidad de la crianza para la mujer; de esta manera, un hecho estilizado en los estudios sobre determinantes de la fecundidad es la menor fecundidad promedio de las mujeres que trabajan en el mercado. Sin embargo, en el caso de las adolescentes, la relación es, en teoría, más compleja, pues si las muchachas entran al mundo del trabajo están cumpliendo, de hecho, un rito de iniciación a la adultez, lo que las acerca a la reproducción. Más aún, el ingreso a la fuerza de trabajo puede ser precisamente resultado de una maternidad temprana. En suma, en el caso de las adolescentes, el hecho de ser proveedor de ingreso puede por un lado aumentar el riesgo de embarazo (la mujer ya está proyectada en su papel adulto), y por el otro, bajarlo (incompatibilidad entre trabajo e hijos). Tratando de despejar esta duda, estudios recientes han mostrado que la maternidad precoz se asocia con deserción escolar que en el corto plazo lleva al ingreso algunas muchachas al mercado del trabajo, pero que en el largo plazo es un factor que inhibe de la participación laboral femenina (Rodríguez, 2005). Otros estudios sobre este asunto (Buvinic, 1998) han mostrado que las madres adolescentes pobres tienen una mayor probabilidad, respecto de las no pobres, de trabajar y trabajar muchas más horas y con un ingreso mucho más bajo.

Se puede considerar esta como otra de las consecuencias del embarazo en la adolescencia ya que algunas mujeres, especialmente aquellas que no cuentan con el apoyo emocional y financiero de una pareja, tienen que insertarse desde jóvenes a la fuerza laboral en la búsqueda de ingresos para sostener a sus hijas o hijos. Al respecto, se estima que las mujeres que fueron madres en la adolescencia tienen una ligera mayor probabilidad (5%) de insertarse en la fuerza laboral en comparación con las mujeres que por primera vez fueron madres después de los 19 años. Sin

embargo, una vez insertas les es un poco más difícil encontrar un empleo. (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017)

Las mujeres que fueron madres adolescentes tienden a insertarse en trabajos no calificados (77.3%) mientras que las que fueron madres por primera vez después de la adolescencia suelen tener mayor presencia en empleos mejor remunerados y con mayor calificación, como técnicos y oficinistas (17.9%) y profesionales (6.4%). También, estas últimas gozan de mayor protección social (32.5% contra 19.8%) puesto que tienen más acceso a trabajos formales.. (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017).

Autoestima

La autoestima y la actividad sexual en la adolescencia. Aunque se ha postulado una relación entre autoestima y prácticas sexuales de riesgo, la naturaleza exacta de esa asociación no está clara. Sin embargo, un estudio meta-analítico recogió los datos de 38 estudios representando 68703 adolescentes entre los años 1969 y 2000, encontró una diferencia media pequeña pero estadísticamente significativa en el nivel de autoestima que presentan los adolescentes con actividad sexual de riesgo alto y los adolescentes con actividad sexual de riesgo bajo. Esto es consistente con lo que sugieren los teóricos que proponen la autoestima como un factor de protección. Por lo tanto, la intervención sobre ésta es un mecanismo válido y aceptado para mejorar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes e influir de alguna manera en la tasa de embarazos en adolescentes. Sin embargo, muchos autores sugieren que la intervención sobre la autoestima y autoimagen debe hacerse con cautela teniendo en consideración las especificidades de cada grupo social y poblacional (Cataño Toro, Restrepo, Portilla, & Ramírez, 2008).

Un número importante de nacimientos de madres niñas (de 10 a 14 años) ha estado ocurriendo históricamente y su número para los últimos siete años asciende a 11,480. Por definición de ley todos estos embarazos son producto de violación. En los embarazos en la adolescencia intermedia, en el grupo de 15 a 17 años, las determinantes son de tipo afectivas y de relación familiar, ya no tanto falta de información. Determinantes también son la presión de grupo, el estupro y el sexo por coerción. El aumento en la edad de las parejas de las adolescentes, les disminuye aún más su capacidad de decisión y negociación de cuándo tener las relaciones y el uso de métodos anticonceptivos. En los embarazos en la adolescencia tardía (18-19 años) prevalece el deseo de tener un hijo. (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva.)

Violencia Física y Sexual

El número de nacimientos en niñas de entre 10 y 14 años se ha incrementado progresivamente, alcanzando su cifra más alta en 2016 con 11,808, el 70% de las niñas y adolescentes de entre 10 y 14 años que tuvieron un hijo reportaron que el padre tenía entre 18 y 78 años, 4,4 millones de mujeres encuestadas por ENDIREH en 2016 sufrieron abuso sexual durante la infancia, 1,2 millones fueron obligadas a tener relaciones por la fuerza o bajo amenaza, 8 de cada 10 agresores son conocidos de las víctimas y el 67% son familiares.

En la Ciudad de México el 11 de junio 2018. IPAS México, presentó su estudio denominado “Violencia sexual y embarazo infantil en México: un problema de salud pública y derechos humanos”, que analiza las condiciones en las que se da el embarazo infantil en ese país. De los hallazgos más contundentes: la violencia de género y, específicamente, la violencia sexual, se evidenciaron como factores determinantes de los altos números de embarazos en menores de 14 años.

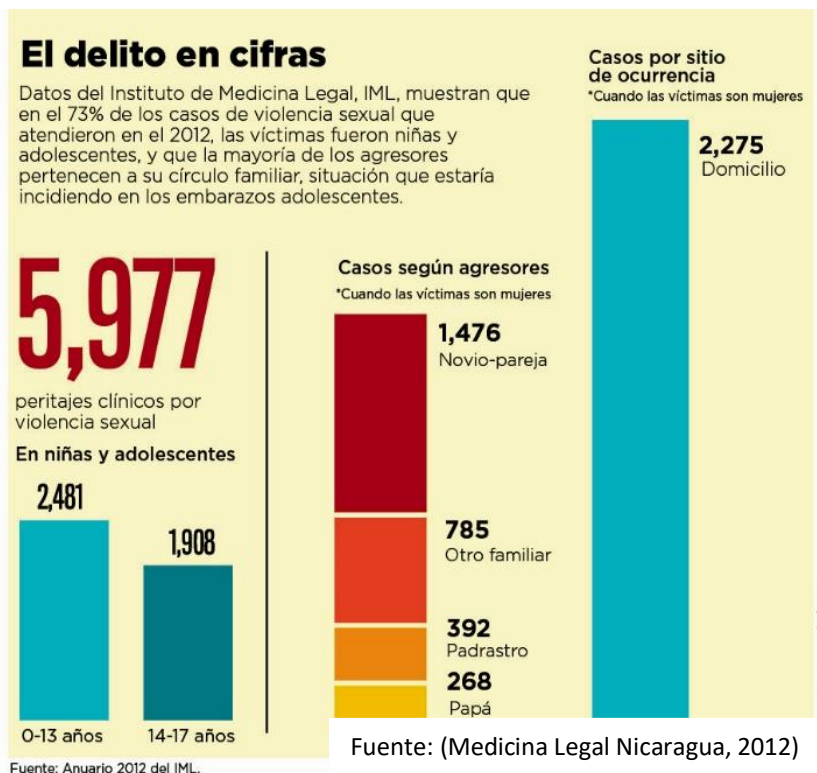
Comúnmente, se piensa que el embarazo infantil es consecuencia de actos deliberados por parte de niñas, niños y adolescentes decidiendo iniciar su vida sexual a temprana edad, de falta de información o de falta de uso o acceso a métodos anticonceptivos. Sin embargo, el estudio evidenció que un gran número de los embarazos en niñas y adolescentes menores de 15 años no son resultado de decisiones o “actos deliberados” en los que las menores tienen la capacidad para consentir o disentir el acto sexual.

“En efecto, la metodología utilizada por IPAS México, que se basó en el cruce y el análisis de bases de datos de encuestas, diagnósticos y estadísticas nacionales; arrojó que se trata de condiciones ajenas al control de las menores, como: vulnerabilidad, desprotección, abandono, abuso, manipulación, chantaje, relaciones dispares de poder, marginación, pobreza, falta de oportunidades, entre otras; en las que se les retira la posibilidad de negarse al acto sexual provocando una grave violación a sus derechos humanos”, señaló Eliana Olaizola, Directora de Ipas México.

La investigación de Ipas México destacó que la diferencia de edad entre las menores de 15 años embarazadas y los hombres responsables del embarazo llega a ser muy significativa, 70% de las niñas y adolescentes de entre 10 y 14 años, que tuvieron un hijo nacido vivo, reportaron que el padre tenía entre 18 y 78 años.

No se trata de adolescentes teniendo relaciones sexuales con adolescentes, sino de niñas siendo obligadas, coercionadas o manipuladas por adultos, mediante el uso de la fuerza física o moral, el chantaje, la manipulación y las amenazas en un marco de normalización de la violencia y de la baja efectividad en materia de procuración de justicia. (IPAS, 2016)

La investigación destaca, de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los



Hogares 2016 (ENDIREH), que 4,4 millones (aproximadamente 9.4% del total de las mujeres encuestadas), sufrieron abuso sexual durante su infancia. Las cifras señalan que 8 de cada 10 agresores son conocidos de las víctimas, mientras un 67% apunta a familiares como: padre, padraastro, tío, hermano, primo, abuelo, etc. (IPAS, 2016)

Entre el 11 y el 20 por ciento de los embarazos en adolescentes son un resultado directo de la violación, mientras que un 60 por ciento de las madres adolescentes tenían experiencias sexuales no deseadas anteriores a su embarazo. Antes de los 15 años, la mayoría de las experiencias de la primera relación sexual en mujeres son de carácter no voluntario, el Instituto Guttmacher encontró que el 60 por ciento de las muchachas que tuvieron relaciones sexuales antes de los 15 años fueron obligadas por hombres que en promedio fueron seis años mayores que ellas. Uno de cada cinco

padres de hijos de madres adolescentes admite que ha forzado a las chicas adolescentes a tener relaciones sexuales con ellos.

Actitudes de Género y Sexualidad

En el estudio *“Riesgo Reproductivo en la Adolescencia. Desigualdad social y Asimetría de Género”* realizado en Argentina la mayor adhesión a roles tradicionales¹ en el ámbito familiar por parte de las adolescentes de clase baja, se observó a través de ítems de la entrevista destinados específicamente a detectar las definiciones de roles en el ámbito doméstico. Así, por ejemplo, frente a una proposición que decía "en una familia al hombre le corresponde..." más de la mitad de estas jóvenes completó la frase diciendo "trabajar y mantener a la familia". La proporción que dio la misma respuesta entre las de clase media alta no alcanza a un tercio. En el otro extremo, más de un tercio de las entrevistadas de clase media alta opinó que los roles familiares de varones y mujeres deberían ser similares, frente a apenas una décima parte entre las de clase baja. Cuando se refieren a los roles familiares de las mujeres, el contraste es aún mayor: el 44 por ciento en la clase media alta y sólo el 9 por ciento en la clase baja tiene una concepción igualitaria de dichos roles. (Geldstei & Pantelides, 2001)

La relación existente entre sostener imágenes de género tradicionales o modernas y la adopción de conductas de riesgo de embarazo no planeado aparece claramente en la práctica anticonceptiva (cuadro 3).

Según una definición tradicional del rol masculino, los hombres deben ser los proveedores económicos y jefes del hogar. Deben ser los iniciadores del cortejo y la actividad sexual y sus impulsos sexuales deben ser más poderosos y urgentes que los de las mujeres. La concepción tradicional del rol femenino las ubica como madres y amas de casa, pasivas en el cortejo y en las relaciones sexuales (Moore y Rosenthal, 1993).

Cuadro 3
 Porcentaje de las adolescentes que tuvieron una primera relación sexual no protegida, por clase social e imágenes de género

Imágenes de género*	Clase Baja	Clase media alta
Roles familiares del varón		
Tradicionales	54.5	27.3
Modernas	0.0	26.1
Roles familiares de la mujer		
Tradicionales	55.3	18.2
Modernas	16.7	24.1
La mujer sin hijos es incompleta		
Tradicionales	55.6	30.8
Modernas	39.1	16.7
Las esposas deben llevar el apellido del marido		
Tradicionales	61.8	0.0
Modernas	23.5	24.4
Los hombres están más interesados en el sexo que las mujeres		
Tradicionales	63.3	20.8
Modernas	33.3	20.0
El ser humano no puede escapar a su destino		
Tradicionales	63.9	13.0
Modernas	13.3	25.8

Fuente: (Geldstei & Pantelides, 2001)

Un factor que puede traducirse en vulnerabilidad al embarazo temprano lo constituyen las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, las posibles dimensiones de este factor van desde definiciones culturales acerca de la conducta de género (cómo se supone que debe comportarse una chica *vis a vis* un chico) pasando por el grado en el que se le asigna una doble moral a los géneros en cada grupo social, hasta el grado de violencia de género, de coerción y de abuso sexual existente en cada uno de estos grupos (Geldstei & Pantelides, 2001)

Hipótesis

Los factores de riesgo de índole Sociocultural están asociados a la ocurrencia del embarazo en las adolescentes que habitan en los Barrios de Cobertura del Centro de Salud Francisco Buitrago entre los que se destacan el nivel educativo, la autoestima, la convivencia con los padres, el antecedente de embarazo adolescente en la madre, la pobreza y la práctica de un credo religioso.

Diseño Metodológico

Tipo de estudio: Enfoque cuantitativo, observacional, retrospectivo, analítico de casos y controles.

Área de estudio: Barrios de Cobertura del Centro de Salud Francisco Buitrago ubicado en el distrito IV de Managua, frente al Centro de Capacitación Nicaragüense Alemán (CECNA) del barrio San Luis, que atiende a una población de 125,838 habitantes, de esa cifra; 21,055 son adolescentes entre 10 a 19 años (incluye varones y mujeres). El centro cubre 27 sectores que corresponde a un total de 42 barrios de la capital.

Universo: El universo del presente estudio está constituido por las adolescentes entre 15-19 años embarazadas o que lo han estado en los dos últimos años y que habitan en los barrios de cobertura del centro de salud Francisco Buitrago en el segundo semestre de año 2016, el cual corresponde a 1332 adolescentes.

Muestra: Se definió y seleccionó una muestra para el grupo de casos y otra para el grupo de controles la cual se obtuvo por medio de un apareo 1:1 incluyendo un caso por cada control.

Para definir el tamaño de una muestra de casos suficiente que permitiera obtener resultados confiables, se realizaron los cálculos correspondientes en el programa Open Epi tras lo cual resulto 90 casos, se asignó un control por cada caso obteniendo así 90 controles, sumando un total de 180 participantes en el estudio entre casos y controles.

Tipo de Muestreo: No probabilístico, es decir un muestreo por conveniencia, ya que se incluyeron a las adolescentes embarazadas al grupo de casos y las que no estaban embarazadas al grupo de controles, es decir 90 adolescentes para el grupo de casos y 90 adolescentes para los controles, la muestra de los controles se obtuvo por medio de lotería de entre todas las adolescentes no embarazadas pero con oportunidad de embarazarse para que de esta manera dicha muestra fuera representativa de la misma población de la que provienen los casos.

Este muestreo fue Polietápico ya que la totalidad de la muestra de casos, es decir las 90 embarazadas fueron distribuidas porcentualmente por cada uno de los 10 puestos médicos que pertenecen al centro de Salud Francisco Buitrago de tal manera que quedaron distribuidas equitativamente, una vez hecho esto se procedió a seleccionar aleatoriamente un barrio por cada puesto médico.

La distribución porcentual de la muestra por cada puesto médico fue la siguiente:

- ✓ P/M Selim Shible: 9 casos y 9 controles.
- ✓ P/M: Las Torres: 9 casos y 9 controles.
- ✓ P/M Hilario Sánchez: 9 casos y 9 controles.
- ✓ P/M San José Oriental: 9 casos y 9 controles.
- ✓ P/M Nueva Libia: 9 casos y 9 controles.
- ✓ P/M Francisco Buitrago: 9 casos y 9 controles.
- ✓ P/M Rigoberto López Pérez: 9 casos y 9 controles.
- ✓ P/M Mártires de Julio: 9 casos y 9 controles.
- ✓ P/M Roberto Clemente: 9 casos y 9 controles.
- ✓ P/M Benedicto Valverde: 9 casos y 9 controles.

Unidad de Análisis: Adolescentes que habitan en los barrios de cobertura del Centro de salud Francisco Buitrago en el segundo semestre de año 2016.

CASOS: Adolescentes entre los 15 y 19 años en estado de embarazo o que hayan estado embarazadas en los dos últimos años y que habitaran en los barrios de cobertura del centro de Salud Francisco Buitrago en el Segundo semestre del 2016.

CONTROL: Adolescentes entre 15 y 19 años no embarazadas y que no lo hayan estado previamente y que habitaran en los barrios de cobertura del centro de salud Francisco Buitrago en el Segundo semestre del 2016.

