



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**MONOGRAFÍA PARA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAESTRIA EN
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

TÍTULO

**FACTORES RELACIONADOS AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES,
ASISTENTES AL CENTRO DE SALUD DE ALTAGRACIA - MANAGUA,
SEPTIEMBRE – NOVIEMBRE 2021**

AUTORA

DRA. MARIA JOSE ULMOS MORA

TUTORA

DRA. FLAVIA VANESSA PALACIOS RODRÍGUEZ

MANAGUA, ENERO 2022

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

DEDICATORIA

A Dios Padre Hijo y Espíritu Santo quien les da a sus hijos el don de la Ciencia y la Sabiduría. El que hace posible lo imposible.

A mi esposo amado, quien es mi amigo y compañero y me brinda la flor de su cariño.

A mis hijos Luis Jesús, José María y Luz María, la inspiración y la alegría de mis días.

A mis Hermanas, Blanca Rosa, Blanca María Amalia y Carmen Marina, mis confidentes y amigas.

A mis hermanos Luis Alberto, Luis Humberto, Sergio, Marlon y Víctor, con quien hemos crecido juntos y compartidos momentos alegres y difíciles

A las adolescentes que han puesto en este estudio la esperanza de un cambio positivo

Dra. María José Ulmos Mora

AGRADECIMIENTOS

A Dios, que sin su voluntad no hubiese sido posible este estudio.

Un agradecimiento especial a la Tutora **Dra. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez** por su comprensión y calidad humana, por su experiencia pertinente y buena conducción en la investigación.

De igual manera agradezco a la **Dra. Adilia Castrillo**, quien abre las puertas para que culmine este proceso de investigación.

A la Dra. Blanca María Amalia Ulmos Mora, que por su guía y paciencia y gran docente de la UNAN Managua, me cobija con su experiencia.

Muchas Gracias.

Dra. María José Ulmos Mora

OPINIÓN DE LA TUTORA

Les presento el trabajo monográfico: Factores relacionados al embarazo adolescente en asistentes al Centro de Salud Altagracia - Managua, septiembre – noviembre 2021. Como autora a la Dra. María José Ulmos Mora, egresada de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

Con resultados relevantes como se muestran en los factores familiares respecto al funcionamiento familiar hubieron pocas familias clasificadas como normales y el 55.1% con disfunción grave y moderada, los patrones de crianzas situacional y rígidos con 24.4% cada uno respectivamente, reflejando una comunicación de padres e hijos muy pobre; los factores socioculturales relacionados al embarazo precoz se reconoce la escasa educación sobre temas de sexualidad en las adolescentes provocando la persistencia de mitos y tabúes encontrados, expresan que el embarazo en su mayoría es producto a una falla de los métodos anticonceptivos.

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

Por ultimo felicito a la autora por su responsabilidad, disciplina y ética mostrada durante el proceso de investigación e insto a continuar desarrollando sus habilidades del método científico de investigación.

Dra. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez

Tutora

RESUMEN

Este estudio tiene como objeto determinar los factores relacionados al embarazo adolescente en asistentes al Centro de Salud de Altagracia - Managua, Septiembre – noviembre 2021. Se diseñó una investigación con enfoque mixto integrando métodos cualitativos como la realización de grupo focal escogidos mediante la participación voluntaria y cuantitativos en la aplicación de una encuesta a 49 adolescentes embarazadas, la encuesta se aplicó a través del formulario de google, auto administrado, los datos se exportaron al programa estadístico SPSS versión 25, para obtener tablas y gráficos. El grupo focal se grabó, se transcribió y sistematizó la información según los descriptores cualitativos.

Los resultados muestran predominio de edad entre 17 a 19 años con 65.3%, sólo el 36.3% estudia actualmente, 40.8% estudió hasta la secundaria incompleta, soltera 42.9% y no trabaja el 93.3% de las encuestadas. Dentro de los factores familiares la convivencia principalmente con su madre y padre 42.9% seguido por solo con mamá en el 32.7%; con pautas de crianzas negociador en situacional 40.8 % y rígido 22.4%8% y rígidos; los vínculos de apego situacional en 38.7% y con patrones de éxito orientador en 38.8%; el 55.1 % tienen apgar familiar entre grave y moderada. Existen poca educación sexual dentro de las familias y la mayor fuente de información son las instituciones educativas; todavía tienen mitos y tabúes; las prácticas de riesgos más frecuente son tener relaciones sexuales sin protección y tener relaciones con varias parejas a la vez; piensan que su método anticonceptivo les falló. En la escala de estigmatización el temor más prevalente fue la reacción de sus familiares y la discriminación de las personas en lugares públicos y de las pares.

PALABRAS CLAVES: EMBARAZO, ADOLESCENTES Y FACTORES RELACIONADOS

CONTENIDO

CAPÍTULO I: GENERALIDADES.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
OPINIÓN DE LA TUTORA	v
RESUMEN	vi
1.1. INTRODUCCIÓN	1
1.2. ANTECEDENTES.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN	11
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.5. OBJETIVOS.....	15
1.6. MARCO TEÓRICO.....	16
1.6.1. Datos demográficos	16
1.6.2. Tasas de embarazo en adolescente en el mundo	17
1.6.3. Conceptos.....	17
1.6.4. Etapas de la adolescencia.....	18
1.6.5. Determinantes sociales	21
1.6.6. Factores asociados al embarazo adolescente	22
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.....	42
2.1. Tipo de estudio.....	43
2.2. Universo	43
2.3. Caracterización de unidad de observación	43
2.4. Muestra.....	43
2.5. Técnicas e instrumentos de recolección de la información.....	45
2.6. Plan de tabulación	47
2.7. Plan de análisis.....	48
2.8. Enunciado de las variables y descriptores	48
2.9. Operacionalización de las variables.....	49
2.10. Aspectos éticos.	52
CAPÍTULO III: DESARROLLO	53
CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA	68
CAPÍTULO V: ANEXOS	73

1.1. INTRODUCCIÓN

Según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, una de cada 5 niñas de entre 15 a 19 años de edad está casada. Por su parte, Nicaragua y República Dominicana figuran entre los 20 países con las tasas más altas de matrimonios tempranos, con el 41 y el 37%, respectivamente.

Por otra parte, las principales consecuencias de estas conductas, como son los embarazos no deseados, los abortos inseguros y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se han constituido en importantes problemas de salud pública, tomando en cuenta que afectan de manera importante la salud y el bienestar de los y las adolescentes, siendo estos elementos clave para el desarrollo social, político y la sostenibilidad económica a largo plazo de una sociedad. OPS/OMS (2016).

Para Nicaragua con las cifras más altas de fecundidad adolescente en América Latina, la prevención del embarazo precoz tiene diferentes caras, para 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. (NICASALUD, 2017).

Por ello realizar investigaciones en el Centro de Salud de Altagracia es de gran importancia en la determinación de los factores relacionados al embarazo adolescente, en esta población principalmente urbana, para implementar y fortalecer las estrategias de prevención del embarazo, en la adolescencia.

1.2. ANTECEDENTES

A nivel Internacional

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

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

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

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

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

1. De los factores sociales, el tipo de familia que se encontró fue la monoparental en 35.48%, existió la disfunción familiar y sufrieron la violencia psicológica.
2. Dentro del factor económico el ingreso mensual fue bajo.
3. De los factores culturales, Si presentan el mito de que la mejor edad para concebir un hijo es en la adolescencia, tienen deficiente conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, iniciaron sus relaciones sexuales a los 13 y 14 años y no usan métodos anticonceptivos.

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

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

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

exposición a violencia sexual y/o falta de conocimiento tanto del ciclo menstrual como de los métodos anticonceptivos.

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

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

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

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

1. Las tasas de deserción escolar, bajos niveles educativos, empleos menos calificados y menores índices de satisfacción laboral entre las madres adolescentes, generalmente asociados a un contexto de vida de mayor pobreza y

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

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

A nivel Nacional

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Recomienda aumentar la coordinación del Ministerio de Salud con los diferentes actores sociales y capacitarlos para para mejorar en la divulgación de uso de métodos anticonceptivos y educación sexual en general en las adolescentes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3. JUSTIFICACIÓN

Esta investigación se justifica desde la dimensión de derechos sexuales y reproductivos y su relación con el desarrollo socioeconómico de un país, siendo las adolescentes y que están puedan estar expuestos a las consecuencias de las malas prácticas o de riesgos reproductivos.

Una buena salud sexual y reproductiva contribuye directamente al mejoramiento individual de cada persona, especialmente de la mujer y de su familia produciendo un desarrollo del capital humano, de ella como mujer y de sus hijos. Por lo tanto, contribuye al desarrollo socioeconómico.

Las adolescentes al tener un inicio temprano de la actividad sexual, tener falta de información y poca accesibilidad a medios anticonceptivos, se exponen a consecuencias que pudieran afectar su proyecto de vida o abandono a su formación.

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

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

Esta investigación dirige su esfuerzo en conocer la realidad de este fenómeno que aqueja sobre todo a los países de la región. Es por esta razón que este estudio aportará a las autoridades del Centro de Salud de Altagracia a contribuir a la búsqueda de soluciones para prevención del embarazo adolescente de manera integral. Además, servirá de referente a otros estudios académicos que inviten a las coordinaciones entre los distintos sectores sociales y continuar aportando a revertir esta situación, modificando el panorama futuro para la juventud que contribuya a una vida plena e integral. Por lo tanto, será de utilidad a las adolescentes para la identificación de los factores que contribuyen a embarazo temprano y concientizar para su prevención.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

Una realidad necesaria para modificar esta situación es mediante un abordaje integral desde el hogar, comunidad, la escuela y los sistemas de salud, que le permita tener acceso a información real, completa para las tomas de decisiones conscientes y acertadas.

En el contexto social y cultural existe la necesidad de brindar una educación integral en sexualidad que modifiquen las concepciones y prácticas en este ámbito de la vida, dando énfasis a actividades lúdicas, recreativas que les permita a los jóvenes establecer proyectos de vida, con una estrategia integral y con el acompañamiento de las familias.

Asimismo, se puede percibir el interés, preocupación y ocupación de instancias gubernamentales tales como el Ministerio de Salud, Ministerio de la Juventud y Ministerio de Educación en asumir esta problemática mediante campañas de divulgación y educativas, para el abordaje de esta situación, involucrando en ellos a los padres de familia.

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

En la capital influye elementos multidimensionales, relacionada con la pobreza, la familia, la educación, las presiones de grupo y el entorno con los grandes desafíos actuales como el

acceso a considerable información a través de los medios de comunicación y el internet, con mensajes inadecuados; así surge la necesidad de profundizar en los factores relacionados al embarazo adolescentes. Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores relacionados al embarazo adolescente en asistentes al Centro de Salud Altagracia - Managua, septiembre – noviembre 2021?

Y las siguientes preguntas directrices:

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

1.5. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar los factores relacionados al embarazo adolescente en asistentes al Centro de Salud Altagracia – Managua, septiembre – noviembre 2021.

Objetivos específicos:

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

1.6. MARCO TEÓRICO

1.6.1. Datos demográficos

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

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

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

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

1.6.2. Tasas de embarazo en adolescente en el mundo

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

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

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

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

1.6.3. Conceptos

Adolescencia

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

Embarazo

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

Embarazo adolescente

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

1.6.4. Etapas de la adolescencia

Adolescencia temprana

Entre los 10 y 13 años. Las hormonas sexuales comienzan a estar presentes y por esto se dan cambios físicos: “pegan el estirón”, cambian la voz, aparece vello púbico y en axilas,

olor corporal, aumento de sudoración y con esto surge el enemigo de los adolescentes: el acné. Comienzan a buscar cada vez más a los amigos.

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

Adolescencia media

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

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

Adolescencia tardía

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

hacer. Además, presentan cambios repentinos de humor disminuyen, ahora tienen mejor sentido del humor.

Desarrollo psicosocial de los adolescentes en general

- Buena capacidad de memorización.
- Les interesa investigar todo y aprender, trabajar y participar.
- Les gusta agradar a los demás y en ellos les gusta ser aprobados
- Desarrollo sexual.
- Construcción de su identidad.
- Necesidad de independencia.
- Buscan pertenecer al grupo.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Contradicciones en su conducta y cambios de estado de ánimo lo que en ocasiones causa conflicto con los padres.
- Analíticos y formulan hipótesis, formulando conclusiones propias
- Les importa el prestigio siendo egocéntricos, convirtiéndose en algunos casos desconsiderados con la familia.
- Sostienen los ideales del líder del grupo.
- El yo del adolescente se defiende, transforma: amor-odio; dependencia-rebelión; respeto y admiración. .
- Tienen energía.
- Narcisistas. Imagen
- Buscan placer.
- Interés por el sexo.
- Buscan llamar la atención.
- Idealistas, buscando cambiar el mundo.
- Miedo al ridículo.
- Buscan apoyo entre pares.
- Buscan identificarse con estereotipos.
- Les gusta ser tomados en cuenta.

- Inseguros.
- Les aqueja el sufrimiento tanto padecido como infligido, quieren ayuda.
- Padecen ansiedad y culpa.
- Depresivos, autodestructivos, suicidas.
- Buscan experimentar.
- Niegan sus sentimientos.
- Se muestran hostiles y no cooperativos.
- No confían en los padres que son inconsistentes.
- No confían en la política.
- Se enfrentan con la autoridad.
- No aceptan órdenes ni mandatos.
- Les gusta ser cómplices.
- Defienden los derechos y la justicia social (Marín, 2017).

Principales cambios físicos

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

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

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

1.6.5. Determinantes sociales

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud se definen como las “circunstancias en la que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y

envejecen, incluido el sistema de salud”, es decir, considerando todos los factores sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales. Estas circunstancias siguen un patrón que resulta de la distribución del dinero, poder y los recursos a todo nivel institucional que depende a su vez de las políticas adoptadas.

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

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

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

1.6.6. Factores asociados al embarazo adolescente

1.6.6.1 Factores individuales

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

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

1.6.6.2. Factores biológicos

Adelanto de la menarquía

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

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

Se puede decir que, con el adelanto de la menarquía, también se incrementan las relaciones sexuales a temprana edad, cuando aún no se maneja sobre situaciones de riesgo. Por otro lado la menarquía marca el comienzo de la capacidad reproductiva de los jóvenes, donde se

experimentan cambios importantes como son el crecimiento físico, el aumento de peso y la manifestación de características sexuales secundarias (ensanchamiento de las caderas, salida del vello púbico, desarrollo de las mamas, crecimiento del vello axilar) donde también los jóvenes necesitan tener una identidad por lo que empiezan a independizarse y querer experimentar nuevas sensaciones y emociones con sus pares adquiriendo conductas sexuales incluyendo el coito lo que conlleva a embarazos no deseados a temprana edad.

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

Etapa de la pubertad

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

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

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

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

1.6.6.3 Factores familiares

El modelo familiar es una de las bases más fundamentales de la sociedad de hoy, ya que un buen modelo familiar refuerza todas aquellas áreas que los individuos necesitan tener consolidada para enfrentarse al mundo. Hoy en día es cada vez más frecuente las familias disfuncionales o uniparentales o con conductas promiscuas, que ponen de manifiesto la necesidad de protección de una familia continente, con buen diálogo padres – hijos. Es decir que hay ausencia de un buen modelo familiar lo que genera carencias afectivas que la joven no sabe resolver, impulsándola a relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto, que genuino vínculo de amor. (Issler, 2011)

En las familias es necesario tener una comunicación clara, disciplinada, donde se apoyan física, emocional y espiritualmente, lo que se considera como familia funcional, de lo contrario se convierte en una familia disfuncional (tensión y conflicto familiar) como en situaciones de: familia en crisis, familias con la pérdida de alguno de sus miembros, enfermedad crónica de algún familiar, madre con antecedente de embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada y padre ausente.

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

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

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

embarazada o embarazar a su pareja. Por otro lado, existen innumerables mitos y tabúes en sexualidad que los niños absorben desde muy temprana edad y ya en la adolescencia están profundamente arraigados como actitudes y valores, que se reflejan en su conducta sexual.

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

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

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

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca
1: Casi nunca, 2: Algunas veces, 3. Casi siempre, 4: Siempre.

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a

A continuación, se presenta el cuestionario para evaluar la funcionalidad de la familia (apgar familiar)

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad familiar

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

Comunicación padre e Hijo

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

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

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

Importancia del modelo familiar

Por lo antes mencionado es necesario que los padres se ocupen y atiendan a sus hijos para que se propicie la comunicación y de esta forma disminuir problemáticas sociales como el

embarazo de adolescentes, violencia, drogadicción y alcoholismo. Este acercamiento entre padres e hijos abrirá el diálogo y fortalecerá la confianza. Por tal motivo, se puede considerar un factor del embarazo adolescente, que las niñas presenten una carencia de afecto familiar o problemas familiares, buscan identidad propia, muestran interés hacia lo prohibido y se rebelan contra de lo establecido, deseando sentirse adultos.

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

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

Educación sexual desde la familia

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

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

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

La importancia de la educación sobre sexualidad desde la familia, radica en revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de los seres humanos y en sus relaciones entre sí, así mismo, favorece un mayor conocimiento y relación con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y de sustento del autocuidado de salud, con el propósito de evitar que los adolescente al ser expuestos al mundo real, sean manipulables por personas mal intencionadas, cuyo único objetivo sea hacerles daño como ocurre comúnmente con las adolescentes, exponiéndolas a un riesgo potencial de relaciones sexuales precoces, y por ende embarazarse sin planificarlo. De igual forma, favorece el desarrollo de conductas sexuales conscientes y responsables hacia uno mismo y los demás cuando se cuenta con los conocimientos necesarios para enfrentar cualquier situación de riesgo, y por último, provee criterios equitativos y conductas de responsabilidad compartida en la pareja, y de este modo lograr el desarrollo de un pensamiento crítico que posibilite la adquisición de actitudes positivas hacia la sexualidad entendida como elemento inherente al ser humano.

1.6.6.4 Factores socio culturales

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

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

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

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

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

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

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

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

Mitos y tabúes

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

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

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

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

- Pensamiento mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.
- Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

- Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen mitos respecto a relaciones sexuales o concepción que llevan a conductas inapropiadas de cuidado.
- Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía.

Uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual

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

Las primeras relaciones sexuales son espontáneas, no planeadas, lo que dificulta la utilización de algún método anticonceptivo, al mismo tiempo que parece haberse observado una débil motivación, por parte de los jóvenes, para su uso. Por lo antes mencionado la falta de una adecuada educación e información sexual explica, en la mayoría de las ocasiones, la alta incidencia de gestación adolescente. La responsabilidad de padres, profesores, sanitarios, de la sociedad, en fin, se diluye y los jóvenes obtienen la información sobre los métodos anticonceptivos de sus amigos, medios de comunicación. Ojeda (2010)

Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo a un lado sus derechos y sus

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

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

En 2001, sólo el 3% de los nicaragüenses de 15 a 49 años informaron estar usando condones, lo cual es particularmente importante cuando se considera la salud de los adolescentes, ya que es menos probable que los adolescentes utilicen otros métodos anticonceptivos a largo plazo y es más probable que tengan relaciones sexuales poco frecuentes o no planeadas. Lion (2010).

Prácticas sexuales de riesgo

Son todas aquellas prácticas que aumentan el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS), VIH, Sida, provocar un embarazo no planificado o llevar a un aborto

en condiciones de riesgo. Entre sus tipos están: Tener parejas sexuales múltiples, tener una historia pasada de cualquier ITS, tener una pareja con una historia pasada de cualquier ITS, tener una pareja con una historia sexual desconocida, usar drogas o alcohol en situaciones donde puede haber intercambio sexual, tener una pareja que se droga de forma intravenosa, tener relaciones homosexuales o heterosexuales “promiscuas”, sexo anal sin preservativo, tener una relación sexual sin protección.

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

Ingresos económicos

Según URIZA (2011). Las malas o bajas condiciones socioeconómicas, así como la ignorancia y la pobreza constituyen factores causales muy importantes, tanto del embarazo adolescente como del inicio precoz de las relaciones sexuales”. Por ello se observa cómo la fecundidad adolescente no se distribuye de forma homogénea entre los diferentes estratos sociales, apreciándose zonas de elevada prevalencia dentro de una misma área geográfica.

Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes, hecho que afortunadamente ya no sucede en

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

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

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación. En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Además (Gonzales, 2013) las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

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

- Consecuencias para la Madre adolescente
- Frecuente abandono de los estudios, lo que reduce sus futuras oportunidades de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal.

- Menor duración y más inestables en pareja adolescente.
- Discriminación por su grupo de pertenencia.
- Tendencia a un mayor número de hijos con intervalos Inter-genésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.
- Consecuencias para el Hijo de la Madre adolescente
- Mayor riesgo de bajo peso al nacer.
- Mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.
- Frecuente deserción escolar para absorber la mantención de su familia.

1.6.6.5 Factores Psicosociales

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

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

tener relaciones sexuales promiscuamente, ya que no se hace uso de todas las medidas preventivas que podrían evitar tormentos a futuro.

Estigmatización de las adolescentes embarazadas

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

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

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

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

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

La generación de este siglo ha decidido desafiar a los padres y las reglas básicas que se les enseña desde edades muy temprana, cada vez se desvirtúa más el tema de la sexualidad y

vamos en declive, exponiéndonos a un más a múltiples enfermedades de transmisión sexuales y altos índices de fecundidad debido a embarazos no deseados de padres adolescentes totalmente inconscientes de las decisiones que toman, lo que a su vez desencadena más pobreza para un país en plenas vías de desarrollo.

Y otras conductas de riesgos, como abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida.

Aspectos psicosociales

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

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

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de estudio

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

Es cuantitativo, ya se utiliza datos numéricos, gráficas y tablas de contenido se presentará la temática abordada. Sampieri R. (2014). Es cualitativo según Sampieri “Se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en su ambiente natural y en relación con el contexto” (p. 39)

2.2. Universo

El universo de este estudio está compuesto de 68 adolescentes embarazadas. Sampieri (2014), define universo como un conjunto de todos los casos que concuerdan determinadas especificaciones que se quieren estudiar.