Criterios de Inclusión

Casos

- Adolescentes femeninas entre 15-19 años que habiten en los barrios de cobertura del centro de Salud Francisco Buitrago y que se encuentren en estado de embarazo o lo hayan estado en los dos últimos años.
- Haber vivido al menos 5 años en los Barrios de cobertura del centro de Salud Francisco Buitrago al momento del estudio.

Controles

- Adolescentes femeninas entre 15-19 años que habiten en los barrios de cobertura del Centro de Salud Francisco Buitrago que no se encuentren en estado de embarazo al momento del estudio ni lo hayan estado con anterioridad a este.
- Haber vivido al menos 5 años en los barrios de cobertura del centro de salud Francisco Buitrago al momento del estudio.

Criterios de Exclusión

Casos

- Que padezcan de patologías que afecten el estado mental (Síndrome de Down, Parálisis Cerebral Infantil, Retraso Mental, etc.)
- Que sus familiares o tutores no autoricen su participación en la encuesta y entrevista para esta investigación.

Controles

- Que padezcan de patologías que afecten el estado mental (Síndrome de Down, Parálisis Cerebral Infantil, Retraso Mental, etc.) Igual caso que en el anterior.
- Que sus familiares o tutores no autoricen su participación en la encuesta y entrevista para esta investigación.

Variables:

- Edad.
- Escolaridad.
- Estado civil.
- Etnia.
- Ocupación.
- Religión.
- Autoestima.
- Actitudes de Género y Sexualidad.
- Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos.
- Acceso a Métodos Anticonceptivos.
- Uso de Métodos Anticonceptivos.
- Trabajo Infantil.
- Convivencia con ambos padres.
- Apoyo Familiar.
- Apoyo social.
- Escolaridad de los Padres.
- Embarazo Adolescente en la Madre.
- Embarazo Adolescente en Amiga Cercana.
- Abordaje de temas de sexualidad en la familia.
- Edad de IVSA.
- Violencia sexual.
- Violencia Física.
- Violencia Sexual hacia un familiar conocido.
- Numero de compañeros sexuales.
- Pobreza.

Operacionalización de las Variables

Variable	Concepto	Indicador	Escala/valor
Edad	Años cumplidos al momento del estudio.	Años	15-16 17-18 19 años
Escolaridad	Nivel académico alcanzado al momento del estudio.	Número de años aprobados	- <3 año de Secundaria. - ≥ 3 año de Secundaria
Estado civil	Estado conyugal de la de la adolescente entre 15 y 19 años.	Condición de pareja	- Casada o Unión libre. - Soltera.
Etnia	Grupo Étnico al que pertenece la Adolescente	Etnia	-Mestizo -Misquita -Mayagna -Afrodescendiente -Garífuna -Otro
Ocupación	Trabajo u oficio en que emplea su tiempo	Tipo de actividad	-Ama de casa o comerciante. -Estudiante.

Religión	Si la adolescente practica o no un credo religioso	Referido por la adolescente	-Si practica credo religioso. -No practica credo.
Baja Autoestima	Percepción evaluativa que la adolescente tiene sobre si misma medida por medio la Escala Modificada de Rosemberg	Escala Modificada de Rosemberg para autoestima.	-Autoestima baja. -Autoestima alta.
Embarazo	Si la adolescente ha estado o no en embarazada	Referido por la Adolescente	-Si ha estado embarazada. -No ha estado embarazada.
Actitudes de Género y Sexualidad.	Actitudes equitativas de género que poseen las adolescentes, en términos de la no discriminación de alguno de los géneros medidas por medio de una escala evaluativa.	Referido por la adolescente Medición en escala evaluadora.	-Equitativo -Inequitativo
Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos	Si la Adolescente conoce o no de la existencia de al menos un método anticonceptivo moderno.	Referido por la adolescente	-No conoce sobre métodos anticonceptivos. -Si conoce sobre métodos anticonceptivos.

Acceso a Métodos Anticonceptivos	Si la adolescente considera o no que puede acceder al uso de un método anticonceptivo sin dificultad en caso de necesitarlo.	Referido por la adolescente	-No tiene acceso a métodos anticonceptivos. -Si tiene acceso a métodos anticonceptivos.
Uso de Métodos Anticonceptivos	Utilización de Métodos Anticonceptivos modernos por parte de la adolescente.	Referido por la adolescente	-No usa métodos anticonceptivos. -Si usa métodos anticonceptivos.
Trabajo Infantil	Exposición de la adolescente a trabajo infantil, actividad remunerada o excesivos deberes domésticos antes del primer embarazo para los casos y antes de los 10 años para los controles.	Referido por la adolescente.	-No tiene antecedentes de trabajo infantil. -Si tiene antecedentes de trabajo infantil.
Convivencia con ambos Padres	Cohabitación de la adolescente con ambos padres en una misma casa antes del embarazo para los casos o antes de los 15 años para los controles.	Referido por la adolescente	-No convivía con sus padres. -Si convivía con sus padres.

Apoyo Familiar	Apoyo recibido por la adolescente por parte de su familia durante su embarazo o en situaciones adversas de la su vida.	Referido por la adolescente y medido por medio de escala de evaluación.	-Apoyo Familiar -No Apoyo Familiar
Apoyo Social	Apoyo percibido por la Adolescente por parte de la comunidad en la que habita situaciones adversas o dificultades de la vida.	Referido por la adolescente y medido por medio de escala de evaluación.	-Vinculo Social -No Vinculo Social
Escolaridad de los Padres	Grado de escolaridad alcanzado por al menos uno de los progenitores o tutores de la adolescente al momento de su embarazo.	Número de años estudiado por al menos uno de los padres o tutores de la adolescente	- <3 año de Secundaria. - ≥ 3 año de Secundaria.
Embarazo Adolescente en la Madre	Si existe o no antecedentes de embarazo precoz en la madre de la adolescente encuestada.	Referido por la adolescente al momento de la encuesta.	-No hay antecedente de embarazo adolescente en la madre. -Si hay antecedente de embarazo adolescente en la madre.

Embarazo Adolescente en Amiga Cercana	Si existe o no antecedentes de embarazo antes de los 20 años en al menos una amiga cercana de la adolescente encuestada.	Referido por la Adolescente al momento de la encuesta.	-No hay antecedentes de embarazo adolescente en amiga cercana. -Si hay antecedentes de embarazo adolescente en amiga cercana.
Abordaje de temas de Sexualidad en la Familia.	Adolescentes que refieren abordar temas de sexualidad con su familia (con sus padres y/u otros familiares) antes de los 15 años para los controles y antes del embarazo para los casos.	Referido por la Adolescente al momento de la encuesta.	-No se abordaban temas de sexualidad. -Si se abordaban temas de sexualidad.
Edad de Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA)	Edad de inicio de la Vida Sexual Activa.	Referido por la Adolescente que ya inicio la vida sexual.	-Antes de los 15 Años -Después de los 15 Años

Violencia Sexual	Si hubo o no abuso sexual con existencia de penetración Genital en contra de la voluntad de la adolescente antes de los 15 años.	Referido por la Adolescente al momento de la encuesta.	-No hay antecedentes de abuso sexual. -Si hay antecedentes de abuso sexual.
Violencia Física	Adolescentes que refieren haber sufrido antes de los 20 años de edad agresiones físicas tales como aunque no limitadas a empujones, bofetadas, lanzamientos de objetos, golpes, patadas, mordiscos, quemaduras, con el potencial de causar daño.	Referido por la Adolescente	-No hay antecedentes de violencia física. -Si hay antecedentes de violencia física.
Violencia Sexual hacia un familiar conocido.	Si hay o no historia de abuso sexual con existencia de penetración genital en contra de la voluntad de un familiar conocido por la adolescente antes de los 15 años.	Referido por la Adolescente al momento de la encuesta.	-No hay antecedentes de abuso sexual hacia un familiar. -Si hay antecedentes de abuso sexual hacia un familiar.

Numero de Compañeros Sexuales.	Número de compañeros sexuales tenidos por la adolescente entre los 10 a 19 años de edad.	Numero	- ≤ 1 - > 1
Pobreza	Adolescentes Positivas al índice de Necesidades Básicas Insatisfechas.	Referido por la adolescente evaluado con el índice de necesidades Básicas Insatisfechas.	-Necesidades Básicas Insatisfechas -Necesidades Básicas Satisfechas.

Procesamiento

Una vez obtenida la información, los datos recolectados por medio de la ficha se incluyeron en una base de datos, para ello se utilizó el paquete estadístico SPSS versión XX. Además se utilizó el OR como medida para valorar la fuerza de asociación entre las variables y el embarazo, que se interpretó de la siguiente manera si el $OR < 1:00$, existe asociación inversa o negativa, interpretándose como un factor protector. $OR = 1$, el riesgo es igual entre los expuestos al factor y los no expuestos y $OR > 1$: asociación positiva, y se interpreta como incremento de la probabilidad de daño ante la presencia de dicho factor.

Así mismo se determinó la existencia de factores protectores obteniendo el inverso del OR de cada factor de riesgo identificado, luego restándolo a la unidad y posteriormente multiplicándolo por 100 para obtener el porcentaje de protección.

Luego de acuerdo al plan de análisis se generaron tablas y gráficos que fueron integrados en el informe final de la investigación.

Para el análisis de la información se utilizaron las tablas generadas y se describieron los resultados, los cuales fueron contrastados con la información descrita en el marco teórico.

Plan de Tabulación y Análisis

Edad/Escolaridad

Edad/ Estado Civil

Escolaridad/ Ocupación

Escolaridad/Embarazo

Estado Civil/Embarazo

Ocupación/Embarazo

Práctica de Religión/Embarazo

Baja Autoestima/Embarazo

Actitudes de género y sexualidad/Embarazo

Conocimiento sobre métodos Anticonceptivos/Embarazo

Acceso a Métodos Anticonceptivos/Embarazo
Uso de Métodos anticonceptivos/Embarazo
Antecedentes de Trabajo Infantil/Embarazo
Convivencia con ambos Padres/Embarazo
Apoyo Recibido por la familia/Embarazo
Apoyo de la Comunidad/Embarazo
Escolaridad de los Padres/Embarazo
Antecedentes de Embarazo Adolescente en la Madre/Embarazo
Antecedente de Embarazo Adolescente en amiga cercana/Embarazo
Abordaje de temas de sexualidad en la familia/Embarazo
IVSA/Embarazo
Violencia Sexual/Embarazo
Violencia Física/Embarazo
Violencia Sexual en contra de un familiar conocido /Embarazo
Numero de compañeros Sexuales/Embarazo
Pobreza/Embarazo

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

La información se recolecto de fuente primaria por medio de la técnica de la encuesta, para ello se diseñó un instrumento *Adaptado de* (Peña et. al, y otros, 2012), este es una ficha dirigida a las adolescentes que habitan en los barrios de cobertura del centro de salud Francisco Buitrago, conformada en su mayoría por preguntas cerradas con pocas opciones de respuesta entre las que se debía elegir una sola opción. Para valorar algunas variables se hizo uso de escalas evaluativas tales como un índice de necesidades básicas insatisfechas y la escala modificada Rosenberg para medir autoestima.

La ficha contiene preguntas que abordan las variables definidas de acuerdo a los objetivos específicos.

Consideraciones Éticas

Se respetó los principios básicos de la bioética: Autonomía, Justicia, La beneficencia y no maleficencia.

Debido a lo sensible de abordar el tema de embarazos en adolescentes antes de cada encuesta se aplicó un consentimiento informado, el cual garantiza la confidencialidad de las participantes y de la información que brinden.

Se explicó claramente a cada adolescente su derecho a negarse a participar, o a retirarse de la entrevista en cualquier momento, se les explicó también que podían abstenerse de responder cualquier pregunta que les moleste o incomode.

Por parte de los entrevistadores se evitó reflejar algunas gesticulaciones u otras acciones paralingüísticas, o de señalar o de juzgar a la adolescente, para no incomodarla o hacerla sentir mal. La información fue resguardada y no se utilizó para otros fines.

Resultados

Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio.

En cuanto a la edad en los casos el grupo etario predominante fue los 18 años con 24% (22 casos) seguido por los 19 años con el 21% (19 casos) a diferencia de los controles cuya edad predominante se hayo en los 16 años con el 27% (25 controles) seguido por los 17 años con el 25% (23 controles).

Cuadro 1

En lo que respecta a la escolaridad en el grupo de los casos predomino la inferior al tercer año de Secundaria con el 83% (75 casos) y únicamente el 16.6% de los casos alcanzo más allá del tercer año de Secundaria (15 casos), en los controles por el contrario la mayoría el 93% (84 controles) obtuvieron una escolaridad superior al tercer año de Secundaria y solamente el 6.6% (6 controles) tenían una escolaridad inferior al tercer año de Secundaria. **Cuadro 2**

Respectivo al estado civil la gran mayoría de los casos eran casadas o en unión libre con el 65% de su total (59 casos) y el 34.4% restante eran solteras (31 casos), en cambio en los controles el 97.7% eran solteras (88 controles) y únicamente el 2% restante se encontraba casada o en unión libre (2 controles). **Cuadro 3**

Concerniente a la etnia el 100% del total de los casos eran mestizas (90 casos), así mismo en los controles el grupo étnico predominante fue el mestizo con el 95.5% del total (86 controles) y minoritariamente se hallaron misquito y afrodescendiente con 2.2% para cada grupo respectivamente (2 misquitos y 2 afrodescendientes). **Cuadro 4**

Pertinente a la práctica de una religión en los casos el 58.8% se consideraba practicante de un credo religioso (53 casos) y el restante 41.2% (37 casos) no practicaba ninguna religión, en los controles se evidencio que el 66.6% (60 controles) eran practicantes o creyentes en una religión y el restante 33.4% (30 controles) no lo eran. **Cuadro 5**

Referente a la Ocupación la mayoría de los casos con el 64,4% del total (58 casos) eran comerciantes o amas de casa y el restante 35.5% (32 casos) eran estudiantes por el contrario en el grupo de los controles el 93,3% eran estudiantes (84 controles) y la remanente minoría 6.7% (6 controles) se dedicaban al comercio o a ser amas de casa. **Cuadro 6**

Factores de riesgo socioculturales que influyen en la ocurrencia del embarazo adolescente por orden de importancia.

Se encontró que el estado civil es el factor de riesgo más predominante con un OR de 83.7 e intervalos de confianza al 95% mayores a la unidad, lo que indica que las adolescentes con unión libre o casadas tienen 84 veces más probabilidades de quedar embarazadas en contraposición con las solteras quienes tienen 88% más protección frente al embarazo. **Cuadro 7**

En segundo lugar se encuentra la escolaridad inferior al tercer año de la secundaria con un OR de 70 e intervalos de confianza entre 25.8 y 189.6 que se interpreta como que las adolescentes que estudiaron por debajo del tercer año 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. **Cuadro 8**

En tercer lugar con un OR de 30.6 e intervalos de confianza al 95% por encima de la unidad, se encuentra el uso de métodos anticonceptivos reportando que las adolescentes que no utilizan métodos anticonceptivos una vez ya iniciada la vida sexual activa tienen 30.6 veces más riesgo de embarazo prematuro en oposición a las que si utilizan algún tipo de método posterior al inicio de su vida sexual. **Cuadro 9**

Seguidamente la ocupación se ubica en cuarto lugar con un OR de 25.3 e intervalos de confianza por encima de la unidad que se traduce en que las adolescentes que son amas de casa o se desempeñan en el comercio tienen 25 veces más probabilidades de embarazarse en contraste con las que únicamente se dedican a estudiar. **Cuadro 10**

La escolaridad de los padres cumple un rol importante pues con un OR de 12.3 e intervalos de confianza al 95% mayores a 1 indica que las adolescentes cuyos padres alcanzaron un grado académico inferior al tercer año de la secundaria o que inclusive eran iletrados tienen 12 veces mayor riesgo de embarazo que aquellas adolescentes cuyos padres estudiaron por encima del tercer año de la secundaria o que incluso llegaron hasta el nivel superior. **Cuadro 11**

En cuanto al acceso a métodos anticonceptivos se obtuvo un OR de 11 e intervalos de confianza al 95% superiores a uno, que se interpreta como que aquellas adolescentes que no tienen fácil acceso a métodos de anticoncepción tienen 11 veces más riesgo de embarazo prematuro en comparación con a aquellas que si pueden acceder a estos métodos con más facilidad. **Cuadro 12**

En el apartado de autoestima según el OR e intervalos de confianza obtenidos se interpreta que las adolescentes con baja autoestima tienen 7.4 veces más riesgo de quedar embarazadas a diferencia de las adolescentes que puntuaron alto para la escala Modificada de Rosemberg para medición de autoestima. **Cuadro 13**

Con un OR de 5.8 e intervalos de confianza al 95% entre 3 y 11 aquellas adolescentes que no perciben ningún tipo de apoyo social en su comunidad y que desconocen la existencia de organizaciones de ayuda a jóvenes en su entorno tienen 5.8 veces más riesgo de embarazo prematuro en contraste con las adolescentes que perciben que en el lugar donde viven la comunidad se apoya mutuamente ante situaciones de emergencia y dificultad y que además tienen conocimiento de al menos una organización que trabaje en pro de la adolescencia y la juventud.

Cuadro 14

Aquellas adolescentes hijas de madres que también se embarazaron prematuramente antes de los 19 años de edad, tienen 5.5 veces más riesgo de embarazo precoz con un OR de 5 e intervalos de confianza al 95% mayor a 1, en contraste a las que sus madres no tuvieron el primer embarazo sino hasta después de los 19 años. **Cuadro 15**

Con un OR de 5.3 e intervalos de confianza al 95% entre 2.8 y 10.16 las adolescentes que no conviven con ambos padres antes de los 15 años de edad tienen 5 veces más riesgo de embarazo prematuro en comparación con las que si cohabitaban con ambos progenitores antes de los 15 años.

Cuadro 16

En lo que respecta a la Violencia sexual se obtuvo un OR de 5.3 con intervalos de confianza al 95% mayor a 1 lo que indica que las adolescentes que antes de los 15 años sufrieron violencia sexual que con existencia de penetración genital tienen 5.3 veces más riesgo de embarazo precoz que aquellas adolescentes que no pasaron por la misma situación. **Cuadro 17**

Para la violencia física se obtuvo un OR de 4.15 con intervalos de confianza al 95% entre 1.9 y 8.9 que se interpreta como que las adolescentes que sufrieron algún tipo de violencia física antes de los 15 años tienen 4 veces más riesgo de embarazo que aquellas que no la experimentaron.

Cuadro 18

De acuerdo a los resultados las adolescentes en cuyas familias no se abordan temas de sexualidad tienen 4 veces más riesgo de embarazo que aquellas en las que estos temas son abordados abiertamente en el hogar, con un OR de 4 e intervalos de confianza 95% mayor a la unidad.

Cuadro 19

Conforme a los resultados las adolescentes que no perciben apoyo familiar medido a través de una escala evaluadora tienen 3.7 veces más riesgo de embarazo que aquellas que si reciben apoyo de sus familiares medido con la misma escala (OR de 3.7 e intervalos de confianza entre 1.7 y 8.1).

Cuadro 20

En cuanto al antecedente de trabajo infantil se obtuvo un OR de 3.7 e intervalos de confianza al 95% mayores a la unidad por lo que las adolescentes que tuvieron un trabajo por el que percibieron algún tipo de ingreso antes de los 15 años tienen 3.7 veces más riesgo de embarazo que aquellas que no trabajaron en el periodo infantil. **Cuadro 21**

Para el número de compañeros sexuales se obtuvo un OR de 3.5 con intervalos de confianza al 95% mayores a 1 por lo que las adolescentes que han tenido más de una pareja sexual tienen 3.5 veces más riesgo de embarazo que aquellas que han tenido una o menos de una pareja sexual.

Cuadro 22

Para la variable antecedente de embarazo adolescente en una amiga cercana se calcula un OR de 2.4 con intervalos de confianza al 95% mayores a la unidad por lo que aquellas adolescentes que tienen al menos una amiga que salió embarazada en la adolescencia tienen 2.4 veces más riesgo de embarazo precoz en contraste con aquellas que no la tienen. **Cuadro 23**

En lo respectivo a las actitudes de género y sexualidad en las adolescentes se obtuvo un OR de 2.4 con intervalos de confianza al 95% mayores a uno por lo que se interpreta que las adolescentes que no tienen actitudes e ideas equitativas sobre no discriminación de alguno de los géneros sobre el otro, medidas por medio de una escala tienen 2.4 veces más riesgo de embarazo que aquellas que tienen actitudes de género equitativas medidas con la misma escala. **Cuadro 24**

Hablando sobre la edad de inicio de la vida sexual se calcula un OR de 1.7 con intervalos de confianza entre 1.4 y 2.09 por lo que las adolescentes que ya iniciaron su vida sexual y lo hicieron antes de los 15 años tienen 1.7 veces más riesgo de embarazo precoz que las que la iniciaron hasta después de los 15 años. **Cuadro 25**

En cuanto a la práctica de una religión se calculó un OR de 1.3 e intervalos de confianza al 95% en el límite inferior menor de 1 y el superior mayor a 1 por lo que esta variable no tuvo significancia para el grupo de los casos ni para el de los controles. **Cuadro 26**

En el **grafico 5** se observa que en el grupo de los casos el 53% practicaba un credo religioso mientras que en los controles el 60% profesaba una religión por lo cual hay una diferencia de únicamente 9% entre un grupo y otro lo que puede explicar que al calcular el riesgo por medio del OR la variable de Religión no tuvo asociación directa con la ocurrencia del embarazo.

Como resultados de la variable pobreza se obtuvo un OR de 1.08 con intervalos de confianza al 95% en límite inferior por debajo de 1 y límite superior mayor de 1 por lo que esta variable no tuvo asociación con el embarazo en el grupo de los casos ni en el de los controles. **Cuadro 27**

En el **grafico 7** se observa que en el grupo de los casos el 16% tenía las necesidades básicas insatisfechas y en el grupo de controles el 15% tenía las necesidades básicas insatisfechas dejando un 1% de diferencia entre un grupo y otro únicamente, lo que explica que al calcular el OR para la variable pobreza esta no tenga asociación con la ocurrencia del embarazo en las adolescentes, pues en este acápite tanto casos como controles se encuentran en igual de condiciones. **Cuadro 28**

La variable Violencia Sexual hacia un familiar conocido dio como resultado un OR de 0.722 con intervalos de confianza al 95% en rango inferior por debajo de 1 y rango superior por encima de 1 por lo que las adolescentes que tienen un familiar que sufrió abuso sexual con existencia de penetración genital no se constituye como un factor protector ni de riesgo en la ocurrencia de embarazo adolescente según este estudio. **Cuadro 29**

En el **grafico 8** podemos observar que el 100% de los casos y el 100% de los controles tenían conocimiento sobre la existencia y funcionamiento de los diferentes métodos anticonceptivos, por lo tanto esta variable no se constituye como un factor de riesgo ni un factor protector sobre la ocurrencia de embarazo en la adolescencia. **Cuadro 30**

Factores socio-culturales protectores que aportan a evitar la ocurrencia de embarazo en las adolescentes.

A través de los resultados previos en ninguna de las variables implicadas se obtuvo el OR necesario para considerarlas como protectoras, sin embargo se puede determinar estos factores protectores obteniendo el inverso del OR de cada factor de riesgo luego restándolo a la unidad y posteriormente

multiplicándolo por 100 para obtener el porcentaje de protección, de esta manera se pudo determinar lo siguiente:

Si se dijo que las adolescentes casadas o en unión libre tienen 83.7 veces más riesgo de embarazo de acuerdo a su OR se realiza la operación:

$$1/83.7 = 0.1194$$

$$1 - 0.1194 = 0.8806$$

$$(0.8806)(100) = 88.06$$

Por lo tanto *ser soltera* da una ventaja a los controles sobre los casos ya que estas tienen 88.06% más protección frente al embarazo en relación a los casos que están casadas o en unión libre que como se dijo previamente tienen 84 veces más riesgo de embarazo. **Cuadro 7**

Realizando la misma operación para cada variable se determinó que *La escolaridad igual o mayor al tercer año de secundaria* da un 98.5% más protección contra el embarazo frente a las que alcanzaron un nivel académico inferior a este o eran iletradas. **Cuadro 8** Siempre en el apartado de la educación *Ser estudiante* da una protección de 96.05% superior en contra del embarazo en contraste a las amas de casa o comerciantes. **Cuadro 10**

El uso de métodos Anticonceptivos se constituye como un factor protector puesto que las que los usan tienen 96.7% más protección frente al embarazo en comparación con aquellas que no los utilizan. **Cuadro 9** En cuanto al *Acceso a métodos Anticonceptivos*, aquellas adolescentes que tienen acceso con facilidad a algún tipo de método tienen 90% más protección. **Cuadro 12**

La escolaridad de los padres mayor igual al tercer año de secundaria se constituye como factor protector frente al embarazo prematuro, puesto que las hijas de padres que llegaron inclusive hasta la educación superior se encuentran 91.87% más protegidas que las hijas de padres con baja escolaridad. **Cuadro 11**

La Autoestima Alta da 86.4% más protección frente al embarazo precoz. **Cuadro 13**

El *Apoyo Social* se posiciona de igual forma como protector puesto que las adolescentes que perciben algún tipo de apoyo social o de organizaciones en la comunidad donde viven tienen 82.7% más protección frente al embarazo. **Cuadro 14.** *El Apoyo percibido por la Adolescente por parte de la Familia* constituye un factor de protección siendo que aquellas adolescentes que reciben

algún tipo de apoyo proveniente de su familia ya sea moral o económico tienen 73% más protección que aquellas que no perciben el mismo apoyo. **Cuadro 20**

No Antecedentes de Embarazo adolescente en la madre, las hijas de madres que no se embarazaron antes de los 19 años se encuentran 81% más protegidas de embarazarse durante su adolescencia. **Cuadro 15**

Convivir con ambos padres antes de los 15 años da una ventaja a los controles sobre los casos pues se encuentran 81% más protegidas de embarazarse precozmente. **Cuadro 16**

No haber sufrido abuso sexual antes de los 15 años es también un factor protector puesto que las adolescentes que no sufrieron violación con existencia de penetración genital tienen 81% más protección de embarazarse antes de cumplir 19 años. **Cuadro 17**

No haber sufrido violencia Física antes de los 15 años brinda 75.91% más protección contra el embarazo precoz que en aquellas que antes de los 15 años sufrieron de algún tipo de violencia física principalmente en el núcleo familiar. **Cuadro 18**

Abordaje de temas de sexualidad en la familia brinda una ventaja al grupo de los controles puesto que aquellas adolescentes en cuyos hogares se aborda de manera abierta la sexualidad se encuentran 75% más protegidas que aquellas donde estos temas son percibidos como tabú. **Cuadro 19**

No haber Sufrido de Trabajo Infantil antes de los 15 años es otro factor que contribuye a evitar el embarazo en la adolescencia ya que las adolescentes que no trabajaron antes de los 15 años tienen 73% más protección que aquellas que si lo hicieron. **Cuadro 21**

Haber tenido solo una o menos de una pareja sexual da una ventaja puesto que las adolescentes de este grupo están 71.43% más protegidas de embarazo precoz que aquellas que han tenido más de una pareja sexual. **Cuadro 22**

No tener amigas cercanas que hayan sufrido de embarazo adolescente se constituye en una ventaja puesto que las que componen este grupo se encuentran 58.34% más protegidas de embarazarse siendo adolescentes. **Cuadro 23**

Tener Actitudes Equitativas sobre género y sexualidad protege a las adolescentes 59.35% más de embarazarse prematuramente en comparación con aquellas cuyas actitudes de género y sexualidad no son equitativas. **Cuadro 24**

Iniciar la Vida Sexual después de los 15 años protege a las adolescentes 42.86% más contra el embarazo antes de los 20 años de edad, en contraste con aquellas que iniciaron la sexualidad antes de los 15 años. **Cuadro 25**

Practicar una religión, Vivir con necesidades básicas insatisfechas, Tener conocimientos sobre métodos anticonceptivos y los *Antecedentes de violencia sexual hacia un familiar conocido* no se constituyeron como factores de riesgo ni protectores puesto que en estos apartados tanto los casos como los controles se encontraban en igualdad de condiciones por lo que no se arrojaron datos estadísticos significativos sobre fuerza de asociación con la ocurrencia de embarazo adolescente.

Discusión y Análisis de Resultados.

Hallazgos del Estudio.

El estudio permitió encontrar hallazgos que ayudan a aceptar la hipótesis planteada que establece que existe asociación entre la ocurrencia del embarazo adolescente, en las adolescentes que habitan en los barrios de cobertura del centro de salud Francisco Buitrago con los factores de riesgo de índole Sociocultural entre los que se destacan el nivel educativo, el estado civil, el nivel de autoestima, la convivencia con los padres y el antecedente de embarazo adolescente en la madre. Se evidencio además que algunas variables como Practicar una religión, Vivir con necesidades básicas insatisfechas y tener conocimientos sobre métodos anticonceptivos no tuvieron significancia mayor en el acaecimiento de embarazo en dichas adolescentes.

Limitaciones del Estudio.

Algunas limitaciones encontradas a considerar es el sesgo de información puesto que al tratarse de un tema sensible y privado existe la posibilidad que durante la encuesta la adolescente participante pudiera falsear las respuestas por temor al prejuicio o por no haber dispuesto de privacidad suficiente durante el ejercicio, situación que se compenso con el hecho de haber aplicado la máxima empatía y confidencialidad posible valiéndonos de la experiencia en atención al paciente y de la habilidad de colaboradores con practica en el área de psicología y comunicación. En cuanto al tamaño de la muestra se dice que en estudios de casos y controles se obtienen resultados más cercanos a la realidad cuando se tienen dos controles por cada caso, sin embargo por cuestiones técnicas y presupuestarias este estudio se realizó de manera pareada teniendo un caso por cada control que de igual manera brinda información importante sobre el tema que se ha investigado pues proporciona datos suficientes para la realización del estudio.

Relación de los resultados con las conclusiones de otras investigaciones.

Estos resultados guardan relación con lo que sostiene (Vásquez, Febrero-Agosto 2001) que encontró que la escolaridad menor a primaria completa tiene un riesgo de 5.64 de embarazo precoz, aspecto que también concuerda con (Di Cesare & Rodriguez Vignoli, 2006) que establecen que en

particular, entre las jóvenes, el aumento del nivel de educación se asocia con menores índices de fecundidad y de reproducción temprana así mismo se corresponde con (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017) que plantea que la maternidad temprana también está asociada con niveles bajos de escolaridad y participación reducida y precaria en el mercado laboral. Debido a la baja reinscripción escolar observada en mujeres que quedan embarazadas en la adolescencia, estas continúan con bajos niveles de escolaridad durante el resto de sus vidas. Las mujeres que fueron madres en la adolescencia solo alcanzan a terminar la primaria y apenas un 5.3% logra cursar la universidad. En cambio, las mujeres que por primera vez fueron madres después de los 19 años llegan hasta 3er año de la secundaria y 2 de cada 10 alcanza estudios universitarios. Este mismo apartado es abordado por (Peña et. al, y otros, 2012) en su estudio sobre embarazo en adolescentes rurales de Nicaragua quienes encontraron que existe 3.29 veces más riesgo de embarazo en adolescentes que cursan estudios menores a 6to grado.

En lo que respecta al estado civil los resultados de este estudio se corresponden de igual manera con lo planteado por (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017) que expresa que las mujeres que conviven o alguna vez convivieron con una pareja tienen entre 20% y 30% mayor probabilidad de quedar embarazada en relación a estar soltera, situación que es también evidenciada por (CEPAL y OIJ, 2004) que respecto de la relación entre maternidad temprana y estado conyugal, encontró que la maternidad adolescente fuera de uniones o matrimonios se da especialmente en el grupo de 15 a 17 años, perteneciente a los sectores más pobres y mayormente expuestos a procesos de exclusión temprana (del sistema educativo y de inserción precaria y temprana en el mercado de trabajo). (Peña et. al, y otros, 2012) encontró 5.29 veces más riesgo de embarazo en adolescentes casadas o acompañadas en contraste con las solteras, en este apartado el estudio de FUNIDES (Alvaro Altamirano, 2016) el estado civil de las adolescentes también es un factor próximo relevante, especialmente para aquellas adolescentes unidas/casadas, porque la unión conyugal representa el contexto primario de vida reproductiva. Comparadas con las adolescentes solteras, las adolescentes unidas, casadas, y separadas poseen 21.2%, 21.2%, y 29.8% mayores probabilidades de quedar embarazadas, respectivamente.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos los resultados son concordantes con (CEPAL, 2007) y (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017) donde se plantea que la probabilidad de embarazo en la adolescencia es 12% y 16% menor cuando la adolescente utiliza

métodos anticonceptivos modernos así mismo planteado por (Argota, Larrea, García, & Despeine, 2007) que dice que las adolescentes que no utilizan métodos anticonceptivos tienen 2.7 más riesgo de embarazo en contraste con las que sí lo hacen.

Los resultados obtenidos referentes a la variable de ocupación los hallazgos son similares a lo planteado por (Di Cesare & Rodríguez Vignoli, 2006) donde se dice que las adolescentes que entran al mundo del trabajo están cumpliendo, de hecho, un rito de iniciación a la adultez, lo que las acerca a la reproducción sumado al hecho de ser proveedor de ingreso puede por un lado aumentar el riesgo de embarazo (la mujer ya está proyectada en su papel adulto), y por el otro, bajarlo (incompatibilidad entre trabajo e hijos). Tratando de despejar esta duda, estudios recientes han mostrado que la maternidad precoz se asocia con deserción escolar que en el corto plazo lleva al ingreso algunas muchachas al mercado del trabajo, pero que en el largo plazo es un factor que inhibe de la participación laboral femenina (Rodríguez, 2005).