2.3. Caracterización de unidad de observación

La unidad de observación son las adolescentes embarazadas asistentes al Centro de Salud Altagracia, principalmente de los puestos de salud de los barrios que corresponden a este centro de salud.

Tiene una población actual de 78, 526 habitantes, el 50.3% son hombres y el 49.7% son mujeres, 1530 niños menores de un año, 800 niños menores de 5 años; y 30 barrios.

Muestra

2.3.1. Tamaño de la muestra para encuesta (cuantitativa)

Para el cálculo de muestra cuantitativa se realizó mediante el programa estadístico en línea Open Epi, versión 3, para esto se determinó muestra con un intervalo de confianza (IC 80%), obteniendo el resultado de 49 unidades de observación.

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	68
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo- $EDFF$):	1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	58
80%	49
90%	55
97%	60
99%	62
99.9%	65
99.99%	66

Ecuación

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

2.3.2. Muestra de métodos cualitativos

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

2.3.3. Tipo de muestreo cuantitativo

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

Para seleccionar el número de elementos de la población se recurrió al método de lotería, una tabla de números aleatorios generados de forma aleatoria mediante programa Excel con la función aleatoria; el programa seleccionó aleatoriamente la muestra.

2.3.4. Criterios de inclusión

- Adolescentes embarazadas asistenten al Centro de Salud que pertenezcan o que estén viviendo en Altagracia
- Que acepten voluntariamente participar en el estudio
- Que no tengas problemas de comunicación (problemas cognitivos y de lenguaje)

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de la información

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

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

1. La “Encuesta de factores relacionados a embarazo adolescente, está compuesta por 3 partes con preguntas cerradas, la primera parte refleja las características socio demográficas: edad, procedencia, estado civil, situación escolar; la segunda parte trata de factores familiares: relación padres e hija, comunicación padres – hija, educación en sexualidad desde la familia; y la tercera parte consta de factores

socioculturales: Mitos y tabúes, prácticas sexuales de riesgo, estigmatización del embarazo. Dentro de la encuesta se utiliza los siguientes instrumentos:

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

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

- 3. Categorías que conforman el modelo parenteral:** Estas son las concepciones sobre la crianza, es decir, el pensamiento de madres y padres de familia en relación a su relación con sus hijas, en la investigación se hace de vital de importancia, ya que es a través de este instrumento es que las adolescentes son capaces de identificar y clasificar la relación y comunicación con sus padres según ellas valoren más asertivo.
- 4. Escala de estigmatización de las adolescentes embarazadas o madres adolescentes:** La estigmatización responde a la presencia de algún atributo que, en un contexto sociocultural determinado, se condice con un rasgo que devalúa y/o

desacredita la condición de la persona. En este caso se utilizó con el fin de analizar como las adolescentes perciben son juzgadas por la sociedad, con el propósito de analizar el desarrollo moral de las adolescentes. Esta tablita tiene una escala tipo Likert y fue inmersa dentro de la encuesta respetándosele todo su abordaje.

Para la validación se aplicó a un grupo de 10 adolescentes, validando la claridad y comprensión de las preguntas en estudio.

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

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

2.5. Plan de tabulación

Los resultados obtenidos de la encuesta, se exportaron los datos de google forms a una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 20, con el fin de obtener tablas simples expresadas en frecuencia, porcentajes. Además, se utilizará medidas de tendencia central,

media, moda y mediana. Además de esto, se realizarán gráficos de pasteles, y barras de manera uní y multivariadas, que describan en forma clara la interrelación de las variables.

Para el análisis cualitativo se hace una transcripción de la información obtenida en el grupo focal y luego se organizó según cada descriptor para su sistematización y el análisis conjunto con los datos cuantitativos. El informe de la investigación se presentó de manera escrita con el programa de Microsoft Word.

2.6. Plan de análisis

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

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

2.7. Enunciado de las variables y descriptores

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

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

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

- a. Relación padres e hija.
- b. Comunicaciones padres – hija.
- c. Educación en sexo desde la familia.

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

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

Descriptorios cualitativos

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

2.8.Operacionalización de las variables

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

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

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

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

2.9.Aspectos éticos.

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

CAPÍTULO III: DESARROLLO

4.1. RESULTADOS

4.1.1. RESULTADOS CUANTITATIVOS

Características sociodemográficas

Con respecto a las características sociodemográficas se encuentra la edad, dentro del rango de 10 a 13 años 5(10.2 %), de 14 a 16 años 12 (24.5 %) y de 17 a 19 años 32 (65.3%). La procedencia se encuentra principalmente barrios cercanos como Altagracia 21 (42.9%), El Recreo 15 (30.5 %), Andrés Castro 5 (10.2 %), Bertha Calderón 3(6.1%), Batahola, Arnoldo Alemán y Nora Astorga 1 respectivamente (6%). Dentro de la situación escolar se indaga sobre el estudio en el momento de la encuesta, 31 (63.3%) no estudian, 18 (36.7%) estudian actualmente; de las adolescentes que no estudian 11 (34.5 %) no desean retomar sus estudios y 20 (65.5%) desea retomar los estudios. La escolaridad se encontró sin ninguna escolaridad 1 (2.%), con primaria completa y primaria incompleta 13 (26.5%), secundaria completa 6 (12.2%), secundaria incompleta 20 (40.8%), técnico superior 5 (10.2%) y Universidad 4 (8.2%); el estado civil dijeron casadas, 7 (14.3%), soltera 21 (42.9) unión libre con 11 (22.4%) cada una respectivamente, solteras 11 (24.4%) y unión de hecho estable (convive con su pareja 9 (18.4%); sobre su situación a que si trabajan actualmente 39 (79.6%) no trabaja y10 (20.4%) si trabaja actualmente; de estas que trabajan, 4 (40 %) tienen trabajo formal y 6 (60%) trabajo informal; tiene ingresos menos de 2000 córdobas 5 (50%), entre C\$ 5,000 a 6,999 córdobas 3 (30%), mayor C\$ 7,000 córdobas 5 (10.2 %) córdobas. Ver anexo tabla 1

Factores familiares relacionados

En relación al núcleo familiar que convivía las encuestadas antes del embarazo refieren que 16 (32.7%) viven sólo con su mamá, 21 (42.9%) viven con mamá y papá, los que viven solo con sus abuelos son 3 (6.1%) y los que viven con abuelos, mamá y papá 5 (10.2) y otros

familiares o tutores con 3 (6.1%) cada uno respectivamente; respecto a las pautas de crianzas fueron negociador 9 (18.3%), rígidos 11 (24.4%), situacional con 20 (40.8%), indulgentes 9 (18.4%); los vínculos de apego se encontró cercano 15 (30.6%), situacional 19 (38.7%), elemental 7 (14.2%) y cálido 8 (18.3%); los patrones de éxitos se presentaron orientador 19 (38.8%), situacional 12 (24.5%), promotor 15 (30.6%) y emancipador con 3 (6.1%). Ver anexo tabla 2.

Las respuestas del apgar familiar de las encuestadas respecto a: me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad respondieron siempre 11 (22.4%), casi siempre 12 (24.5%), algunas veces 11 (22.4%), casi nunca 8 (16.3%), nunca 7 (14.3%); me satisface como en la familia hablan y comparten los problemas, se presenta como siempre 10 (20.4%), casi siempre 11 (22.4%), algunas veces 15 (30.6%), casi nunca 5 (10.2%) y nunca 8 (16.3%); le satisface como la familia acepta y apoya el deseo de emprender nuevas actividades están con siempre 9 (18.4%), casi siempre 16 (32.7%), algunas veces 9 (18.4%), casi nunca 4 (8.2%) y nunca 11(22.4%); le satisface como la familia les expresa afecto y responde a las emociones como, rabia, tristeza, amor, con respuesta de siempre 6 (12.2%), casi siempre 12 (18.4%) algunas veces 9 (18.4%), casi nunca 12 (24.5%) y nunca 10 (20.4%); les satisface el tiempo de compartir en familia y estar juntos contestaron siempre 9 (18.4), casi siempre 15(30.6%), algunas veces 10 (20.4%), casi nunca 5 (10.2%), nunca 10 (20.4%); compartir el espacio en casa expresan como siempre 9 (18.4%), casi siempre 10 (20.4%) algunas veces 15 (30.6%), casi nunca 5 (10.2%), nunca 10 (20.4 %); se sienten satisfecha como se comparte el dinero en su familia opinan siempre 13 (26.5) casi siempre 11 (22.4%) algunas veces 11 (22.4%), casi nunca 8 (16.3%) y nunca 6 (12.2%); tienen un amigo cercano o una amiga cercana que pueda buscar cuando necesite ayuda refieren como siempre 15 (30.6%) casi siempre 14 (28.6%), algunas veces 6 (12.2%), casi nunca 4 (8.2%)

y nunca 10 (20.4%); están satisfecha con el soporte que reciben de sus amigos y amigas se presenta como siempre 15 (30.6%), casi siempre 12 (24.5%) algunas veces 4 (8.2%), casi nunca 5 (10.2%) y nunca 13 (8.9%). Ver anexo tabla 3. Se determina el apgar familiar encontrando en la clasificación de normal 9 (18.4%) disfunción leve a 13 (26.5%), disfunción moderada a 3 (6.1%) y con disfunción grave a 24 (49.%). Ver anexos tabla 4

Factores socioculturales

En alusión a la educación e información recibida sobre sexualidad, noviazgo, relaciones sexuales por la familia, se encuentra que el 33 (67.3%) hablaban de sexualidad en su casa o en su familia antes del embarazo y el 16 (32.7%) no hablaban al respecto; sobre si sus padres le aconsejaban o conversaba sobre sexualidad, noviazgo, relaciones sexuales a 32 (65.3%) si aconsejaban y no aconsejaban 17 (34.7%); si recibieron educación sexual de otra persona que no sea su familiar como amigos u otros a 36 (73.5%) y no a 13 (26.5%). Ver anexo tabla 5.

Las fuentes de información de las encuestadas sobre aspectos sobre sexualidad, planificación familiar, relaciones sexuales y noviazgo, refieren que reciben información en una Institución educativa 29 (59.1%), Institución de salud 7 (20.5%), internet 8 (16.4%), amigos y la televisión 2 (4.0%). Ver anexo tabla 6.

Los mitos y tabúes presentes en las encuestadas establecen lo siguiente: durante la primera relación no sale embarazada contestaron falso 26 (53.1%) y verdadero 23 (46.9%), si toma anticonceptivo de emergencia se protege durante todo el mes refieren falso 32 (65.3%) y verdadero 17 (34.7%), si se lavan inmediatamente después de una relación no me embarazo responden como falso 40 (88.9%) y verdadero 9 (11.1%), si me levanto rápidamente para que caiga el semen u orino, no me embarazo expresan como falso 31 (63.3%) y verdadero 18 (34.7%), La masturbación es mala y sucia manifiestan como falso 33 (67.3%) verdadero

16 (32.7%), es mejor usar doble condón protege más como falso 35 (71.4%) y 14 (28.6%), sacar el pene antes de que salga el semen no se embarazan contestan falso 25 (51.0%) y verdadero 24 (49.0%), tener relaciones sexuales anales sin protección es imposible salir embarazada refieren como falso 28 (57.1%) y verdadero 21 (42.9%). Ver anexo tabla 7.

Dentro de las prácticas sexuales de riesgo, de acuerdo al número de parejas sexuales se encuentran con una pareja 28 (57.1%), con dos parejas 12 (24.5%) y con tres parejas 6 (12.2%), 4 o más 3 (6.1%); con antecedentes de infecciones de transmisión sexual 8 (16.3%), con pareja con antecedentes de infecciones de transmisión sexual 6 (12.2%), con parejas con historia sexual desconocida 9 (18.4%), han tenido relaciones homosexuales 3 (6.1%), han tenido relaciones sexuales sin protección 29 (59.2%), relaciones sexuales con varias parejas a la vez 12 (24.5%), han tenido relaciones sexuales con desconocidos 1 (2%) y el uso de drogas o alcohol cuando tienen relaciones sexuales con 5 (10.2%), han tenido pareja que se droga 6 (12.2%), sobre uso de método anticonceptivo cuando se embarazó 35 (71.4%); sobre si piensan que el método que usó falló refirieron que si 24 (49.0%); con respecto a los métodos que usaron fueron los siguientes: anticonceptivos orales 9 (40.9%), inyectables 18 (36.7%), condón 12 (24.5%) y la píldora de la mañana siguiente 1 (2.0%). Ver anexo tabla 8.

Respeto a la escala de estigmatización con las siguientes afirmaciones: sintió que su embarazo decepciono a su familia, respondieron nunca 31 (63.3%), a veces 9 (18.4%), la mayoría de veces 2 (4.1%); sintieron que el embarazo avergonzaba a mi familia, refirieron nunca 31 (63.3%), a veces 12 (24.4%) y la mayoría de veces 4 (8.2%) siempre 2 (4.1%); temor de cómo reaccionarían mis familiares, nunca 18 (36.7%), a veces 11 (22.4%), la mayoría de veces 7 (14.3%) y siempre 13 (26.5%); durante los cuidados del embarazo sintieron que el personal de salud las discriminaba por el embarazo, expresaron nunca 36

(73.5%) y a veces 6 (12.2%), la mayoría de las veces 2 (4.1), siempre 5 (10.2%); las personas las miraban mal en lugares públicos contestaron, nunca 29 (59.2%), a veces 9 (18.4%), la mayoría de veces 5 (10.2%), 6 (12.2%); sintieron vergüenza de que la gente del barrio se diera cuenta del embarazo, nunca 31 (63.3%), a veces 14 (28.6%), la mayoría de veces 2 (4.1%) y siempre 2 (4.1%); las personas de la misma edad las miraban mal por haber salido embarazada refieren nunca 29 (59.2%), a veces 11 (22.4%), la mayoría de veces 3 (6.1%) y siempre 6 (12.2%). Ver anexo tabla 9.

Las motivaciones del embarazo cuando se pregunta sobre que el embarazo es consecuencias de: una falla del método de planificación 22 (44.8%), deseaba quedar embarazada 12 (24.4%) por presión de mi pareja, dando la prueba del amor 10(20.5), desconocía como evitar un embarazo 5 (10.3%). Cuando se enteró de su embarazo pensó en: que era el momento de asumir esa responsabilidad a pesar de todo 30 (61.4%), era una bendición 17 (34.6%), abortar 1 (2%), nada, no sabía que hacer 1 (2 %). Ver anexo tabla 10.

4.1.2. RESULTADOS CUALITATIVOS

Se colocaron en el anexo 1.3 los resultados cualitativos de la investigación.

4.2. DISCUSIÓN

El estudio muestra los factores relacionados al embarazo adolescente, se destaca el grupo etario de 17 a 19 años con 65.3%, soltera 21 (43%) del barrio Altagracia y El Recreo; en el estudio realizado por Cruz Díaz (2016) en el Hospital Alemán Nicaragüense también predominaron las adolescentes en edades de 17 a 19 años, aunque de unión acompañadas.

Las estadísticas en Nicaragua según la Organización Panamericana de la Salud reporta, tasas de embarazo adolescente la segunda más alta en América Latina en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas en edades entre 15 a 19 años; los resultados indican la prevalencia de embarazo en la adolescencia tardía donde existe maduración sexual física con una pubertad ya completa, los cambios psicosociales indican una identidad más clara, presenta menos cambios de humor repentinos y tienen mayor confianza e independencia en la búsqueda de tomar sus propias decisiones así, los resultados de esta investigación concuerdan con los datos nacionales e internacionales, en la prevalencia del grupo etario.

Las adolescentes al no planificar el embarazo, como lo refieren en el grupo focal, tuvieron que asumir el embarazo y dado que el compañero en la mayoría de los casos se ausenta y en algunos casos se lleva a la adolescente a su casa o se asienta en la casa de la adolescente terminando en una relación de unión de hecho estable y pocas veces en matrimonio, también es muy probable que su pareja sea mayor que ellas en muchas ocasiones.

El 63.7% de las encuestadas no estudian actualmente y más de la mitad el 64.5% desea retomar sus estudios una vez termine el embarazo, la mayoría tiene una escolaridad de secundaria incompleta, esto indica un área para abordar con apoyo interinstitucional para cortar el ciclo de la pobreza desde la educación, una adolescente sin instrucción será una carga para sus familias, así lo indica el estudio de Gómez y Montoya (2012), Colombia, el 78.5% tiene una escolaridad de secundaria incompleta, también Carcache Gutiérrez & Dávila

Álvarez (2019) en Nicaragua, la escolaridad se ubicó menor de tercer año de secundaria estas tienen 70 veces más riesgo de embarazo prematuro.

La situación escolar es un factor que se encuentra muy relacionado al embarazo precoz, por ello hacer énfasis en las instituciones educativas a fin de garantizar la educación luego de su embarazo, garantizará mejores ingresos en un futuro; esta investigación refleja que la mayoría no tienen ingresos porque solo el 6.7% de ellas trabajan y la mayoría que trabajan tienen un ingreso entre 5,000 y 6,900 córdobas cerca del salario mínimo establecido, esto reafirma que las adolescentes no son auto suficientes y serán una carga para sus familias y sus compañeros en el caso que lo tengan; esta dependencia económica podría propiciar violencia intrafamiliar y conflictos en las familias

Según González, aborda otro aspecto preocupante en las adolescentes con embarazo precoz, estas madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza, esto debería ser una prioridad en las estrategias para la prevención del segundo embarazo entre las adolescentes.

Los factores familiares tienen una estrecha relación con la presencia de un embarazo precoz, es fundamental establecer buenos lazos afectivos en la relación de los padres e hijos, estos constituyen según la literatura un factor protector en la prevención del embarazo adolescente; la investigación muestra un dato significativo respecto a la funcionalidad familiar solo hay un 18.4% dentro de la clasificación normal y el 55.6% tiene disfunción grave y moderada en el apgar familiar que denota una carencia de afecto, comunicación y apoyo familiar; en el grupo focal cuando se pregunta ¿Cómo es la relación con su familia? Existen expresiones como: “Mi mamá me apoya sin embargo ahora la relación es diferente, no platicamos sobre los que siento”, “La mayoría coincidió que hay apoyo familiar, sin embargo, te viven sacando de vez en cuando que ahora tenés

responsabilidad. Es más o menos, hablamos poco”, “Mi relación con mis Padres no es muy buena”; claramente se observa la falta de dialogo de padres e hijos, con familias disfuncionales, aunque hay familia con la presencia de mamá y papá 42.9% hay porcentaje considerable monoparentales con un predominio matriarcal en 32.7%, hijas de madres solteras y muchas veces apoyan la crianza las abuelas, los patrones de crianzas de predominio situacional 40.8% y rígido con 22.4% esto denota un clima tenso. Por esto es necesario trabajar con las familias y especial con los Padres en estrategias como escuelas para Padres con el fin de propiciar la comunicación y abordar entre los adolescentes los riesgos de embarazo precoz, la violencia y el abuso de alcohol y drogas.

Ormachea (2016), dentro de sus resultados encuentra un 35.48% de familias monoparentales, presencia de disfunción familiar y de violencia psicológica; datos relacionados a los encontrados en esta investigación donde explica la relación entre embarazo adolescente y deficiente funcionalidad familiar. Además, Cruzalegui Caballero (2015) en Perú también refiere que las adolescentes embarazadas proceden de familias desintegradas, pero no encontró significancia estadística.

Sobre los factores socioculturales como la educación sexual, también está relacionada con el papel que la familia en la información que reciben los hijos sobre la sexualidad, noviazgo, prevención del embarazo y las ITS, así expresión del grupo focal establece cuan distante es la instrucción que la familia brinda como, en la pregunta ¿Dentro de la familia han hablado sobre sexualidad, noviazgo y relaciones sexuales? “Muy poco se platica en la familia”, “casi nunca se toca el tema, solo cuidado salís embarazada cuando voy a fiesta”, se establece que la educación sexual debe comenzarse desde la infancia y esta ser armónica y progresiva durante toda la vida según menciona la literatura.

La educación sexual es necesaria para esclarecer y reflexionar en temas sobre la sexualidad favoreciendo las mejores relaciones interpersonales y el valor del componente afectivo; repercute en los procesos de socialización en los grupos de amigos, también favorece un mayor conocimiento y relación con su cuerpo; la investigación muestra que el 32.7% no hablaba de sexualidad en su casa o en su familia antes del embarazo, el 34.7% no le aconsejaron o conversaron sobre sexualidad, noviazgo y relaciones sexuales y el 26.5% ha recibido educación sexual de otra persona que no sea su familiar sino un amigo u otro; también se relaciona con la fuente de información que predomina en un 59.1% con una institución educativa, en el grupo focal las adolescentes reflejan esta información recibida en la asignatura de ciencias naturales, estos programas en la escuela no cuenta con la información necesaria para una educación sexual integral; también se reconoce a las instituciones de la salud en un 20.5% como fuente de información que llega probablemente a través de las ferias de promoción y prevención del Ministerio de Salud.

Una adecuada educación sexual reduce las conductas de riesgo y enfrenta los mitos y tabúes, estos son consecuencia de la ignorancia y brindan información errónea según la literatura expresa que estas creencias comienzan a divulgarse como algo probado y real. Los mitos frecuentes en esta investigación se encuentra que el 32.7% cree que la masturbación es mala y sucia; la masturbación es parte de la sexualidad presente desde la infancia no debería considerarse como algo malo ni sucio, esta solo se puede considerar como problema cuando es realizada en público o es excesiva; otro mito encontrado fue: si se saca el pene antes de que salga el semen no me embarazo en el 49.0% lo refiere como verdadero; en la primera relación no se sale embarazada, esto lo refieren el 46.9%, según estos datos encontrados se puede salir embarazada, por ello puede ser considerado como un mito, debido a que líquido seminal podría llevar espermatozoides aptos para fecundar.

Otro factor sociocultural son las prácticas sexuales de riesgo, esta investigación demuestra que las adolescentes estudiadas en un 57.1% solo han tenido una pareja sexual, el 24.5% han tenido dos compañeros sexuales, y el 18 % han tenido 3 o más compañeros sexuales, este último es un criterio de prácticas sexuales de riesgo y o no tener protección. Las que son solteras, tienden a tener otro compañero sexual, siendo el 43 % han tenido más de un compañero. Esto explicaría que el 16.3% de la adolescente ha tenido ITS. Las que tiene compañero o están casada tienden a establecer una relación sentimental estable y estas sean más cautelosas para tener otras parejas sexuales.