Abordando el tema de la escolaridad de los padres los resultados de este estudio son compatibles con lo encontrado por (Ayala Aguilar & García Posada, 2001) quienes exponen que el hecho de que la madre y/o el padre de la adolescente no haya concluido la primaria se constituye como un factor de riesgo importante para la ocurrencia de embarazo precoz con una RM de 33 y 7.6 respectivamente, pero se contrasta con (Peña et. al, y otros, 2012) en donde el nivel de escolaridad de la madre o del padre, de manera independiente, no presentó relación significativa con el antecedente de embarazo en la adolescente muy probablemente debido a que este estudio fue realizado en el área rural de Nicaragua donde hay igualdad de condiciones en este apartado puesto que la mayoría de la población es de baja escolaridad o iletrado lo que no es regla general en el casco urbano de Managua.

Hablando sobre el acceso y uso de métodos anticonceptivos los resultados obtenidos son congruentes con lo expresado por (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2017) que reporta que la probabilidad de embarazo en la adolescencia es 12% y 16% menor cuando la adolescente utiliza métodos anticonceptivos modernos (entre ellos métodos hormonales, esterilización y el DIU) y de barrera (principalmente preservativos), respectivamente así mismo coincide con (Di Cesare & Rodríguez Vignoli, 2006) donde postulan que la variable intermedia “uso de anticonceptivos” es la más importante para explicar el descenso abrupto de la fecundidad

acaecido en las ultimas decadas en el mundo y en la region, particularmente en los 30 años recientes.

En el apartado de Autoestima se encontró que la baja autoestima aumenta el riesgo de embarazo en adolescentes 7.4 veces, hecho que se corresponde con lo que sostienen algunas investigaciones que revelan que la asociación de la autoestima con la edad de inicio de actividad sexual es significativa (Paul, Fitzjjhon, Herbison&Dickson, 2000; Spencer, Zimet, Alazma&Orr, 2002; Whitaker, Miller & Clark, 2000), de esta misma manera es congruente con (Peña et. al, y otros, 2012) en su estudio sobre determinantes de riesgo en embarazo en adolescentes rurales de Nicaragua donde se determinó que la baja autoestima incrementa el riesgo de embarazo 4.64 veces más, en este estudio de igual manera se utilizó la escala de rosenberg para la medición del nivel de autoestima.

El Antecedente de embarazo adolescente en la madre en este estudio se constituyó como un factor de riesgo para la ocurrencia de embarazo precoz hecho que se corresponde con los hallazgos encontrados por (Peña et. al, y otros, 2012) quienes a través de sus encuestas comprobaron que el antecedente de embarazo adolescente en la madre de la joven fue un factor de riesgo de embarazo entre 10 y 16 años en las hijas (OR: 1.87; IC95% 1.11-3.15), pero se contrasta con este mismo estudio en la historia de embarazo adolescente en una amiga, que en un análisis bivariado en el área rural de Nicaragua no fue significativa, sin embargo en nuestro estudio aquellas adolescentes que tienen al menos una amiga que salió embarazada en la adolescencia tienen 2.4 veces más riesgo de embarazo precoz en contraste con aquellas que no la tienen, probablemente debido en que el área urbana la tendencia es que las jóvenes pasen más tiempo con las amistades y la influencia de estas sobre sus actitudes y comportamiento es más preponderante que en el área rural.

Los hallazgos de nuestro estudio igualmente se corresponden con (Hobcraft y Kiernan, 2001; Manlove et al., 2000; Manlove, 1997), quienes encontraron que la “herencia” intergeneracional es estadísticamente significativa puesto que si la muchacha es hija de madre adolescente tiene mayor probabilidad de tener un hijo en edades tempranas y este efecto persiste incluso si se controlan variables socioeconómicas.

En cuanto a la convivencia con uno o ambos padres en nuestro estudio se encontró que las adolescentes que no conviven con ambos padres antes de los 15 años de edad tienen 5 veces más

riesgo de embarazo, lo que se corresponde con (Argota, Larrea, García, & Despeine, 2007), aunque en menor medida puesto que en su estudio realizado en Cuba evidenciaron que las adolescentes que no conviven con sus padres tienen 1.54 más riesgo de embarazo prematuro, así mismo es congruente con (Robbins et al., 1985) quien postula que las niñas que crecen en estructuras familiares con ambos padres tienen una menor probabilidad de embarazo adolescente respecto de las que crecen en familias mono parentales o afuera de su familia de origen.

En lo correspondiente a la violencia sexual en este estudio se encontró que las adolescentes que antes de los 15 años sufrieron violencia sexual que con existencia de penetración genital tienen 5.3 veces más riesgo de embarazo precoz que aquellas adolescentes que no pasaron por la misma situación, hallazgos que se relacionan con lo evidenciado por (Medicina Legal Nicaragua, 2012) en el anuario del instituto de medicina legal de Nicaragua cuyos datos muestran que en el 2012 el 73% de los casos de violencia sexual que se atendieron las víctimas fueron niñas y adolescentes y que la mayoría de los agresores pertenecen a su círculo familiar situación que estaría incidiendo en los embarazos en las adolescentes.

La violencia Física sin penetración se constituyó en nuestro estudio como factor de riesgo puesto que las adolescentes que sufrieron algún tipo de violencia física antes de los 15 años tienen 4 veces más riesgo de embarazo que aquellas que no la experimentaron lo que es congruente con (Marsha Wood, 2011) quien en su estudio realizado en Inglaterra mostró que más de dos tercios de las mujeres que dieron a luz en su adolescencia había sufrido violencia en el hogar, igualmente mencionado por (Safersouthwark.org.uk, 2004-2005) que en los Estados Unidos encontró que un 70% de las madres adolescentes habían sido golpeadas por sus novios.

En lo que respecta al abordaje de temas de sexualidad en la familia los resultados del estudio indican que las adolescentes en cuyas familias no se abordan temas de sexualidad tienen 4 veces más riesgo de embarazo lo cual es proporcional con (Manlove et al., 2000) que dice que el riesgo de quedar embarazadas disminuye para las niñas que hablan con sus padres de sexualidad, de igual manera se corresponde con (Luis Alfonso Mendoza Tascón, 2016) quien en su artículo para Scielo refiere que la educación sexual adecuada impartida en hogares, colegios y servicios de salud, aunada a programas de “opciones de proyectos de vida”, resolución de problemas y habilidades

para la toma de decisiones, comunicación asertiva con los padres y equipos de salud en temas de sexualidad, se han descrito como factores que reducen las tasas de embarazo en adolescentes.

En este estudio se determinó que las adolescentes que tuvieron un trabajo por el que percibieron algún tipo de ingreso antes de los 15 años tienen 3.7 veces más riesgo de embarazarse precozmente, lo que se puede explicar con las teorías de (Rodríguez, 2005) que postula que si las muchachas entran al mundo del trabajo están cumpliendo, de hecho, un rito de iniciación a la adultez, lo que las acerca a la reproducción y el ingreso a la fuerza de trabajo puede ser precisamente resultado de una maternidad temprana.

Respectivo al número de compañeros sexuales se determinó que las adolescentes que han tenido más de una pareja sexual tienen 3.5 veces más riesgo de embarazo muy similar a lo evidenciado en Cuba por (Argota, Larrea, García, & Despeine, 2007) quienes en su estudio encontraron que la promiscuidad en las adolescentes favorece el 3,86 veces la aparición del embarazo precoz.

Concerniente a la edad de inicio de la vida sexual en este estudio esta se constituyó como un factor de riesgo para embarazo adolescente, pero no altamente significativo puesto que el iniciar la vida sexual antes de los 15 años predispone únicamente 1.7 veces más para embarazo precoz en contraposición a las que las que iniciaron la sexualidad hasta después de los 15 años, lo que se corresponde con (Peña et. al, y otros, 2012) quienes en su estudio sobre embarazo en adolescentes rurales de Nicaragua evidenciaron que este riesgo es mucho mayor con un incremento del riesgo en 12.9 en aquellas que inician su vida sexual antes de los 14 años similar a (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva.) que identificó que iniciar la vida sexual antes de los 15 años aumenta 11% la probabilidad de quedar embarazada en la adolescencia en comparación con esperar hasta los 15 años, lo que podría explicarse con el hecho de que en las zonas rurales el acceso a la educación, métodos de planificación familiar, y el abordaje de temas de sexualidad tanto en la familia como en la escuela es más reducido.

Referente a las actitudes de género en esta investigación se logró establecer que las adolescentes que no tienen actitudes e ideas equitativas sobre no discriminación de alguno de los géneros sobre el otro tienen 2.4 veces más riesgo de embarazo que aquellas que tienen actitudes de género equitativas lo que puede encontrar explicación en las teorías planteadas por (Geldstein & Pantelides, 2001) quienes citan que otro factor que puede traducirse en vulnerabilidad al embarazo temprano

lo constituyen las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, las posibles dimensiones de este factor van desde definiciones culturales acerca de la conducta de género (cómo se supone que debe comportarse una chica *vis avis* un chico) pasando por el grado en el que se le asigna una doble moral a los géneros en cada grupo social, hasta el grado de violencia de género, de coerción y de abuso sexual existente en cada uno de estos grupos.

La variable Religión en nuestra investigación no tuvo significancia estadística lo que se contrasta con (Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva.) que postula que cuando la adolescente pertenece a una religión la probabilidad de embarazo disminuye en 18% así mismo es contrario a lo que encontró (Peña et. al, y otros, 2012) en el estudio sobre embarazo en las adolescentes rurales de Nicaragua donde La Religión fue encontrada como un factor protector es decir según este estudio aquellas que practican alguna religión tienen 48% menos probabilidades de embarazarse durante su adolescencia este hecho puede explicarse debido a que en las zonas rurales la práctica de una religión e identificarse con un credo específico es tomado a manera más estricta lo que no es norma general en las zonas urbanas, suceso que puede respaldarse por (Leite, 1997) que describe que la influencia del catolicismo (es este el caso de la mayoría de los países de América Latina) se expresa más bien en programas y políticas públicas relacionadas con la familia y la salud, y no tiene efectos significativos en el comportamiento individual salvo grupos practicantes rigurosos.

Respecto a la variable Pobreza el estudio evidenció que no existió asociación entre esta y la ocurrencia de embarazo adolescente lo que se difiere de (Peña et. al, y otros, 2012) donde sí se encontró significancia estadística aunque mínima ya que en este estudio realizado en el área rural de Nicaragua el vivir con necesidades básicas insatisfechas incrementa el riesgo de embarazo en 1.22 veces, lo que se puede explicar en que el suceso de embarazo está más relacionado a otros aspectos como lo plantean (Flórez y Nuñez, 2003; Guzmán y otros, 2001; Hanson et al., 1987), para quienes el efecto de la pobreza no es tan importante como otras variables familiares como por ejemplo el control de los padres y otras características de la estructura familiar que parecen estrechamente asociadas al riesgo de embarazo durante la adolescencia; sin embargo para (Peña et. al, y otros, 2012) en la ruralidad de Nicaragua, la pobreza generalizada determinó limitaciones en el acceso de las adolescentes y sus familias a los servicios básicos, la salud y la educación que les permitiera un desarrollo más equilibrado y les proporcionara herramientas para la construcción

de un proyecto de vida, constituyéndose por sí misma como una determinante importante de embarazo en adolescentes lo que no parece aplicar en la urbe.

El conocimiento sobre métodos anticonceptivos fue otra de las variables que en esta investigación no tuvieron significancia con el acontecimiento de embarazo en las adolescentes puesto que tanto casos como controles se encontraban en igualdad de condiciones, lo que es contrastante con lo encontrado por (Argota, Larrea, García, & Despeine, 2007) en Cuba donde se encontró una significancia menor donde las que no tienen conocimientos acerca de la sexualidad tiene 1.4 mayor riesgo de embarazarse, lo que puede explicarse debido al hecho de que conocer sobre métodos no es garantía de su utilización lo que convierte a la variable uso de métodos anticonceptivos en la principal protagonista.

Aplicaciones e Implicaciones de los Resultados obtenidos

Los resultados obtenidos a través de la investigación son de trascendental importancia ya que permitieron determinar con precisión cuáles son los factores de riesgo socioculturales que específicamente tienen más preponderancia en el acontecimiento de embarazo adolescente en un área del casco urbano de la ciudad de Managua, si bien en la literatura internacional e inclusive a nivel local estos ya se exponen, estos resultados permiten crear recomendaciones holísticas más puntuales y particulares dirigidas a intervenir en los factores más sobresalientes y de esta manera lograr que la efectividad de estas intervenciones sea mayor.

Conclusiones

La investigación realizada determino que para los casos el grupo etario predominante fue los 18 años con 24% (22 casos), predomino la escolaridad < Tercer año de Secundaria con el 83% (75 casos), el 65% de su total eran casadas o en unión libre (59 casos), en cuanto a la etnia el 100% del total de los casos eran mestizas (90 casos), respectivo a la práctica de una religión en este grupo el 58.8% se consideraba practicante de un credo religioso (53 casos) y en la ocupación la mayoría de los casos con el 64,4% del total (58 casos) eran comerciantes o amas de casa, por el contrario en el grupo de controles la edad preponderante se hayo en los 16 años con el 27% (25 controles) la mayoría el 93% (84 controles) obtuvieron una escolaridad > Tercer año de Secundaria, el 97.7% eran solteras (88 controles), el grupo étnico predominante fue el mestizo con el 95.5% del total (86 controles), se evidencio que el 66.6% (60 controles) eran practicantes o creyentes en una religión y concerniente a la educación en este último grupo el 93,3% eran estudiantes (84 controles).

Se estableció la asociación de factores de riesgo social y cultural con la ocurrencia de embarazo adolescente y por orden de importancia se encontró ***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.

En segundo lugar se ubicó ***la escolaridad < 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.

En tercer lugar se encontró ***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 embarazo prematuro en oposición a las que si utilizan algún tipo de método posterior al inicio de su vida sexual.

La ocupación se ubicó en cuarto lugar teniendo que las adolescentes que son amas de casa o se desempeñan en el comercio tienen 25 veces más probabilidades de embarazarse en contraste con las que únicamente se dedican a estudiar.

Consecutivamente se ubicó el ***Acceso a métodos anticonceptivos*** dado que aquellas adolescentes que no tienen fácil acceso a estos tienen 11 veces más riesgo de embarazo prematuro.

A través de la investigación se pudo probar la existencia de factores no significantes entre los cuales se mencionan: ***Practicar una religión, Vivir con necesidades básicas insatisfechas y Tener conocimientos sobre métodos anticonceptivos.***

El estudio proporciono igualmente información necesaria para determinar la existencia de factores protectores que ayudan a evitar la ocurrencia de embarazo en las adolescentes pudiéndose establecer los siguientes: ***ser soltera*** da 88.06% más protección frente al embarazo en relación a los casos que están casadas o en unión libre, ***La escolaridad igual o mayor al tercer año de secundaria*** da un 98.5% más protección contra el embarazo frente a las que alcanzaron un nivel académico inferior a este o eran iletradas, Siempre en el apartado de la educación ***Ser estudiante*** da una protección de 96.05% superior en contra del embarazo en contraste a las amas de casa o comerciantes, ***El uso de métodos Anticonceptivos*** se constituye como un factor protector puesto que las que los usan tienen 96.7% más protección frente al embarazo en comparación con aquellas que no los utilizan, en cuanto al ***Acceso a métodos Anticonceptivos***, aquellas adolescentes que tienen acceso con facilidad a algún tipo de método tienen 90% más protección, ***La escolaridad de los padres mayor igual al tercer año de secundaria*** se constituye como factor protector frente al embarazo prematuro, puesto que las hijas de padres que llegaron inclusive hasta la educación superior se encuentran 91.87% más protegidas que las hijas de padres con baja escolaridad

Todo lo anterior permite aceptar la hipótesis planteada ya que se logró comprobar que existe asociación entre la ocurrencia de embarazo en las adolescentes que habitan en los barrios de cobertura del Centro de Salud Francisco Buitrago y los factores de riesgo de índole sociocultural.

Recomendaciones

Al SILAIS Managua:

1. Coordine acciones en conjunto con el MINED Managua para planteamiento de estrategias y actividades en común para el beneficio de las y los adolescentes de nuestro país.
2. Redoble esfuerzos de los organismos ya establecidos en cuanto a la atención de los adolescentes, haciendo ferias, charlas, simposios, convocatorias y clubes donde se fortalezca el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, ITS y educación sexual en general.
3. Que el ESAFC del sector planifique visitas periódicas a los centros escolares para brindar consejería a los adolescentes sobre P/F, ITS y educación sexual.
4. Implemente el ECMA al igual que se hace en las zonas rurales para que funcione adecuadamente y capacitar personal en estos programas.
5. Realice capacitación a los maestros sobre métodos de P/F, prevención de embarazo adolescente, ITS y educación sexual de tal manera que se transmita información veraz y oportuna que ayude a disminuir el índice de embarazo en adolescentes y las ITS.
6. Haga uso de los medios de comunicación escritos y audiovisuales para promocionar el uso de métodos anticonceptivos y educar en sexualidad a la población.
7. Incentive y cree nuevas estrategias dirigidas al personal médico del área asistencial a que se aproveche cada momento de contacto con jóvenes y adolescentes durante la consulta para proporcionar un espacio donde se brinde consejería en materia de educación sexual y reproductiva así como sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos.
8. Retome la estrategia de UNICEF de “Habilidades para la vida”, para promover y acompañar a la adolescente; coordinado en conjunto con el Ministerio de Educación.