Otros estudios refieren que generalmente las primeras relaciones sexuales en las adolescentes son espontaneas y no planeadas lo que explica lo encontrado en la investigación en un 59.2% tuvo relaciones sexuales sin protección. Otro dato encontrado es, relaciones con varias parejas a la vez 24.5 % con consecuencia de esta conducta de riesgo el embarazo precoz y posible ITS. En el grupo focal cuando se preguntó sobre la presión de la pareja a tener relaciones sexuales se expresaron que “Fue consensado, pero él tomó la iniciativa con muchas caricias y me decía que tuviéramos relaciones” indica la espontaneidad y la búsqueda del placer de las relaciones sexuales sin protección.

El 71.4% de las encuestadas utilizaban un método anticonceptivo cuando se embarazaron, usaban principalmente los anticonceptivos hormonales inyectables en 36.7%, condón 24.5% y hormonales orales 10.2%; según datos de la OMS refiere que mientras más joven es la mujer menos relaciones sexuales sin protección necesita para quedar embarazada., ellas refieren “ cuando se hace con amor se olvida protegerse”, “no creí que me iba a embarazarse con pocas veces”, así se demuestra la facilidad para embarazarse de las adolescente; se establece el poco uso del condón apenas el 18.2% usaron condón, en el país se reporta que solo el 3% de los nicaragüenses de 15 a 49 años usaron condón en año 2021. Según Carcache

Gutiérrez & Dávila Álvarez, (2019), realizaron la investigación que las adolescentes que no utilizan métodos anticonceptivos una vez ya iniciada la vida sexual activa tienen 30.6 veces más riesgo de embarazarse precozmente.

La presencia de un 71.4% de falla del método anticonceptivo puede deberse al uso inconsistente del mismo y falta de información que aumentaron el porcentaje de falla de los anticonceptivos inyectables y orales, por ello hay que reforzar la consejería en la clínica de atención y la educación en salud mediante las ferias educativas o la entrega de materiales educativos.

Otro aspecto que se estudió fue la escala de estigmatización, donde permite conocer la perspectiva de la adolescente en torno a su situación actual, como ella cree está siendo valorada por su familia, sus pares y la comunidad. Los datos demuestran que la adolescente siente que no decepcionó a su familia por el embarazo, que siempre o en su mayoría de veces sintió temor de la reacción de sus familiares en un 41 %, el 73.5% refirió que nunca se sintió discriminada por el personal de salud, la mayoría no sintió vergüenza que otros en su comunidad se dieran cuenta del embarazo, ni sintió que la miraban mal en el 63.3%. En general, las encuestadas creen tener una buena aceptación de su embarazo por parte de su familia, el personal de salud, sus pares y la comunidad, aunque una minoría considerable 22% sintieron reprobación por casi todos.

Con respecto a las motivaciones del embarazo se destaca que el 73.3% no deseaban salir embarazada, encontrado en el grupo focal la expresión “Fue inesperado” “No fue planificado”, “no funcionó el método”. Sin embargo, la mayoría el 96% asumieron la responsabilidad de tener al niño. Llama la atención que el 20.5% salieron embarazadas por presión de la pareja, reflejándose la cultura machista. Sin embargo, las adolescentes refieren

sentir que al ser madres van a ser respetadas y valoradas, porque es socialmente aceptado en este país.

CONCLUSIONES

1. Con respecto a las características sociodemográficas, la edad de predominio fue la de 17 – 19 años, procedentes del barrio Altagracia y El Recreo, actualmente no estudian, pero desean retomar sus estudios después del embarazo, con escolaridad de secundaria incompleta; predominan el estado civil soltera, no trabajan y las pocas que trabajan ganan entre C\$ 5,000.00 y C\$6,999.00 córdobas mensuales.
2. En referencia a los factores familiares las adolescentes vivían con mamá y papá le seguían las que vivían solo con sus mamás antes del embarazo; con pautas de crianzas situacional y rígido; vínculos afectivos situacional y patrones de éxito de tipo orientador. Se encontró familias con disfunción grave y moderado.
3. Dentro de los factores socioculturales, aunque se habla de educación sobre sexualidad, noviazgo y relaciones sexuales de parte de la familia no fue suficiente, pues les falló el método; se habla más con los amigos. La principal fuente de información son las instituciones educativas y de salud. En los mitos y tabúes prevalecieron la creencia que, si saca el pene antes de que salga el semen, no me embarazo y durante la primera relación no sale embarazada. Las prácticas sexuales de riesgo frecuentes están que han tenido más de dos parejas sexuales, con varias parejas a la vez y sin protección; la mayoría de las adolescentes usaban un método anticonceptivo cuando se embarazaron, principalmente los anticonceptivos inyectables. Dentro de la escala de estigmatización no perciben discriminación por sus familiares ni por parte de sus pares, ni las personas de su comunidad. Se embarazaron a consecuencia de un fallo de método, y por presión de su pareja; cuando se enteraron del embarazo asumieron esa responsabilidad.

RECOMENDACIONES

A las autoridades del Centro de Salud Altagracia

Promover un Plan prevención de embarazo adolescente interinstitucional y otros actores dentro del municipio para una respuesta integral a esta problemática social.

Realizar campañas educativas para adolescentes y jóvenes sobre salud sexual y reproductiva principalmente en las escuelas con énfasis de desmitificar creencias erróneas todavía presentes en las adolescentes.

Apoyar investigaciones para el estudio del fenómeno del embarazo adolescente impulsado por los centros de educación superior y profundizar en esta temática.

Al personal de salud

Impulsar un plan de trabajo en las escuelas con los Padres y Madres para mejorar la comunicación y funcionalidad familiar.

Brindar charlas y consejería a las adolescentes sobre planificación familiar después del parto contribuyendo a la prevención del segundo embarazo y evitar fallas de los MAC.

Proporcionar información detallada sobre todos los métodos anticonceptivos, incluidos condón, anticonceptivos orales, inyectables, dispositivos intrauterinos (DIU).

A las adolescentes

Apoyar a las adolescentes a plantearse proyectos de vida desde el embarazo para fijarse metas y opciones para su futuro como reanudar sus estudios secundarios u universitarios.

Continuar educándose en temas de la salud sexual y reproductiva para tener una vida saludable.

Tomar conciencia sobre la conducta de riesgo de tener relaciones sexuales sin protección para un segundo embarazo y las infecciones de transmisión sexual.

CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA

4.1. Bibliografía

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

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

<http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/5358>

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

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

[.edu.ni/1604/1/5163.pdf](https://repositorio.unan.edu.ni/1604/1/5163.pdf)

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

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

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

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

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

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

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

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

(s.f.).

Obtenido

de

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

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

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

8.

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

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

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

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

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

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

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

Menéndez Guerrero, G. E., Navas Cabrera, I., Hidalgo Rodríguez, Y., & Espert Castellanos, J. (26 de septiembre de 2021). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*.

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

Moran Valladares, D. M. (Septiembre de 2020). *Factores asociados al embarazo subsecuente en adolescentes atendidas en la Clínica del adolescente Hospital General España, Chinandega, julio - septiembre, 2016*. Obtenido de

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

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

NICASALUD. (Junio de 2017). <https://www.nicasalud.org.ni>. Obtenido de <https://www.nicasalud.org.ni/wp-content/uploads/2017/06/RE-Causas-y-consecuencias-economicas-y-sociales-del-embarazo-adolescente-en-Nicaragua-1.pdf>

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

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

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

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

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

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

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

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

Obtenido

de

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

Ortiz, R., Torres, M., Peña Cordero, S., Quinde, G., Durazno, G. C., Palacios, N., . . . Bértudez, V. (26 de septiembre de 2021). <https://www.revistaavft.com>. Obtenido de <https://www.revistaavft.com/images/revistas/2017/AVFT%202%202017/caracteristicas%20sociodemograficas.pdf>

Ramos Ayala, S. E. (Enero de 2021). repositorio.unan.edu.ni. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/15047/1/15047.pdf>

UNFPA. (2020). <https://lac.unfpa.org>. Recuperado el 15 de Enero de 2022, de https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_consecuencias_en_6_paises_espanol_1.pdf

UNICEF. (26 de septiembre de 2021). <https://www.unicef.org>. Obtenido de <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>

UNICEF. (18 de octubre de 2021). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*. . Obtenido de <https://www.unicef.org/lac/media/6351/file/PDF%20Publicaci%C3%B3n%20Vivencias%20y%20relatos%20sobre%20el%20embarazo%20en%20adolescentes%20.pdf>

CAPÍTULO V: ANEXO

5.1 Anexos: Tablas y gráficos

Tabla 1. Características sociodemográficas de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021

n=49		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
Entre 10 -13 años.	5	10.2
Entre 14 – 16 años.	12	24.5
Entre 17 – 19 años.	32	65.3
Procedencia		
Altagracia	21	43.0
Andrés Castro	5	10.3
Arnoldo Alemán	1	2
Batahola	1	2
Bertha Calderón	3	6.1
El Recreo	15	30.5
Nora Astorga	3	6.1
Estudia actualmente		
No	31	63.7
Si	18	36.3
Retomar los estudios		
n=36		
No	11	30.6
Si	25	69.4
Situación Escolar-		
Ninguna	1	2.0
Primaria completa	5	10.2
Primaria incompleta	8	16.3
Secundaria completa	6	12.2
Secundaria incompleta	20	40.8
Técnico superior	5	10.2
Universidad	4	8.2
Estado Civil		
Casada	7	14.3
Separada	1	2.0
Soltera	21	42.9
Unión de hecho estable (vive con su pareja)	9	18.4
Unión libre	11	22.4

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021. (Continuación)

n=49		
Trabaja actualmente	Frecuencia	Porcentaje
No	39	93.3
Si	10	6.7
Ocupacion	n=10	
Trabajo informal	6	60
Trabajo formal	4	40
Ingreso mensual	n=10	
Entre 5,000 y 6,999 córdobas	3	30
Mayor de 7,000 córdobas.	2	20
Entre 5,000 y 6,999 córdobas	5	50

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 2. Factores familiares relacionados al embarazo en las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021

n=49		
Núcleo familiar	Frecuencia	Porcentaje
Con Mama y Papa	21	42.9
Solo su Mama	16	32.7
Mamá, papá y abuelos	5	10.2
Otro familiar o tutor	2	4.1
Abuelos	3	6.1
Mama abuelos	1	2.0
Solo su Papa	1	2.0
Pautas de crianza		
Situacional	20	40.8
Rígido	11	22.4
Negociador	9	18.3
Indulgente	9	18.4
Vínculos de apego		
Situacional	19	38.7
Cercano	15	30.6
Cálido	8	16.3
Elemental	7	14.2
Patrones de éxito		
Orientador	19	38.8
Promotor	15	30.6
Situacional	12	24.5
Emancipador	3	6.1

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 3. Respuestas del apgar familiar en las adolescentes Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021

Preguntas	n=49									
	Nunca		Casi Nunca		Algunas veces		Casi Siempre		Siempre	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.	7	14.3	8	16.3	11	22.4	12	24.5	11	22.4
Me satisface como en nuestra familia hablamos y compartimos nuestros problemas.	8	16.3	5	10.2	15	30.6	11	22.4	10	20.4
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.	11	22.4	4	8.2	9	18.4	16	32.7	9	18.4
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.	10	20.4	12	24.5	9	18.4	12	18.4	6	12.2
Me satisface como compartimos en mi familia: El tiempo para estar juntos.	10	20.4	5	10.2	10	20.4	15	30.6	9	18.4
Los espacios en la casa	10	20.4	5	10.2	15	30.6	10	20.4	9	18.4
En el dinero	6	12.2	8	16.3	11	22.4	11	22.4	13	26.5
¿Usted tiene un amigo cercano o una amiga cercana que pueda buscar cuando necesite ayuda?	10	20.4	4	8.2	6	12.2	14	28.6	15	30.6
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos y amigas.	13	26.5	5	10.2	4	8.2	12	24.5	15	30.6

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 4. Apgar familiar en adolescentes encuestadas en Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021

Apgar familiar	n=49	
	Frecuencia	Porcentaje
Disfunción grave	24	49.0
Disfunción leve	13	26.5
Disfunción moderada	3	6.1
Normal	9	18.4

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 5. Educación sexual recibida en adolescentes encuestadas en Centro de Salud Altagracia septiembre a noviembre 2021

Educación	n=49			
	Si		No	
	No	%	No	%
¿Se hablaba de sexualidad en su casa o en su familia antes del embarazo?	33	67.3	16	32.7
¿Sus Padres le aconsejaban o conversaba sobre sexualidad, noviazgo, relaciones sexuales?	32	65.3	17	34.7
¿Ha recibido educación sexual de otra persona que no sea su familiar como amigos u otros?	36	73.5	13	26.5

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 6. Fuente de información sobre aspectos de sexualidad, planificación familiar, relaciones sexuales y noviazgo en adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia septiembre a noviembre 2021

Fuente de información	n=49	
	Frecuencia	Porcentaje
Institución educativa	29	59.1
Institución de salud	7	20.5
Internet	8	16.4
Televisión	2	4.0

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 7. Mitos y tabúes presentes en adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021

Mitos y tabúes	n=49			
	FALSO		VERDADERO	
	No	%	No	%
Durante la primera relación no sale embarazada.	26	53.1	23	46.9
Si toma anticonceptivo de emergencia me protejo durante todo el mes.	32	65.3	17	34.7
Si me lavo inmediatamente después de una relación, no me embarazo.	40	88.9	9	11.1
Si me levanto rápidamente para que caiga el semen u orino, no me embarazo.	31	63.3	18	34.7
La masturbación es mala y sucia.	33	67.3	16	32.7
Es mejor usar doble condón porque protege más.	35	71.4	14	28.6
Si saca el pene antes de que salga el semen, no me embarazo.	25	51.0	24	49.0
El tener relaciones sexuales anales sin protección es imposible salir embarazada.	28	57.1	21	42.9

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 8. Prácticas sexuales de riesgo en adolescentes encuestadas en Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021

	n=49	
Número de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
1.	28	57.1
2.	12	24.5
3.	6	12.2
4 o más.	3	6.1
Prácticas sexuales		
Antecedentes de ITS	8	16.3
Pareja con antecedente de ITS	6	12.2
Parejas con historia sexual desconocida	9	18.4
Ha tenido relaciones homosexuales	3	6.1
Relaciones sexuales sin protección	29	59.2
Relaciones sexuales con varias parejas a la vez	12	24.5
Relaciones sexuales con desconocidos	1	2.0
Ha tenido relaciones sexuales a cambio de regalos, dinero o favores	2	4.1
Uso de drogas o alcohol cuando tiene relaciones sexuales	5	10.2
Ha tenido pareja que se droga	6	12.2
Uso de método cuando se embarazó	35	71.4
Piensa que el método que uso falló	24	49.
Cual método anticonceptivo utilizó		
Anticonceptivos orales	5	10.2
Condon	12	24.5
Inyectables	18	36.7
Ninguna	13	26.5
Píldora de la mañana siguiente (PPMS)	1	2.0

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 9. Escala de estigmatización a las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021

Afirmaciones	n=49							
	Siempre		La mayoría de veces		A veces		Nunca	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Sentí que mi embarazo decepciono a mi familia	7	14.3	2	4.1	9	18.4	31	63.3
Sentí que mi embarazo avergonzaba a mi familia	2	4.1	4	8,2	12	24.4	31	13.3
Tuve temor de cómo reaccionarían mis familiares	13	26.5	7	14.3	11	22.4	18	36.7
Durante mis cuidados del embarazo sentí que el personal de salud me discriminaba por mi embarazo	5	10.2	2	4.1	6	12.2	36	73.5
Sentí que las personas me miraban mal en lugares públicos	6	12.2	5	10.2	9	18.4	29	59.2
Sentí vergüenza de que la gente de mi barrio se diera cuenta de mi embarazo	2	4.1	2	4.1	14	28.6	31	63.3
Sentí que las personas de mi edad me miraban mal por haber salido embarazada	6	12.2	3	6.1	11	22.4	29	59.2

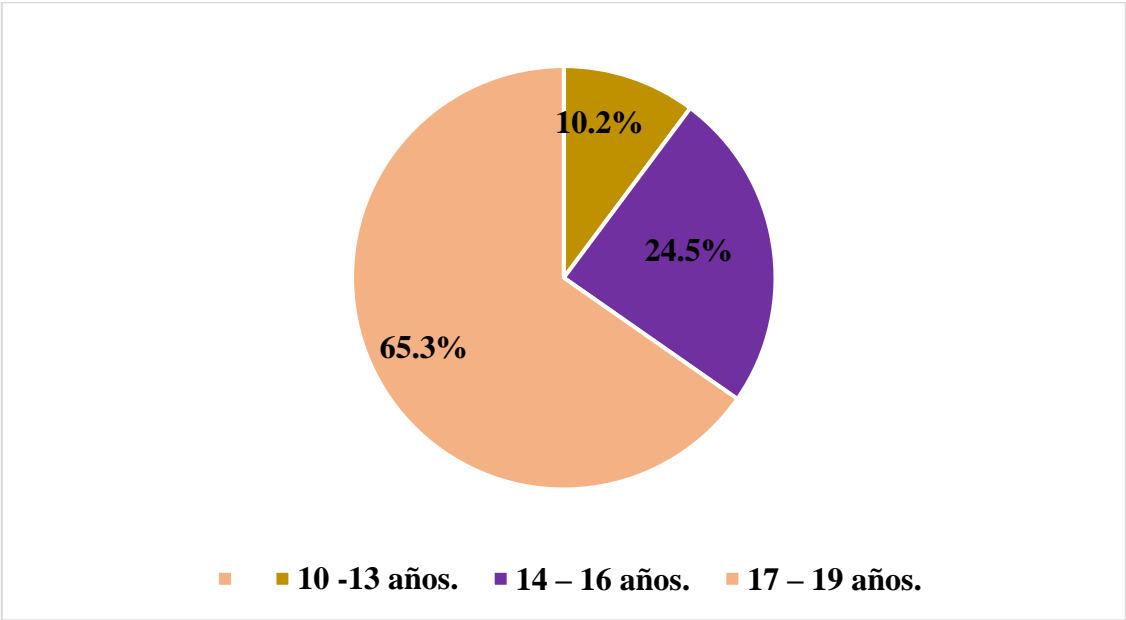
Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 10. Motivaciones del embarazo en adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021

El embarazo es consecuencia de:	n=49	
	Frecuencia	Porcentaje
Falla del método de planificación	22	44.8
Deseaba quedar embarazada	12	24.4
Desconocía como evitar un embarazo	5	10.3
Por presión de mi pareja, dando la prueba del amor	10	20.5
Cuando se enteró de su embarazo pensó en:		
Era momento de asumir esa responsabilidad a pesar de todo.	30	61.4
Que era una bendición.	17	34.6
Abortar.	1	2.0
Nada, no sabía que hacer	1	2.0

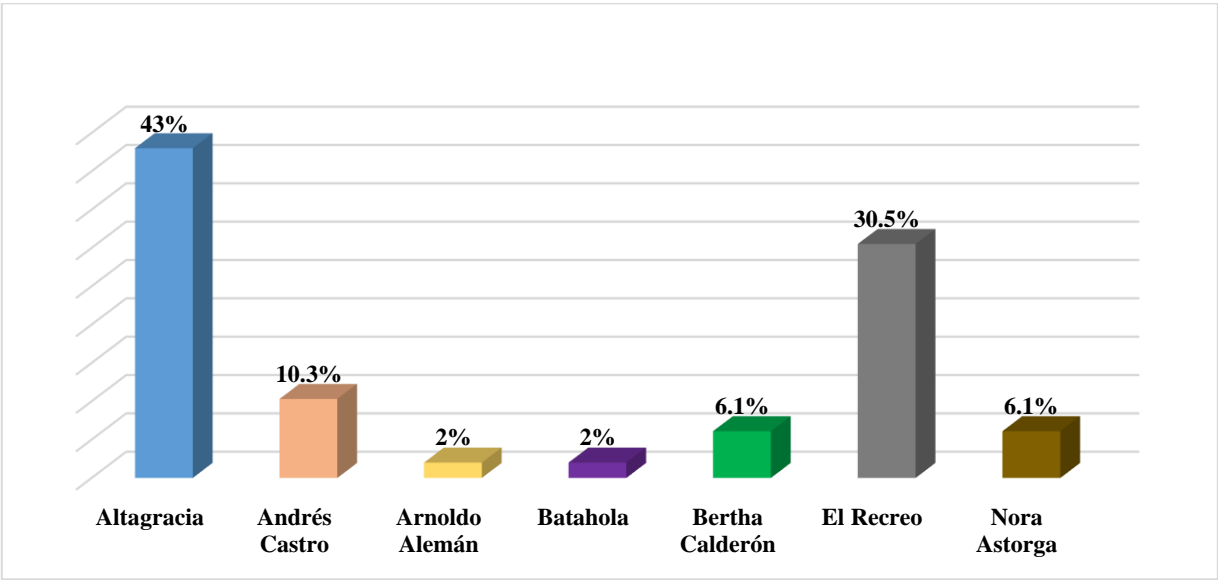
Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente

Gráfico 1. Edad de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia septiembre a noviembre 2021