Al MINED Managua:

1. Realice campañas de búsqueda y captación de niños y adolescentes en los diferentes barrios con el objetivo de integrarlos al sistema educativo y garantizando una mayor escolaridad.
2. Asegure en los centros educativos programas de consejería escolar liderados en lo posible por profesionales en la materia (psicólogos, sexólogos, médicos) que contribuyan a la promoción de una educación integral de niñas, niños, adolescentes y de una cultura de

armonía, fomentando actitudes y comportamientos personales o colectivos adecuados que favorezcan el bienestar de la familia, centro educativo y comunidad.

3. Incluya en el pensum o plan de estudio la Educación sexual integral como materia requerida desde grados precoces adaptando el contenido al entendimiento y particularidad de cada grupo etario.
4. Organice talleres periódicos con los padres de familia o tutores de los niños y adolescentes que tengan la finalidad de abordar temas de sexualidad utilizando una comunicación transparente y asertiva con el fin proveerles las herramientas necesarias para que ellos mismos sepan manejar estas temáticas en el hogar e incidir en la reducción del tabú que envuelve a la sexualidad.
5. Provea a los niños, adolescentes y sus tutores de información sobre las diferentes entidades u organizaciones existentes en la comunidad que trabajan en pro de la adolescencia y la sexualidad y de qué manera pueden apoyarse en ellas.

A mi Familia

1. Cumpla con el marco jurídico con respecto a los derechos de las adolescentes a estar protegidas por su familia y comunidad, sobre todo las leyes que rigen el tema de matrimonio y uniones de hecho estable en menores de edad.
2. De seguimiento a los casos de niñas y adolescentes que sostienen una relación de pareja. Y que tenga mucha más presencia en aquellos casos donde se han reportado violencia doméstica y abuso sexual.

Bibliografía

- Castillo Venerio, M. (2007). *Fecundidad adolescente en Nicaragua: tendencias, rasgos emergentes y orientación política*. Santiago de Chile: CEPAL-UNFPA.
- Cataño Toro, D., Restrepo, S. A., Portilla, N. D., & Ramírez, H. D. (2008). *AUTOESTIMA Y SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES: VALIDACIÓN DE UNA ESCALA*. Colombia: Investigaciones Andina, vol. 10, núm. 16, 2008, pp. 57-66.
- Miranda Aburto, W. (28 de septiembre de 2012). Zonas rurales superan la media nacional, Chontales con alta tasa de embarazo adolescente. *Confidencial*.
- Rodríguez Gázquez, M. d. (2008). *Factores de riesgo para embarazo adolescente*. Colombia.
- Alvaro Altamirano, C. P. (2016). *Causas y consecuencias del embarazo adolescente en Nicaragua*. Managua: FUNIDES.
- Argota, R. A., Larrea, J. C., García, J. C., & Despeine, G. M. (2007). *Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia*. Santiago de Cuba.
- Ayala Aguilar, M. I., & García Posada, L. D. (2001). *Factores socioeconómicos y culturales relacionados con el embarazo en adolescentes de una*. Villahermosa, México: Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.
- Bay, G., Del Popolo, F., & Ferrando, D. (2003). *Determinantes próximos de la fecundidad. Una aplicación a países latinoamericanos*. Santiago de Chile.
- Camilo, A. (2012). *Diagnostico sobre la situación y causas del embarazo en adolescentes*. Chontales: ieepp.
- CEPAL, U. C. (2007). *Fecundidad adolescente en Nicaragua, tendencias*. Santiago de Chile sede para las Naciones Unidas.
- Di Cesare, M., & Rodríguez Vignoli, J. (2006). *Análisis micro de los determinantes de la fecundidad adolescente en Brasil y Colombia*. Toluca, México.
- Geldstein, R., & Pantelides, E. A. (2001). *Riesgo Reproductivo en la Adolescencia: Desigualdad Social y Asimetría de género*. Argentina: UNICEF.
- Gómez, P. I., Molina, R., & Zamberlin, N. (2011). *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe*. Lima Perú.

- Gupta, N. (1999). Comportamiento de la fecundidad de los adolescentes: tendencias y determinantes en el noreste de Brasil. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, volumen 25, numero 3.
- IPAS. (2016). *La violencia sexual, un factor determinante del embarazo infantil*. Mexico: IPAS.
- J., B. M. (1997). *Violence, Abuse and Adolescent Childbearing*. Family Planning Perspectives.
- Luis Alfonso Mendoza Tascón, D. I. (2016). *Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia*. Chile: REV CHIL OBSTET GINECOL Scielo.
- Marsha Wood, C. B. (2011). *Disadvantaged Teenagers, Intimate Partner Violence and Coercive Control*. NSPCC .
- Medicina Legal Nicaragua. (2012). *Anuario 2012*. Managua: Instituto de Medicina Legal.
- Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. (2017). Causas y Consecuencias economicas y Sociales del embarazo Adolescente en Nicaragua. *Mujeres de Liderazgo Haciendo lo Nuestro*, 4.
- Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. (s.f.). Causas y Consecuencias economicas y Sociales del embarazo Adolescente en Nicaragua. *Mujeres de Liderazgo Haciendo lo Nuestro*, 4.
- Nicasalud: Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. (s.f.). Embarazo en Adolescentes en Nicaragua: Contexto y acciones Estrategicas para su Reduccion. *Mujeres de Liderazgo Haciendo Lo Nuestro*.
- Peña et. al, R., Montoya., O., Valladares C., E., Castillo, M. E., Mendez, B., Quintanilla, M., . . . Ramos, H. (2012). *Embarazo en adolescentes rurales de Nicaragua, Determinantes de Riesgo y Proteccion e indicadores para su abordaje*. Managua Nicaragua: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
- Safersouthwark.org.uk. (2004-2005). *Domestic violence in adolescent relationships. Young people in Southwark and their experiences with unhealthy relationships*.
- UNICEF. (2013). *situacion del embarazo adolescentes en Argentina*.
- Vásquez, C. (Febrero-Agosto 2001). *Factores socioeconómicos asociados al embarazo en adolescentes en la Unidad de Medicina Familiar No. 66 de Xalapa, Veracruz, Mexico*. Mexico.

Anexos

Caracterización Sociodemográfica de la población en estudio.

Cuadro 1.

Embarazo de las Adolescente del Bo...../ Edad de las Adolescentes

		Edad de las Adolescentes						Total
		14	15	16	17	18	19	
Embarazo en la Adolescente	Caso	0	17	16	16	22	19	90
	Control	3	21	25	23	10	8	90
Total		3	38	41	39	32	27	180

Embarazo en la Adolescente / Edad de las Adolescentes

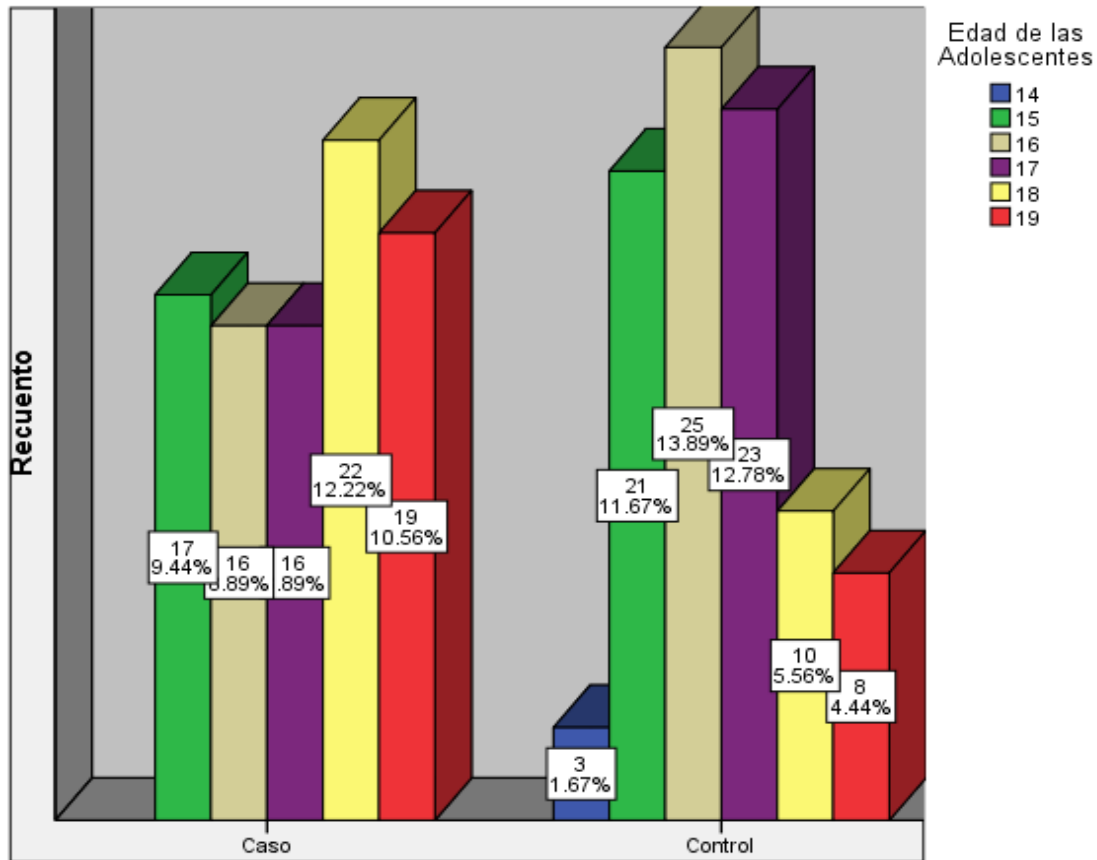


Grafico 1

Fuente Cuadro 1

Embarazo en la Adolescente /Escolaridad de las Adolescentes

		Escolaridad de las Adolescentes		Total
		< Tercer año de Secundaria	>Tercer año de Secundaria	
Embarazo en la Adolescente	Caso	75	15	90
	Control	6	84	90
Total		81	99	180

Cuadro 2

Embarazo en la Adolescente /Escolaridad de las Adolescentes

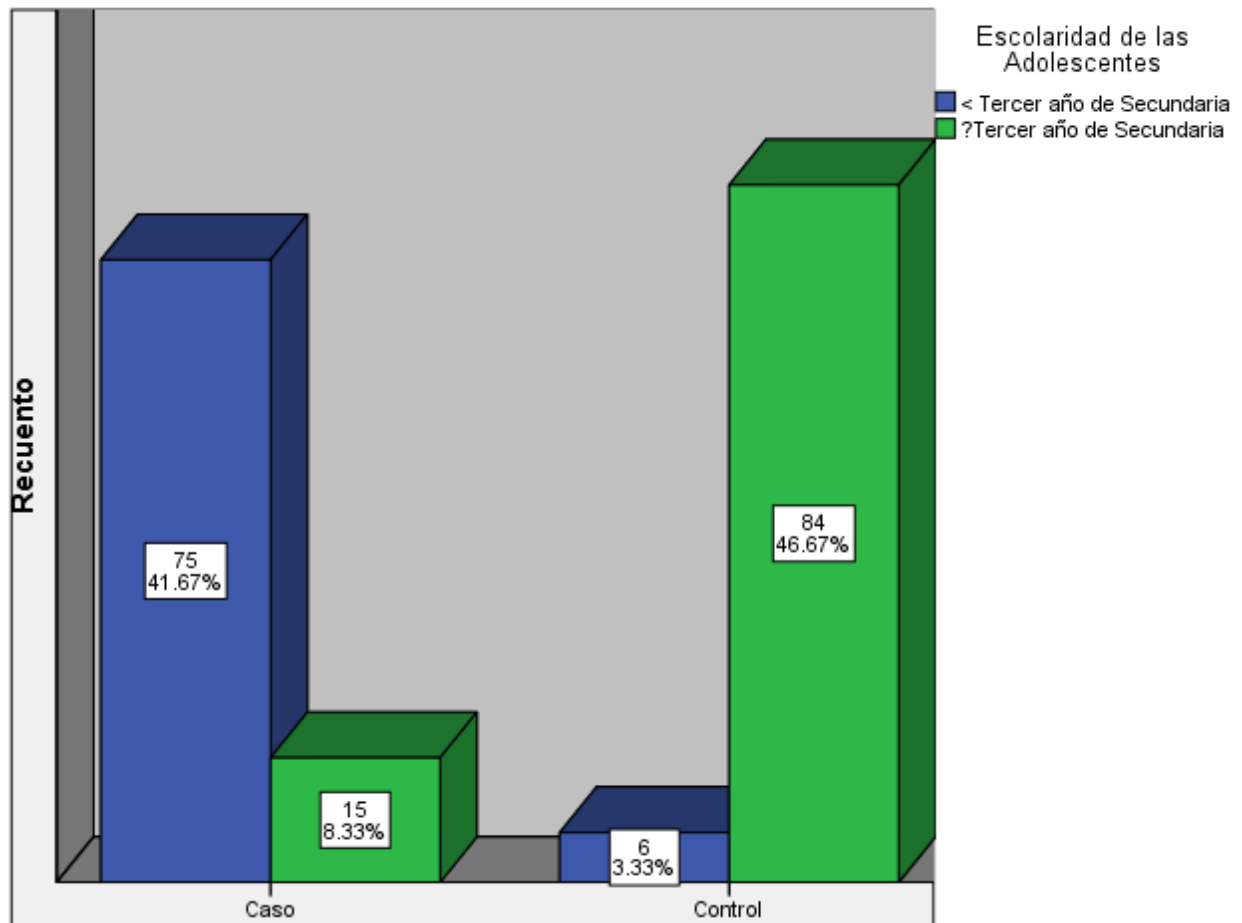


Grafico 2

Fuente Cuadro 2

Embarazo en la Adolescente / Estado Civil de las Adolescentes

		Estado Civil de las Adolescentes		Total
		Casada -Unión Libre	Soltera	
Embarazo en la Adolescente	Caso	59	31	90
	Control	2	88	90
Total		61	119	180

Cuadro 3

Embarazo en la Adolescente / Estado Civil de las Adolescentes

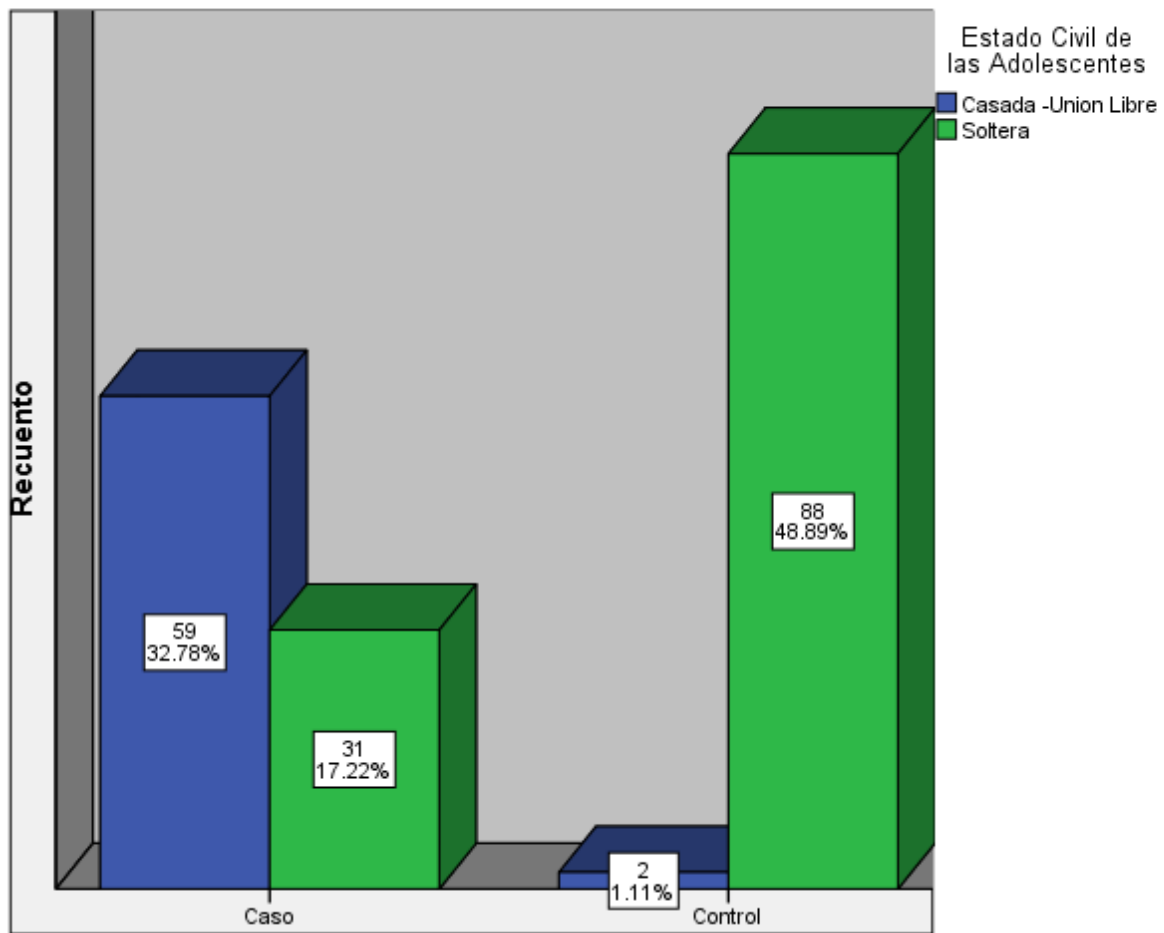


Grafico 3

Fuente Cuadro 3

Embarazo en la Adolescente /Etnia de las Adolescentes

		Etnia de las Adolescentes			Total
		Mestizo	Misquito	Afrodescendiente	
Embarazo en la Adolescente	Caso	90	0	0	90
	Control	86	2	2	90
Total		176	2	2	180

Cuadro 4

Embarazo en la Adolescente /Etnia de las Adolescentes

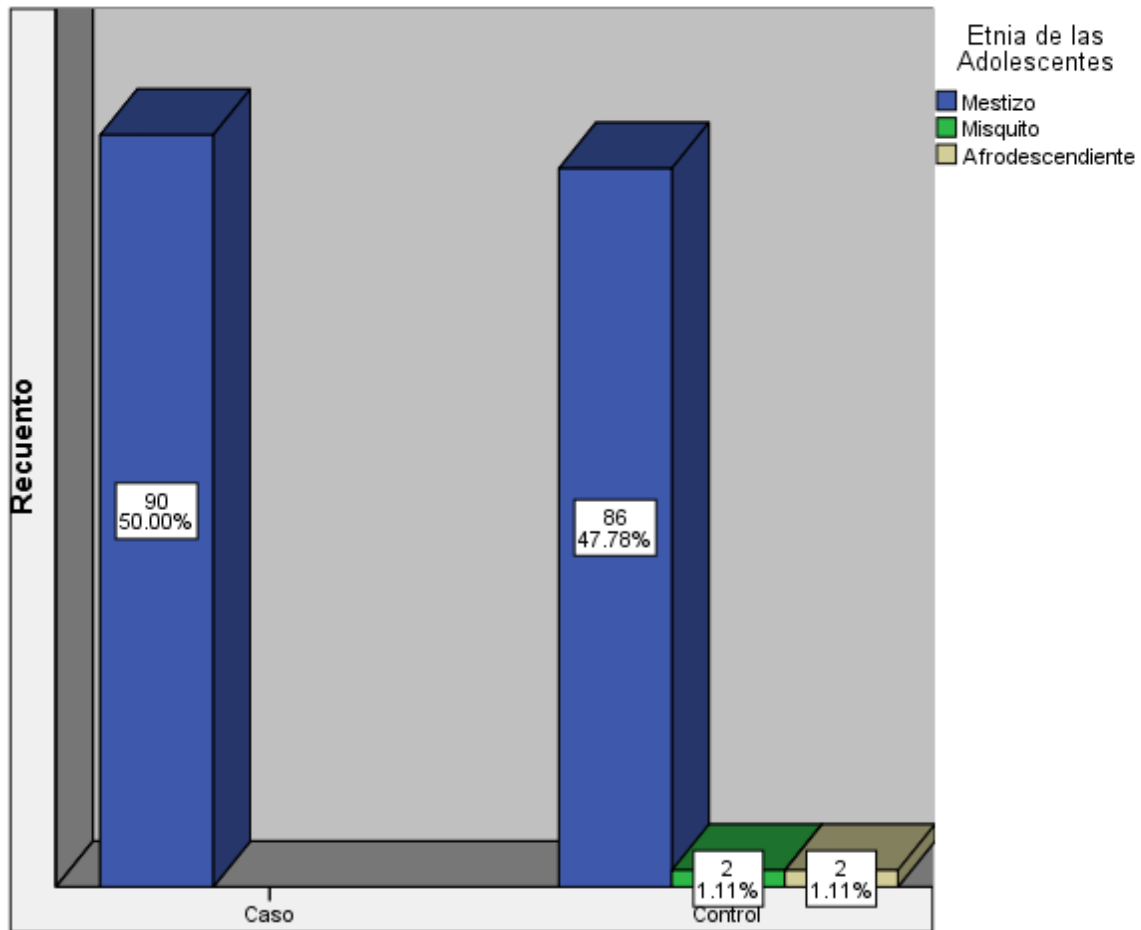


Gráfico 4

Fuente Cuadro 4

Embarazo en la Adolescente / Practica de Religión

		Practica de Religión por las Adolescentes		Total
		No	Si	
Embarazo en la Adolescente	Caso	37	53	90
	Control	30	60	90
Total		67	113	180

Cuadro 5

Embarazo en la Adolescente / Practica de Religión

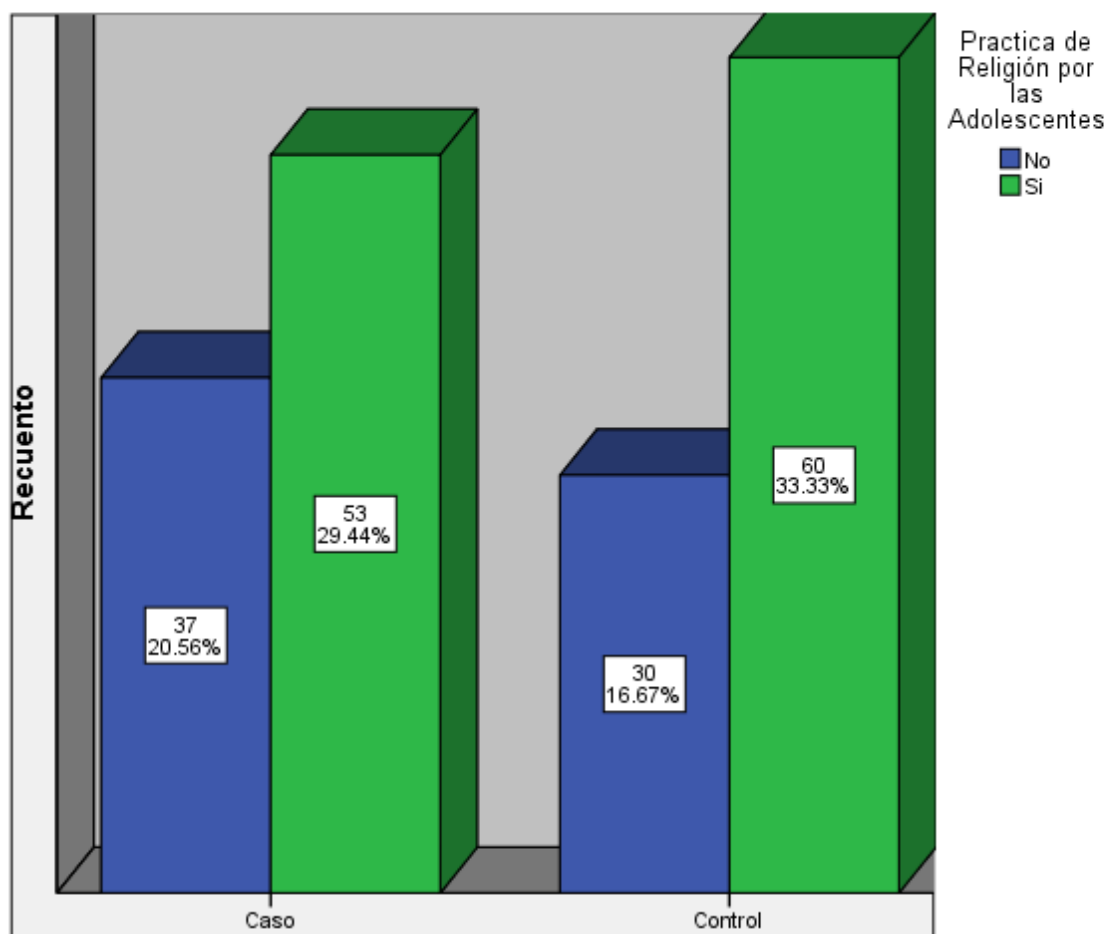


Grafico 5

Fuente Cuadro 5

Embarazo en la Adolescente /Ocupación

		Ocupación de las Adolescentes		Total
		Ama de casa/Comerciante	Estudiante	
Embarazo en la Adolescente	Caso	58	32	90
	Control	6	84	90
Total		64	116	180

Cuadro 6

Embarazo en la Adolescente /Ocupación

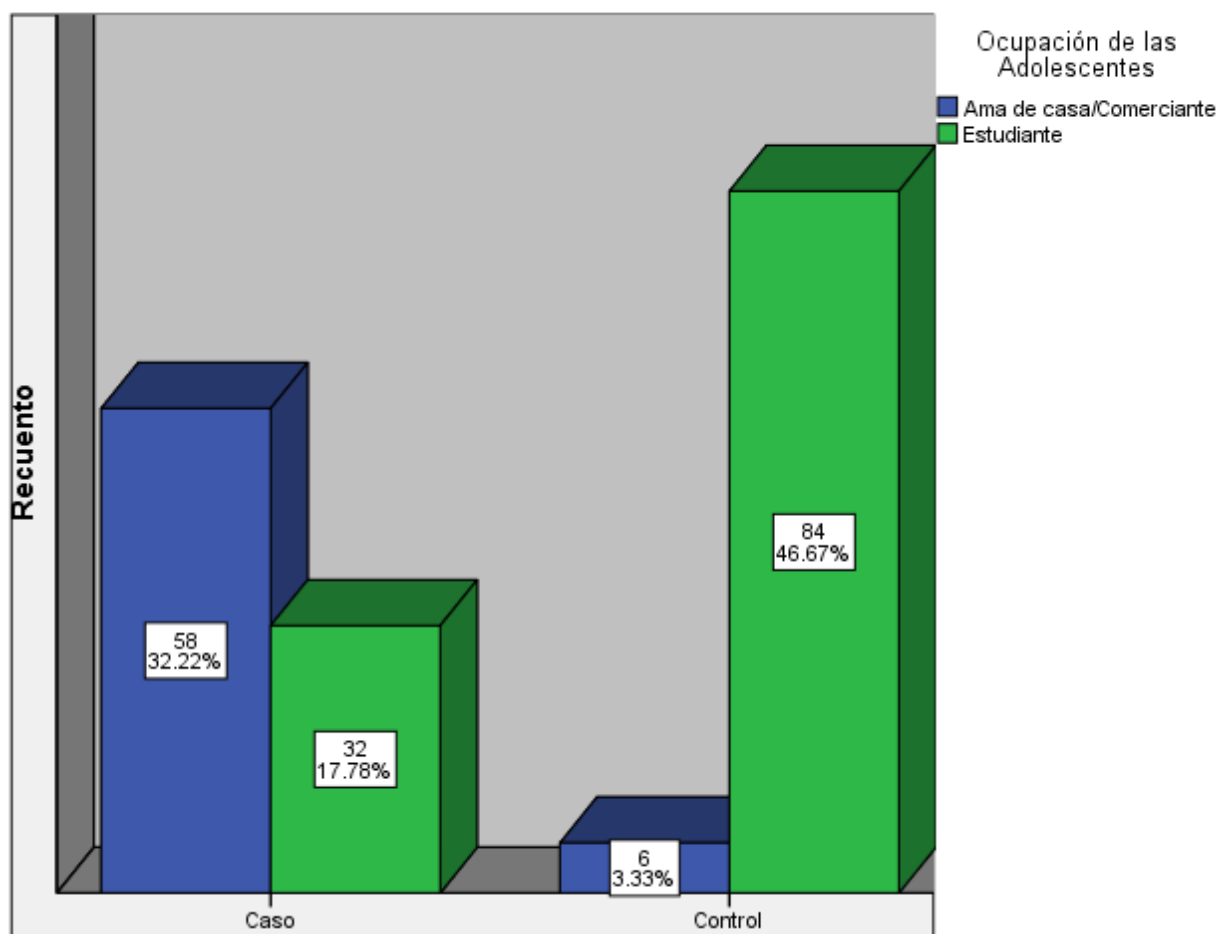


Grafico 6

Fuente Cuadro 6

Factores de riesgo socioculturales que influyen en la ocurrencia del embarazo adolescente por orden de importancia.

Estimación de riesgo Estado Civil/Embarazo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Estado Civil de las Adolescentes (Casada - Unión Libre VS Soltera)	83.742	19.304	363.286

Cuadro 7

Estimación de Riesgo Escolaridad / Embarazo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Escolaridad de las Adolescentes (< Tercer año de Secundaria VS ≥Tercer año de Secundaria)	70.000	25.838	189.641

Cuadro 8

Estimación de riesgo para Uso de métodos Anticonceptivos / Embarazo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Uso de Métodos Anticonceptivos por las Adolescentes (No VS Si)	30.625	9.720	96.491

Cuadro 9

Estimación de riesgo para Ocupación/ Embarazo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Ocupación de las Adolescentes (Ama de casa/Comerciante VS Estudiante)	25.375	9.972	64.567

Cuadro 10**Estimación de riesgo para Escolaridad de los padres/ Embarazo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Escolaridad de los Padres de las Adolescentes (< Tercer año de Secundaria VS ≥ Tercer año de Secundaria)	12.364	6.105	25.037

Cuadro 11**Estimación de riesgo para Acceso a Métodos Anticonceptivos/ Embarazo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Acceso a Métodos Anticonceptivos por las Adolescentes (No VS Si)	11.000	2.470	48.989

Cuadro 12**Estimación de riesgo para Baja Autoestima/ Embarazo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Baja Autoestima en las Adolescentes (Si VS No)	7.474	3.826	14.599

Cuadro 13

Estimación de riesgo para Apoyo Social/ Embarazo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Apoyo percibido por la Adolescente por parte de la comunidad (No Vinculo Social VS Vinculo Social)	5.883	3.077	11.248

Cuadro 14**Estimación de riesgo para Antecedente de embarazo Adolescente en la madre/ Embarazo.**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Antecedente de Embarazo Adolescente en la Madre (Si VS No)	5.527	2.797	10.924

Cuadro 15**Estimación de riesgo para Convivencia con ambos Padres/ Embarazo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Convivencia de las Adolescentes con ambos Padres. (No VS Si)	5.339	2.804	10.167

Cuadro 16**Estimación de riesgo para Violencia Sexual/ Embarazo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Violencia Sexual en las Adolescentes (Si VS No)	5.342	1.479	19.298

Cuadro 17

Estimación de riesgo Violencia Física/ Embarazo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Violencia Física en las Adolescentes (Si VS No)	4.158	1.939	8.914

Cuadro 18

Estimación de riesgo para Abordaje de temas de sexualidad en la familia/ Embarazo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Abordaje de temas de Sexualidad en la Familia de las Adolescentes (No VS Si)	4.000	2.152	7.434

Cuadro 19

Estimación de riesgo para Apoyo recibido por la adolescente por parte de la familia/Embarazo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Apoyo recibido por la adolescente por parte de su familia (No Apoyo Familiar VS Si Apoyo Familiar)	3.773	1.754	8.118

Cuadro 20

Estimación de riesgo para Antecedente de Trabajo Infantil/ Embarazo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Antecedentes de Trabajo Infantil en las Adolescentes (Si VS No)	3.773	1.754	8.118

Cuadro 21**Estimación de riesgo para Numero de compañeros Sexuales/ Embarazo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Número de Compañeros Sexuales en las Adolescentes. (>1 VS ≤1)	3.586	1.702	7.557

Cuadro 22**Estimación de riesgo para Antecedente de Embarazo Adolescente en Amiga cercana/ Embarazo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Antecedente de Embarazo Adolescente en Amiga Cercana (Si VS No)	2.474	1.358	4.509

Cuadro 23

**Estimación de riesgo para Actitudes de Genero Y Sexualidad en las Adolescentes/
Embarazo**

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Actitudes de Genero y Sexualidad en las Adolescentes (No Equitativas VS Equitativas)	2.462	1.331	4.554

Cuadro 24

Estimación de riesgo para Edad de inicio de la vida Sexual Activa/ Embarazo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Para la cohorte Embarazo en la Adolescente = Si	1.759	1.476	2.096
N de casos válidos	131		

Cuadro 25

Estimación de riesgo para practica de Religión por las adolescentes/ Embarazo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Practica de Religión por las Adolescentes (No VS Si)	1.396	.761	2.562

Cuadro 26

Estimación de riesgo para Pobreza en las Adolescentes/ Embarazo

	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Pobreza en las Adolescentes (Necesidades Básicas Insatisfechas VS Necesidades Básicas Satisfechas)	1.081	.498	2.345

Cuadro 27

Embarazo en la Adolescente / Pobreza en las Adolescentes

		Pobreza en las Adolescentes		Total
		Necesidades Básicas Insatisfechas	Necesidades Básicas Satisfechas	
Embarazo en la Adolescente	Caso	16	74	90
	Control	15	75	90
Total		31	149	180

Cuadro 28

Pobreza / Embarazo.