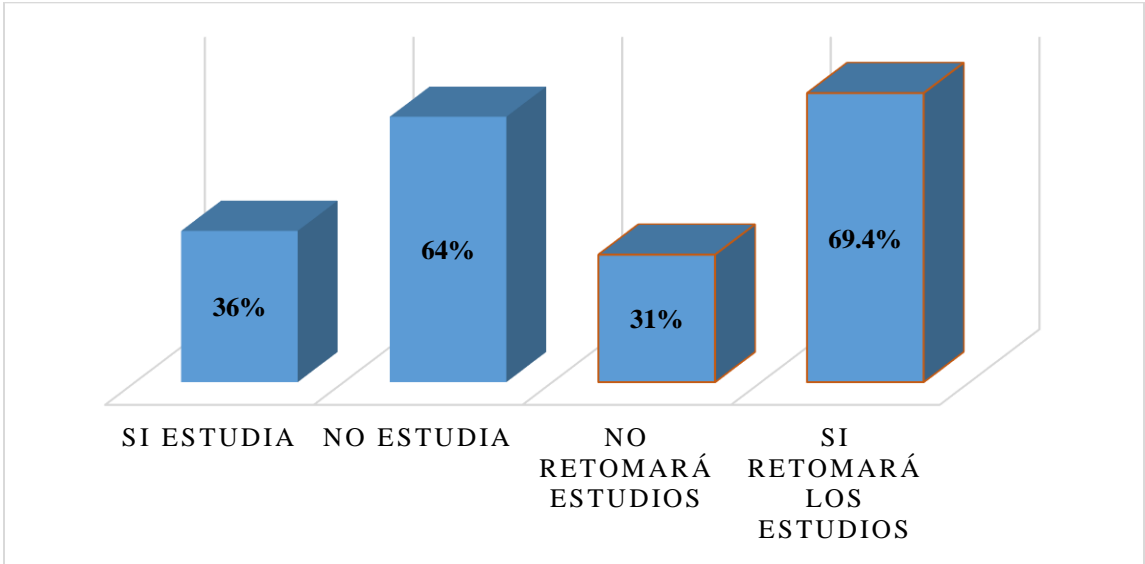
Fuente: Tabla 1

Gráfico 2. Procedencia de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021



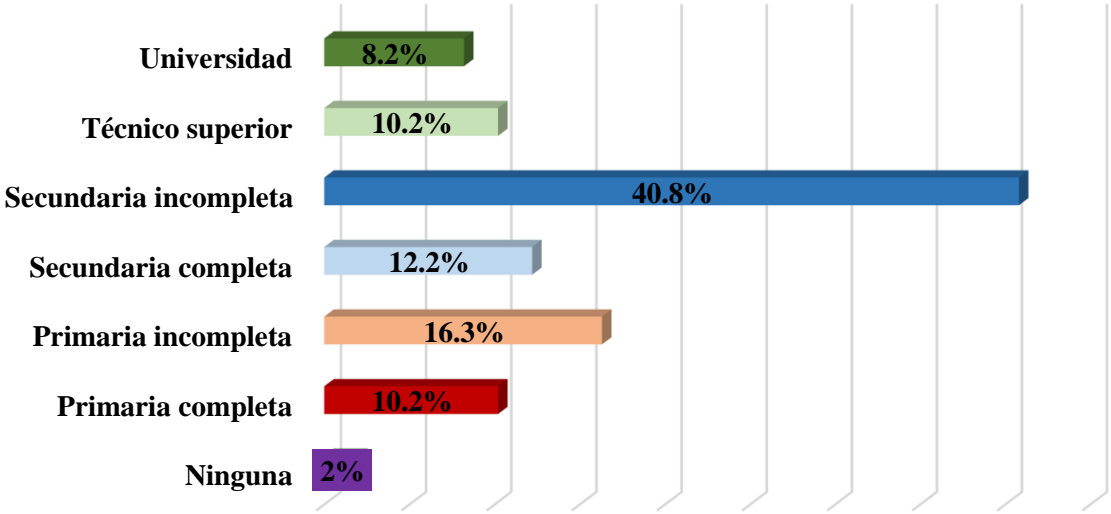
Fuente: Tabla 1

Gráfico 3. Situación escolar de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021



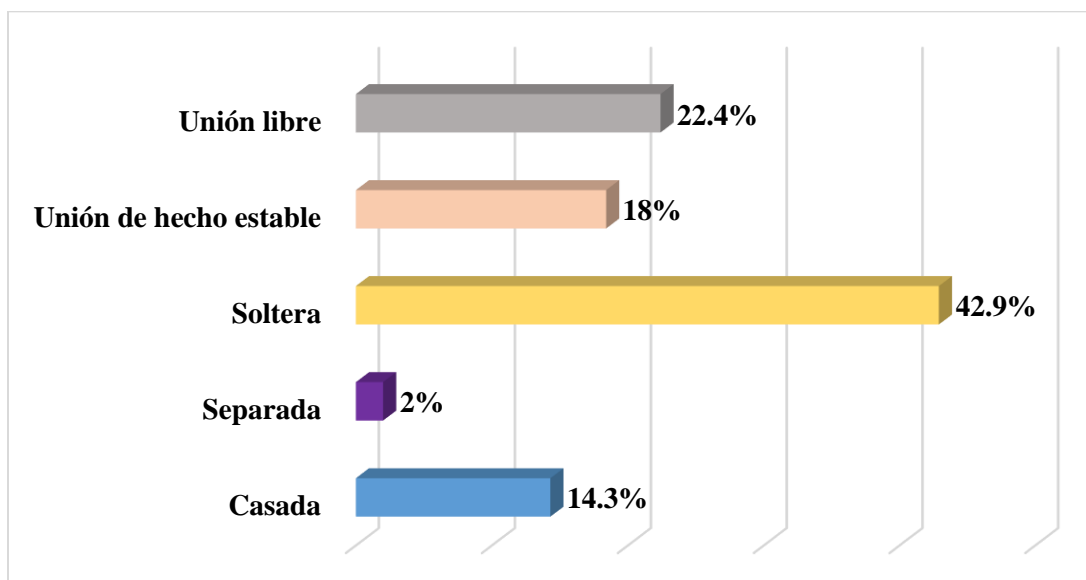
Fuente: Tabla 1

Gráfico 4. Escolaridad de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021



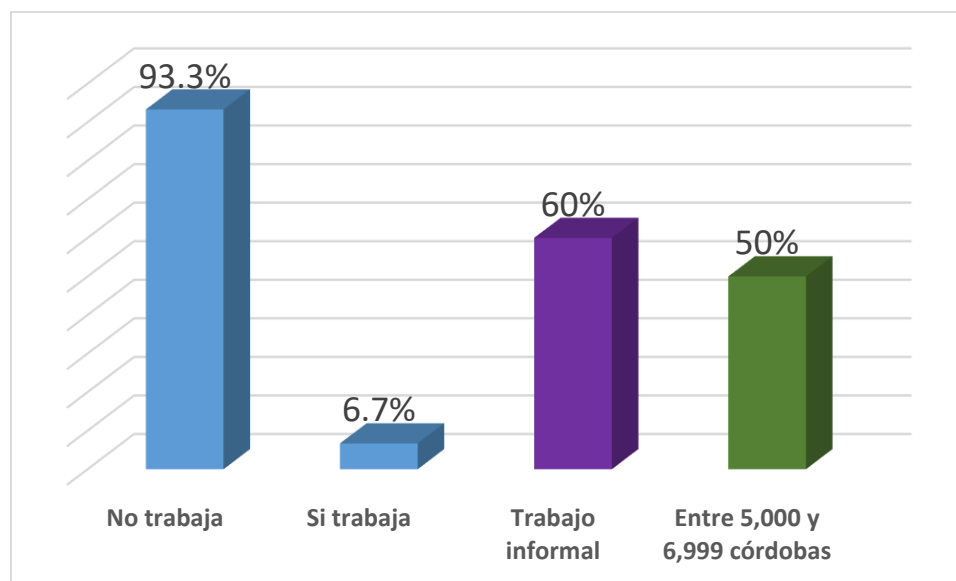
Fuente: Tabla 1

Gráfico 5. Estado civil de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021



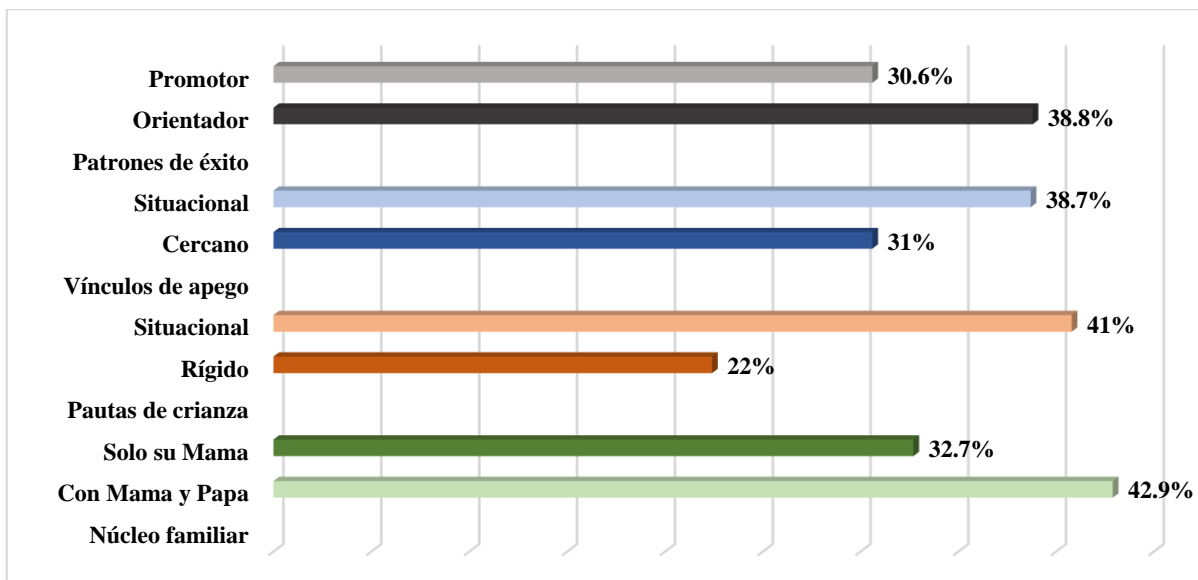
Fuente: Tabla 1

Gráfico 6. Situación laboral de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021



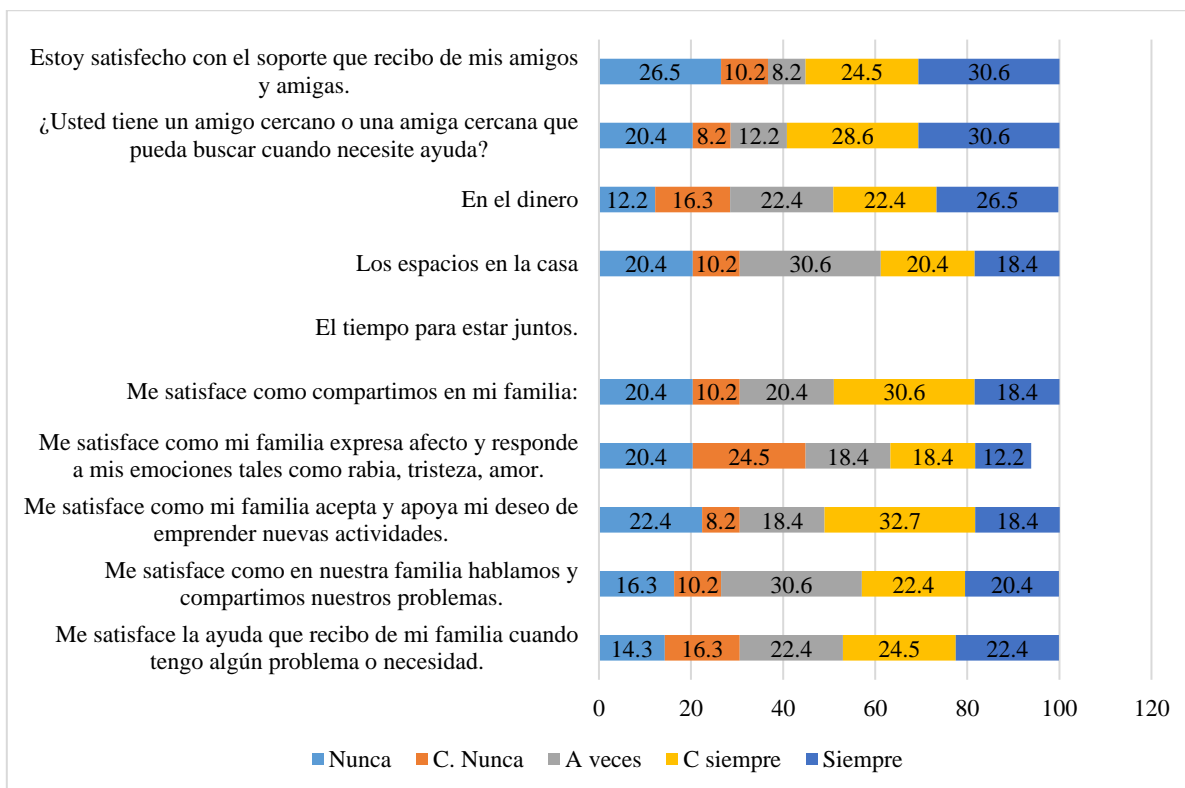
Fuente: Tabla 1

Gráfico 7. Situación familiar de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021