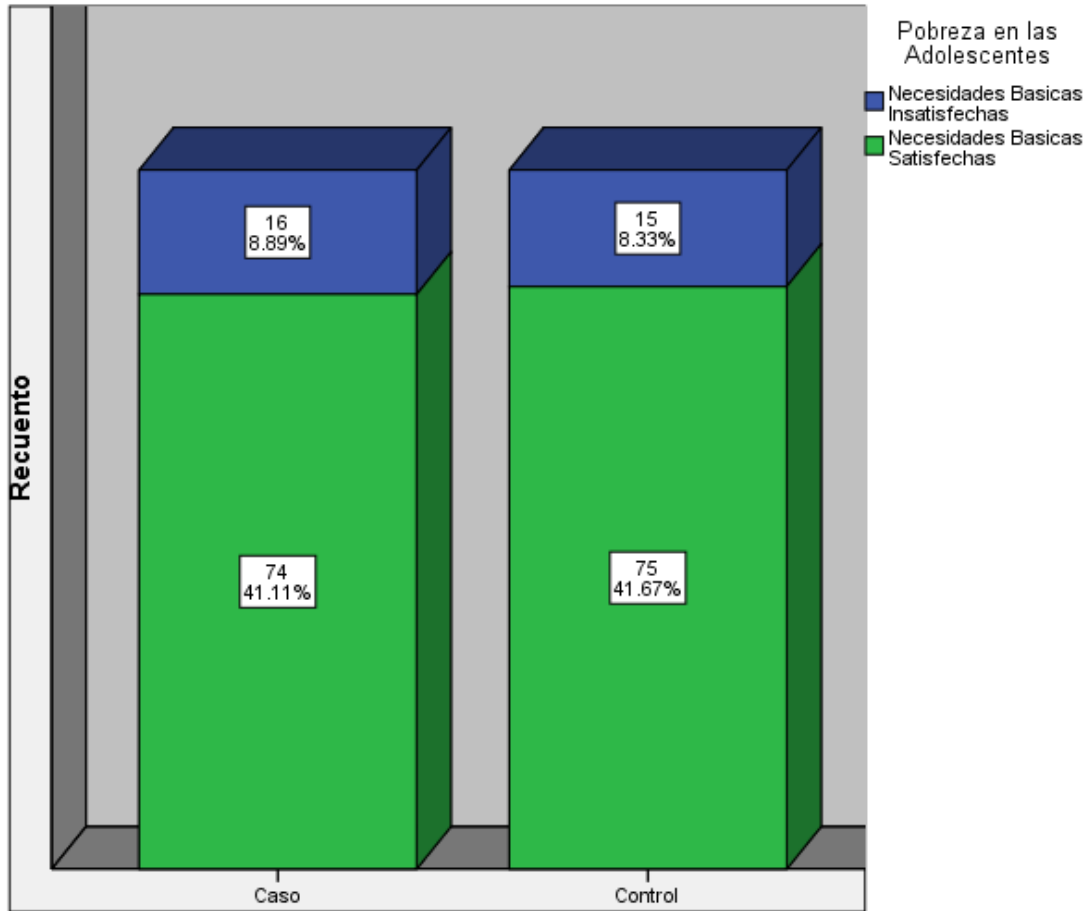


Grafico 7

Fuente Cuadro 28

Estimación de riesgo para Violencia Sexual hacia un familiar conocido de la Adolescente/ Embarazo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para Violencia Sexual hacia un familiar conocido por las Adolescentes (Si VS No)	.722	.288	1.810

Cuadro 29

Embarazo en la Adolescente / Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos en las Adolescentes

		Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos en las Adolescentes	
		SI	Total
Embarazo en la Adolescente	Caso	90	90
	Control	90	90
Total		180	180

Cuadro 30

Conocimientos sobre métodos Anticonceptivos.

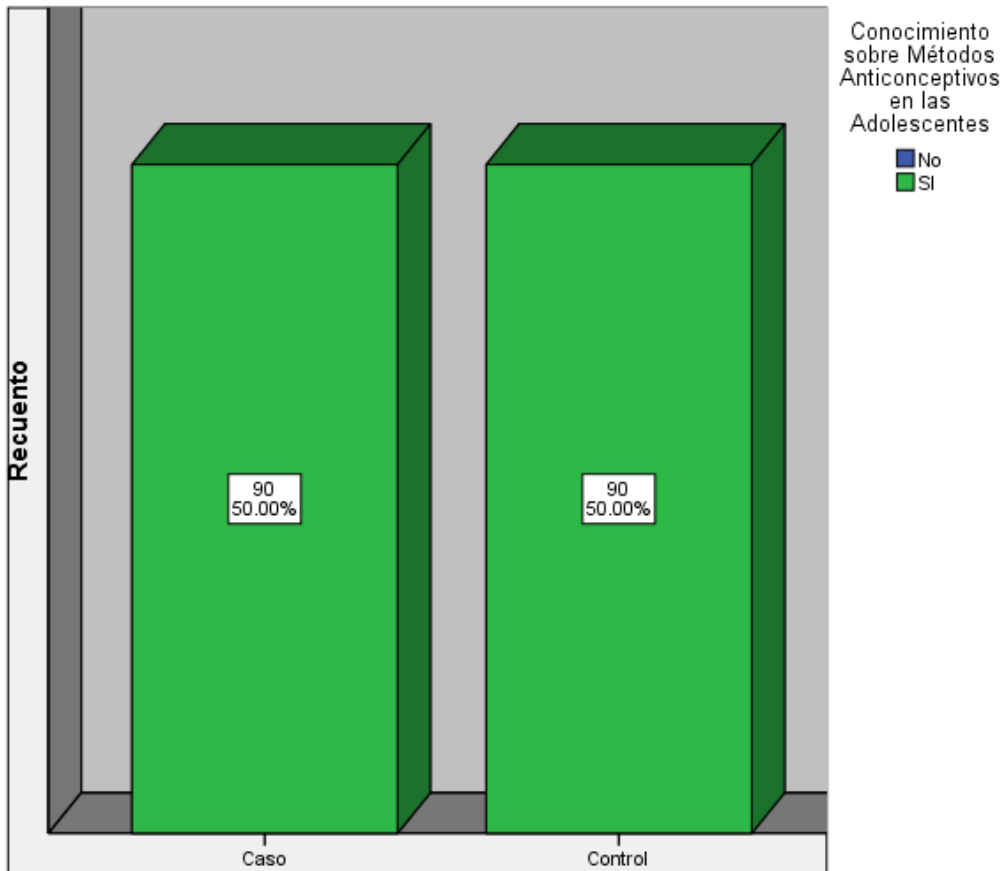


Grafico 8

Fuente Cuadro 30

Instrumento para Casos y Controles

Retomado de (Peña et. al, y otros, 2012)

Fecha de la entrevista:

Número de Encuesta:

Municipio:

Comunidad:

Código del Encuestador:

I.DATOS GENERALES

Fecha de Nacimiento de la entrevistada:

Edad:

¿Sabes leer?

0. Si



1. No

1.4 ¿Sabes Escribir?

0. Si



1. No

1.5 Escolaridad

0. Iltrado



01. Primaria

02. Secundaria

03. Técnico Superior

04. Universitario

1.6 Estado Civil

1. Casada

2. Soltera



3. Unión Libre

1.7 Etnia

0. Mestizo

01. Misquita

02. Mayagna



03. Afrodescendiente

04. Garífuna

05. Otro

1.8 Ocupación

1. Ama de Casa

2. Estudiante



3. Comerciante

4. Otro

1.9 ¿Practicabas alguna Religión?

0. Si



1. No

1.10 ¿Cuántas veces has estado Embarazada?

0. <1



1. ≥1

II. AUTOESTIMA Y AUTOAFIRMACION

Dígale a la joven antes de abordar cada punto

“Te voy a leer una frase y me decís que pensas”

2.1 Cuando yo me propongo algo yo siento que puedo	1. Si	2. No	3. A veces	<input type="checkbox"/>
2.2 Si me tratan mal es porque yo tengo la culpa	1. Si	2. No	3. A veces	<input type="checkbox"/>
2.3 Cuando algo me molesta, yo mejor me lo aguanto	1. Si	2. No	3. A veces	<input type="checkbox"/>
2.4 Cuando tengo un problema busco como resolverlo	1. Si	2. No	3. A veces	<input type="checkbox"/>
2.5 Prefiero no decir que pienso, porque siento que no me van a tomar en cuenta	1. Si	2. No	3. A veces	<input type="checkbox"/>
2.6 Tengo a alguien en quien confiar	1. Si	2. No	3. A veces	<input type="checkbox"/>
2.7 Me siento insegura a la hora de tomar mis propias decisiones.	1. Si	2. No	3. A veces	<input type="checkbox"/>
2.8 Muchas veces no me gusta como soy	1. Si	2. No	3. A veces	<input type="checkbox"/>

III. GÉNERO Y SEXUALIDAD

Dígale a la Adolescente antes de abordar cada punto:

“Te voy a leer unas frases decime si estás de acuerdo o no”

3.1 El lugar de una mujer es estar en su casa	1. Si	2. No	3. No Se	<input type="checkbox"/>	
3.2 Las Relaciones Sexuales son solamente para tener hijos	1. Si	2. No	3. No Se	<input type="checkbox"/>	
3.3 Los hombres solo piensan en tener relaciones sexuales Y después dejar a las chavalas	1. Si	2. No	3. Depende	<input type="checkbox"/>	
3.4 Una chavala que ya no es virgen ya no vale la pena o no Vale igual	1. Si	2. No	3. No Se	<input type="checkbox"/>	
3.5 Tener a un hombre a mi lado me hace sentir completa Como mujer	1. Si	2. No	3. Depende	<input type="checkbox"/>	
3.6 Las mujeres tienen la responsabilidad de evitar embarazos	1. Si	2. No	3. No Se	<input type="checkbox"/>	
3.7 Lo más importante para una mujer es llegar a ser madre	1. Si	2. No	3. Depende	<input type="checkbox"/>	
3.8 Una chavala puede quedar embarazada si tuvo sexo una Sola vez	1. Si	2. No	3. No Se	<input type="checkbox"/>	
3.9 Cuando una chavala sale embarazada es culpa de ella	1. Si	2. No	3. Depende	<input type="checkbox"/>	
3.10 ¿Quién debe decidir cuándo tener relaciones sexuales?	1. Hombre	2. Mujer	3. Ambos	4. No Se	<input type="checkbox"/>
3.11 ¿Cuál crees que es la mejor edad para quedar Embarazada?	Años:				
3.12 ¿Por qué?					
3.13 ¿A qué edad hubieses querido empezar vivir en pareja?	Años:				
3.14 ¿A qué edad hubieses querido tener tu primera hija o hijo?	Años:				
3.15 Antes de salir embarazada ¿conversaste con alguien sobre Relaciones sexuales?	1. Si	2. No	3. N/R	<input type="checkbox"/>	
	Ir a la 3.16		Ir a la 3.17		

3.16 ¿con quién hablaste?	1. Mama	
	2. Papa	
	3. Amistades	
	4. Maestra/o	<input checked="" type="checkbox"/>
	5. Enfermera/ Brigadista de Salud	
	6. Educadora de una Organización	
	7. Promotora/ Líder Comunal	
	8. Líder Religioso	
	9. Otros	

3.17 ¿con quién te hubiese gustado Hablar?	1. Mama	
	2. Papa	
	3. Amistades	
	4. Maestra/o	
	5. Enfermera/ Brigadista de Salud	<input checked="" type="checkbox"/>
	6. Educadora de una Organización	
	7. Promotora/ Líder Comunal	
	8. Líder Religioso	
	9. Otros	

IV. PLANIFICACION FAMILIAR

Punto de referencia: Primer embarazo

4.1 Conocías o habías oído hablar de:	Antes	Después
1. Pastilla Anticonceptiva		
2. T de cobre o Aparato		
3. Condones		
4. inyecciones		
5. Operación femenina o ligadura		
6. Operación masculina o vasectomía		
7. Método de amenorrea por Lactancia (MELA)		
8. Ritmo Calendario o del moco cervical		
9. Coito Interrumpido		
10. Otros		
10.1 ¿Cuáles?		
4.2 ¿Si quieres usar algún método anticonceptivo piensas que puedes tener acceso a el sin dificultad?	0. No 1. Si 2. N/R	<input checked="" type="checkbox"/>
4.3 ¿Usabas algún método anticonceptivo antes de salir embarazada?	0. No 1. Si 2. N/R	<input checked="" type="checkbox"/>
4.4 ¿En la actualidad usas algún método anticonceptivo?	0. No 1. Si 2. N/R	<input checked="" type="checkbox"/>

4.5 ¿Qué edad tenías cuando tuviste tu primera relación sexual?	0. Antes de los 15 2. Después de los 15	<input checked="" type="checkbox"/>
4.6 ¿Cuántos Compañeros sexuales has tenido?	0. ≤2 1. >2	<input checked="" type="checkbox"/>

V. HISTORIA DEL PRIMER EMBARAZO

Solo si ha estado embarazada /saltar a sección VI

5.1 ¿Qué edad tenías cuando quedaste embarazada la primera vez?	Años:	
5.2 Antes de quedar embarazada por primera vez ¿Tenías un trabajo por el cual obtenías dinero?	0. No 1.Si 2. N/R	<input checked="" type="checkbox"/>
5.3 ¿Cuál fue la actitud de tu familia cuando supo de tu embarazo? (Leer opciones múltiples respuestas)	1. Quisieron Casamiento	1 <input checked="" type="radio"/>
	2. Obligaron a casarse	2 <input checked="" type="radio"/>
	3. Aceptaron embarazo sin Matrimonio	3 <input checked="" type="radio"/>
	4. Van a criar al niño/a	4 <input checked="" type="radio"/>
	5. Le echaron de la casa	5 <input checked="" type="radio"/>
	6. Querían que abortara	6 <input checked="" type="radio"/>
	7. No intervinieron	7 <input checked="" type="radio"/>
	8. Se pusieron contentos	8 <input checked="" type="radio"/>
	9. Se enojaron	9 <input checked="" type="radio"/>
	10. Otro:	10 <input checked="" type="radio"/>
	0. No sabe/No responde	0 <input checked="" type="radio"/>

VI. CARACTERISTICAS FAMILIARES

6.1 ¿Convivías con tus dos padres antes de los 15 años?	0. No 1. Si 2.N/R	<input checked="" type="checkbox"/>
6.2 ¿Con quién vivías antes de los 15 años? (Leer opciones múltiples respuestas)	1. Mama	1 <input checked="" type="radio"/>
	2. Papa	2 <input checked="" type="radio"/>
	3. Abuelo	3 <input checked="" type="radio"/>
	4. Abuela	4 <input checked="" type="radio"/>
	5. Hermano/s	5 <input checked="" type="radio"/>
	6. Otro	6 <input checked="" type="radio"/>
6.3 ¿Tenías un trabajo por el cual obtenías dinero antes de los 10 años? (Preguntar solo si no ha estado embarazada)	0. No 1.Si 2. N/R	<input checked="" type="checkbox"/>
6.4 Escolaridad del padre/ Padrastro	0. Iltrado 01. Primaria 02. Secundaria 03. Técnico Superior 04. Universitario	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

6.5 Escolaridad de la madre/ Madrastra	0. Iltrado			
	01. Primaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	02. Secundaria			
	03. Técnico Superior			
	04. Universitario			
Punto de referencia antes de los 15 años				
6.6 ¿con quién compartías la mayoría de tu tiempo libre, es decir cuando no estabas estudiando, Asistiendo a clases o trabajando? (Una sola respuesta)	1. Con la familia	5. con gente de otros grupos		
	2. Con mis amistades	6. Sola		<input type="checkbox"/>
	3. Con la pareja	7. No tengo tiempo libre		
	4. Con gente/Grupo de la iglesia			
6.7 ¿Quién era la persona de la familia a la que te sentías más unida? (Una sola respuesta) (No leer opciones)	1. Mama	5. Abuelita		
	2. Papa	6. Otro		<input type="checkbox"/>
	3. Hermana			
	4. Hermano			
6.8 ¿Qué era lo que más te gustaba de tu familia? (No leer opciones)	1. Apoyo para alcanzar metas	1.	<input type="radio"/>	
	2. Afecto	2.	<input type="radio"/>	
	3. Apoyo económico/ material	3.	<input type="radio"/>	
	4. Unidad familiar	4.	<input type="radio"/>	
	5. Otros:	5.	<input type="radio"/>	
6.9 ¿A qué edad tu mamá tuvo su primer hijo/a?	Años:			
6.10 ¿En tu familia se hablaba o se conversaba sobre temas de sexualidad?	0. Si			
	1. No	<input type="checkbox"/>		
	2. N/R			

VII. RELACION DE PARES

Punto de Referencia: Casos Antes del primer Embarazo/Controles antes de los 19 años				
7.1 ¿Tenias Muchas amistades?	0. No	1. Si	2. N/R	<input type="checkbox"/>
7.2 ¿Alguna de tus amigas salió embarazada a temprana edad? (Antes de los 19 años)	0. No	1. Si	2. N/R	<input type="checkbox"/>
		(Saltar 7.3)		
7.3 ¿Cuantas?				

VIII. RELACION CON LA COMUNIDAD

8.1 ¿En este barrio la gente se apoya mutuamente?	1. Si	2.No	3.N/R	<input type="checkbox"/>
8.2 Si algún miembro de tu familia enfermara de Pronto, tuviera algún accidente o estuviera viviendo una situación de violencia ¿Crees que alguien del vecindario le ofrecería algún tipo de ayuda o apoyo?	1. Si	2. No	3. N/R	<input type="checkbox"/>
8.3 Si alguna joven de tu escuela saliera embarazada ¿La dejarían seguir estudiando?	1. Si	2. No	3. N/R	<input type="checkbox"/>
8.4 ¿Conoces organizaciones en la comunidad que trabajen con adolescentes y mujeres?	1. Si	2. No	3. N/R	<input type="checkbox"/>

8.5 ¿Qué piensas sobre cómo trata el personal de Salud a las embarazadas jóvenes?	1. Bien 2. Regular 3. Mal 4. No sabe	<input checked="" type="checkbox"/>
---	---	-------------------------------------

IX. VIOLENCIA Y ABUSO

9.1 Pensando en tu niñez, ¿antes que cumplieras los 12 años alguna vez viste o escuchaste a tu padre o padrastro golpear a tu madre o madrastra?	1. Si 2. No 3. N/R	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--------------------------	-------------------------------------

9.2 Antes que cumplieras 12 años, ¿fuiste alguna vez Golpeada o maltratada físicamente o de otra Manera por alguna persona de tu familia?	1. Si 2. No 3. N/R	<input checked="" type="checkbox"/>
---	--------------------------	-------------------------------------

9.3 Después de cumplir 12 años ¿fuiste alguna vez Golpeada o maltratada físicamente de otra Manera por alguna persona de tu familia?	1. Si 2. No 3. N/R	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--------------------------	-------------------------------------

9.4 ¿Quién te golpeo o maltrato físicamente de otra manera? (leer opciones, múltiples respuestas)	1. Padre	1.	<input checked="" type="radio"/>
	2. Madre	2.	<input checked="" type="radio"/>
	3. Hermano	3.	<input checked="" type="radio"/>
	4. Hermana	4.	<input checked="" type="radio"/>
	5. Padrastro/madrastra	5.	<input checked="" type="radio"/>
	6. Marido/compañero/ex	6.	<input checked="" type="radio"/>
	7. Novio	7.	<input checked="" type="radio"/>
	8. Otro Familiar	8.	<input checked="" type="radio"/>
	9. Desconocido	9.	<input checked="" type="radio"/>
	10. Otro	10.	<input checked="" type="radio"/>

9.5 Antes de los 15 años ¿fuiste abusada sexualmente o violada? (Explique)	1. Si 2. No 3. N/R	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--------------------------	-------------------------------------

9.6 ¿por quién?

9.7 Antes de los 15 años ¿supiste de situaciones de abuso sexual en tu hogar en contra de tus hermanas, hermanos u otros familiares?	1. Si 2. No 3. N/R	<input checked="" type="checkbox"/>
--	--------------------------	-------------------------------------

X. POBREZA

¿La casa que habita es propia?

1. Si/ 2. No

/2.No

¿Tiene tierras para cultivar?

1. Si/2. No

En caso de tener tierras para cultivar

¿Cuántas manzanas? :

¿Las Cultiva?

1.Si

Paredes	Tipo de techos	Piso	Excretas	Cocina	Agua de consumo Humano	Tratamiento de Agua	Luz	Ubicación de Animales de corral
1. ladrillo/ Cemento	1. Plastico	1. Suelo	1. Letrina	1. Dentro de casa	1. Pozo propio	1. Clora	1. Si	1. En la casa
2. Adobe/ Taquezal	2. Paja	2. Madera	2. Inodoro	2. Fuera de casa <input checked="" type="checkbox"/>	2. Pozo comunal	2. Hierve	2. No <input checked="" type="checkbox"/>	2. En el corral
3. Madera	3. palma	3. Otros <input checked="" type="checkbox"/>	3.No tiene <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo de Cocina	3. Rio/quebrada/ Ojo de agua	3. Filtra	¿Cómo la adquiere?	3. Libres
4. Palma	4. Zinc			1. Gas	4. De lluvia	4. Método SODIS	1. Domiciliar	4. No tiene <input checked="" type="checkbox"/>
5. cartón/ Plástico/ Metal/ripios	5. Otros <input checked="" type="checkbox"/>			2. Leña	5. Agua comprada en barril/ bidones	5. Otros	2. Planta	
6. Otros <input checked="" type="checkbox"/>				3. Carbón <input checked="" type="checkbox"/>	6. Tubería adentro.	6. Ninguno <input checked="" type="checkbox"/>	3. panel solar <input checked="" type="checkbox"/>	
					7. Otros <input checked="" type="checkbox"/>			

Algoritmos Utilizados para la Construcción de Variables

● Variables que forman el componente "Autoestima"

Pregunta	Respuesta	Condición	(variable) Significado
2.1 Cuando yo me propongo algo, yo siento que puedo	Respuesta única 1: Sí 2: No 3: A veces	R_2.1 Será = 0, si selecciona 2 y 3 Será = 2, si selecciona 1	(R_autoestima) Si la suma de las variables R_2.1 hasta R_2.8 es menor o igual a 1 0: Baja autoestima Si la suma de las variables R_2.1 hasta R_2.8 está entre 2 y 3 1: Media autoestima Si la suma de las variables R_2.1 hasta R_2.8 es mayor o igual a 4 es 2: Alta autoestima Autoestima_VF Será 1, si es 0. Será 0, si es 1 y 2. 1: Baja autoestima 0: Alta/media autoestima Autoestima 1 Baja: 0 a 2 0 Alta: 3 a más
2.2 Si me tratan mal es porque yo tengo la culpa	1: Sí 2: No 3: A veces	R_2.2 Será = 0, si selecciona 1 y 3 Será = 2, si selecciona 2	
2.4 Cuanto tengo un problema busco cómo resolverlo	1: Sí 2: No 3: A veces	R_2.4 Será = 0, si selecciona 2 y 3 Será = 2, si selecciona 1	
2.5 Prefiero no decir lo que pienso, porque siento que no me van a tomar en cuenta	1: Sí 2: No 3: A veces	R_2.5 Será = 0, si selecciona 1 y 3 Será = 2, si selecciona 2	
2.7 Me siento insegura a la hora de tomar mis propias decisiones	1: Sí 2: No 3: A veces	R_2.7 Será = 0, si selecciona 1 Será = 2, si selecciona 2 y 3	
2.8 Muchas veces no me gusta cómo soy	1: Sí 2: No 3: A veces	R_2.8 Será = 0, si selecciona 1 Será = 2, si selecciona 2 y 3	

Componentes de la Variable Actitudes de Genero y Sexualidad (Escala de Evaluacion).

Escala Modificada de Rosenberg para medir Autoestima

Pregunta	Respuesta	Condición	(variable) Significado
El lugar de una mujer es estar en su casa	Respuesta única 1: Si 2: No 3: No se	Será = 0, si selecciona 0 y 1 Será = 1, si selecciona 2	Si la suma de las variables R_3.1 hasta R_3.6 es menor o igual a 3 No equitativo Si la suma de las variables R_3.1 hasta R_3.6 es mayor o igual a 4 Equitativo
Una chavala que no es virgen ya no vale la pena o no vale igual	1: Si 2: No 3: No se	Será = 0, si selecciona 1 y 0 Será = 1, si selecciona 2	
Una mujer necesita de un hombre para la toma de decisiones.	1: Si 2: No 3: Depende	Será = 0, si selecciona 1 y 3 Será = 1, si selecciona 2	
Las mujeres son las que tienen la responsabilidad de evitar los embarazos	1: Si 2: No 3: No se	Será = 0, si selecciona 0 y 1 Será = 1, si selecciona 2	
Lo más importante para una mujer es llegar a ser madre.	1: Si 2: No 3: Depende	Será = 0, si selecciona 1 y 3 Será = 1, si selecciona 2	
Cuando una chavala sale embarazada es culpa de ella	1: Si 2: No 3: Depende	Será = 0, si selecciona 1 y 3 Será = 1, si selecciona 2	

Retomado de (Peña et. al, y otros, 2012)

Algoritmo para la Variable Apoyo Social

Pregunta	Respuesta	Condición	(variable) Significado
7.7 ¿Con quién compartías la mayoría de tu tiempo libre?	Respuesta única 1: Con la familia 2: Con mis amistades 3: Con la pareja 4: Con gente/grupo de la iglesia 5: Con gente de otros grupos 6: Sola 7: No tengo tiempo libre	(Comp_tiempo_AS) Será 1, de la 1 a la 5 Será 0, si la respuesta es 6 y 7 1: Comparte con familiares/gente/grupo 0: Sola/No tengo tiempo libre	V_social_03 0: 1: 2: 3: 4: Vínculo_soc_3Magda 1: Vínculo social (4 al 6) 0: No vínculo social (0 y 3)
9.2 Si algún miembro de tu familia se enfermara o tuviera un accidente, ¿alguien de la vecindad le ofrecería algún tipo de ayuda?	Respuesta única 1: Sí 2: No 3: No responde	Enf_apy_vec_AS Será 1, si la respuesta es 1 Será 0, si la respuesta es 2 y 3	
9.3 Si alguien de tu escuela saliera embarazada, ¿la dejarían seguir estudiando?	Respuesta única 1: Sí 2: No 3: No responde	Emb_dej_estud_AS Será 1, si la respuesta es 1 Será 0, si la respuesta es 2 y 3	
9.5 ¿Conocés de organizaciones en la comunidad que trabajen con adolescentes y/o mujeres?	Respuesta única 1: Sí 2: No 3: No responde	Org_adol_AS Será 1, si la respuesta es 1. Será 0, si la respuesta es 2 y 3	

Retomado de (Peña et. al, y otros, 2012)

Algoritmo para la Variable Apoyo Familiar

Pregunta	Respuesta	Condición	(variable) Significado
5.15 Actitud de tu familia	Selección múltiple 0: No sabe/No responde 1: Quisieron casamiento 2: Obligaron a casarse 3: Aceptaron embarazo sin matrimonio 4: Van a criar al niño/a 5: Le echaron de la casa 6: Querían que abortara 7: No intervinieron 8: Se pusieron contentos 9: Se enojaron 10: Otro	(Actitud_FaM_AF) Será 1, 3,4,7 y 8 Será 0, en caso contrario 1: Apoyo familia 0: No apoyo	(Apoyo_Familiar) 0: 1: 2: 3: (Apoyo_Fam_VF) Será 1 , si la respuesta es 2 y e Será 0 , si la respuesta es 0 y 1 1: Apoyo familiar 0: No apoyo familiar
7.11 ¿Quién era la persona de la familia a la que te sentías más unida?	Respuesta única 1: Mamá 2: Papá 3: Hermanas 4: Hermanos 5: Abuelita 6: Otros	(Unida_pers_AF) Será 1, si la respuesta es del 1 al 5 Será 0, si contestó "nadie" 1: Unida a la familia 0: No unida a la familia	1: Apoyo familiar 0: No apoyo familiar
7.12 ¿Qué era lo que más te gustaba de tu familia?	Respuesta múltiple 1: Apoyo para alcanzar metas 2: Afecto 3: Apoyo económico/material 4: Unidad familiar 5: Otros	Más_gustaba Será 1, si 1 al 4 Será 0, si contesta 5	

Retomado de (Peña et. al, y otros, 2012)

Construcción de Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas para evaluación de la variable “Pobreza”

Condiciones de la Vivienda

Pregunta	Respuesta	Condición	(variable) Significado
1 La casa que habita es propia	1: Si 2: No	Será 1, si la respuesta es 1 Será 0, si la respuesta es 2 1: Casa propia 0: No casa propia	Condiciones de la vivienda Será 1, si Condiciones de la Vivienda es mayor o igual a 4 Será 0, si Condiciones de la Vivienda es menor o igual a 3. 1: Buenas Condiciones de vivienda. 0: Malas Condiciones de vivienda
2 Tiene tierras para cultivar	1: Si 2: No	Será 1, si la respuesta es 1 Será 0, si la respuesta es 2 1: Tierras para cultivo 0: No tierras para cultivo	
3 Paredes	1: Ladrillo/cemento 2: Adobe/taquezal 3: Madera 4: Palma 5: Cartón/plástico/metal 6: Otros	Será 1, si la respuesta es 1 Será 0, si la respuesta es mayor o igual a 2. 1: Pared ladrillo/cemento 0: Otros materiales	
4 Tipo de techo	1: Plástico 2: Paja 3: Palma 4: Zinc 5: Otros	Será 1, si la respuesta es 4 Será 0, si la respuesta diferente a 4. 1: Zinc 0: Otros materiales	
5 Cocina	1: Dentro de casa 2: Fuera de casa	Será 1, si la respuesta es 2 Será 0, si la respuesta es 1 1: Fuera de la casa 0: Dentro de casa	

Retomado de (Peña et. al, y otros, 2012)

Acceso a Servicios Básicos.

Pregunta	Respuesta	Condición	(variable) Significado
1 Excretas	1: Letrina 2: No tiene	Será 1, si la respuesta es 1 Será 0, si la respuesta es 2 1: Letrina 0: No letrina	Acceso a servicios básicos Será 1, si Acceso a servicios básicos es mayor o igual a 2 Será 0, si Acceso a servicios básicos es menor o igual a 1 1: Con acceso a servicios básicos. 0: Sin acceso a servicios básicos.
2 Agua	1: Pozo propio 2: Pozo comunal 3: Rio/quebrada/ojo de agua 4: De lluvia 5: Agua comprada en bidones 6: Tubería adentro 7: Otros	Será 1, si la respuesta es 6. Será 0, si la respuesta es diferente a 6. 1: Agua de tubería 0: Otras fuentes de agua	
3 Luz	1: Si 2: No	Será 1, si la respuesta es 1 Será 0, si la respuesta es 2. 1: Luz 0: No luz	

Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas

Pregunta	Respuesta	Condición	(variable) Significado
1 Condiciones vivienda	1: Buenas Condiciones de vivienda 0: Malas Condiciones de vivienda	Será 1, si la respuesta es 0. Será 0, si la respuesta 1. 1: Malas condiciones de vivienda 0: Buenas condiciones de vivienda	Necesidades básicas Insatisfechas Será 1 , si las condiciones de la vivienda es 1 y el acceso a servicios básicos es 1 Será 0 , en caso contrario
2 Acceso a servicios básicos	1: Con acceso a servicios básicos 0: Sin acceso a servicios básicos	Será 1, si la respuesta es 0. Será 0, si la respuesta es 1 1: Sin acceso a servicios básicos 0: Con acceso a servicios básicos	1: Necesidades básicas insatisfechas 0: Necesidades básicas satisfechas

Retomado de (Peña et. al, y otros, 2012)

Consentimiento Informado

Estimada joven:

Estamos haciendo un estudio cuyo principal objetivo es investigar cuáles son los factores que influyen en que una niña-adolescente entre 15 y 19 años se embarace, para poder así organizar mejores programas para disminuir los embarazos a esas edades en esta comunidad.

Este estudio es ANONIMO, significa que la participante no dará ni su nombre, ni su apellido, pero se le solicitará que use un nombre inventado.

El estudio consta de dos partes, una entrevista en la que se preguntaron datos generales de la participante, su familia, sus amigos y su comunidad y la segunda parte, se trata de esta encuesta que va a ser aplicada a jóvenes de 15-19 años. La encuesta durará no más de 45 minutos. Toda la información obtenida será usada únicamente con fines de la investigación.

La participación en este estudio es completamente voluntaria y anónima por lo tanto puedes negarte a participar desde el inicio o podemos detener la encuesta en cualquier momento por cualquier motivo. Este estudio nos permitirá obtener conocimientos nuevos que podrán ayudar a otras jóvenes en el futuro. No implica ningún riesgo pero tampoco tiene ningún beneficio directo inmediato por tu participación. No recibirás compensación por participar.

Ya que te hemos explicado los objetivos de este estudio, te invitamos a participar y pedimos tu autorización firmada para la entrevista. Te agradecemos tu participación y te solicitamos nos hagas todas las preguntas que desees.

He leído (me han leído) la hoja de información descrita arriba. Me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio. He recibido copia de este consentimiento.

Firma de la participante: _____ Fecha: D / M / A

Retomado de (Peña et. al, y otros, 2012)