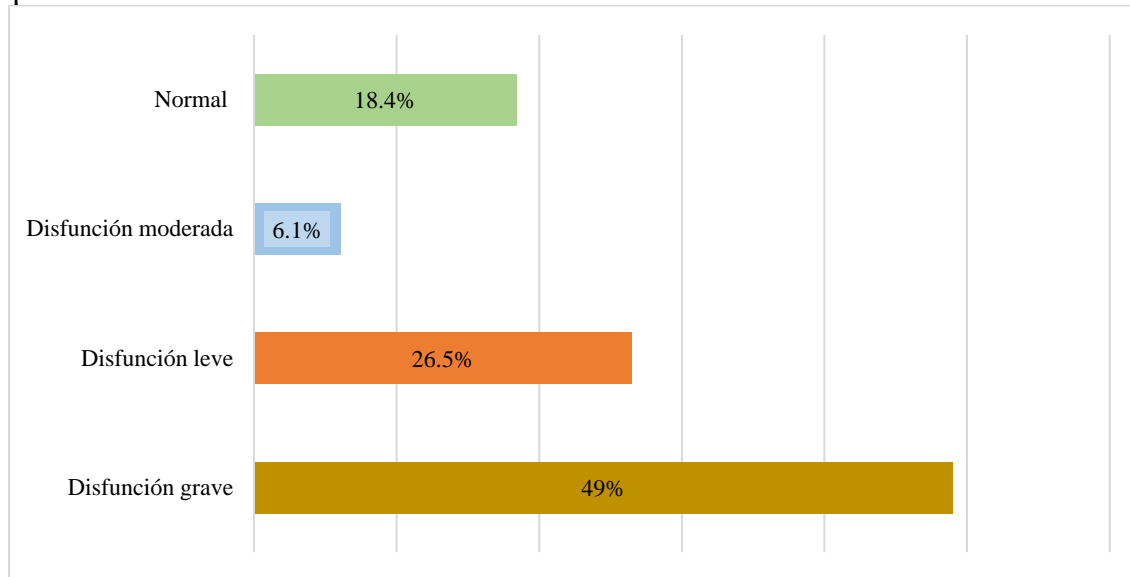
Fuente: Tabla 2

Gráfico 8. Respuestas del apgar familiar de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021



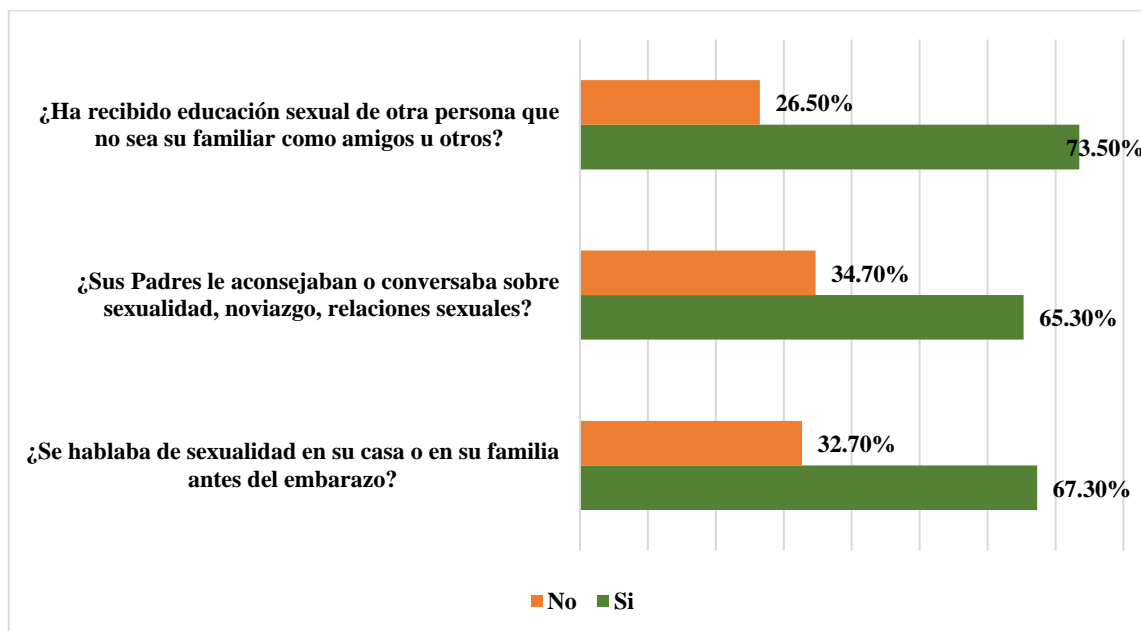
Fuente: Tabla 3

Gráfico 9. Apgar familiar de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021



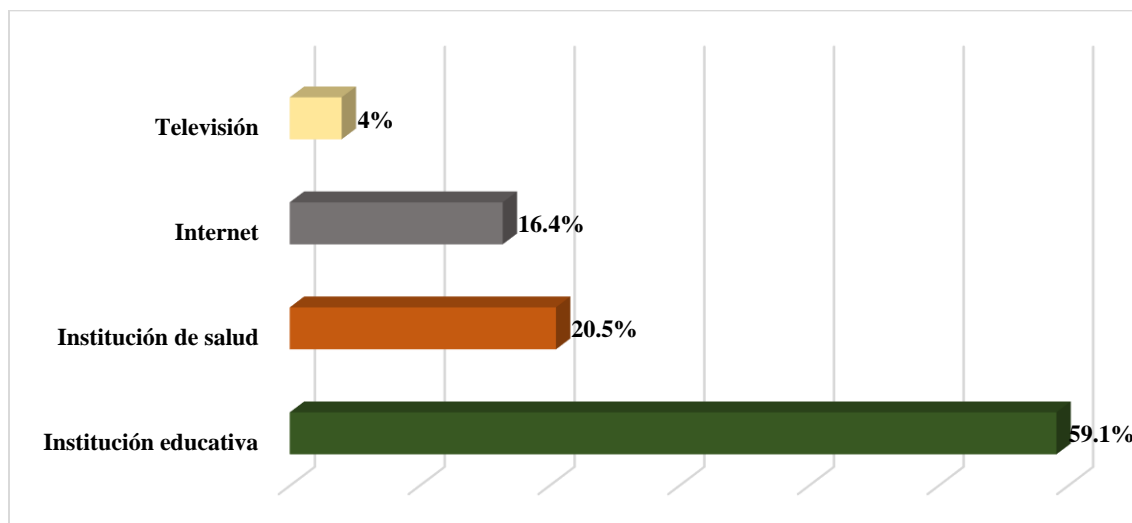
Fuente: Tabla 4

Gráfico 10. Educación sexual recibida de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021



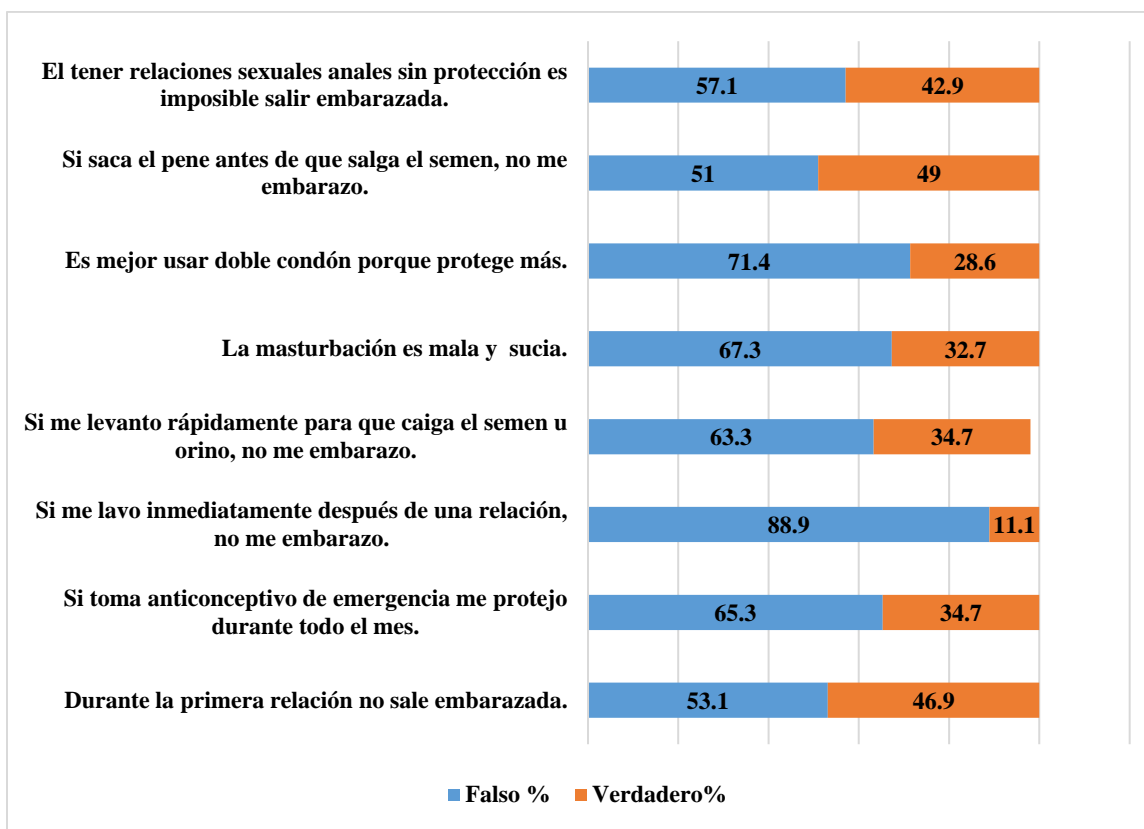
Fuente: Tabla 5

Gráfico 11. Fuente de información de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021



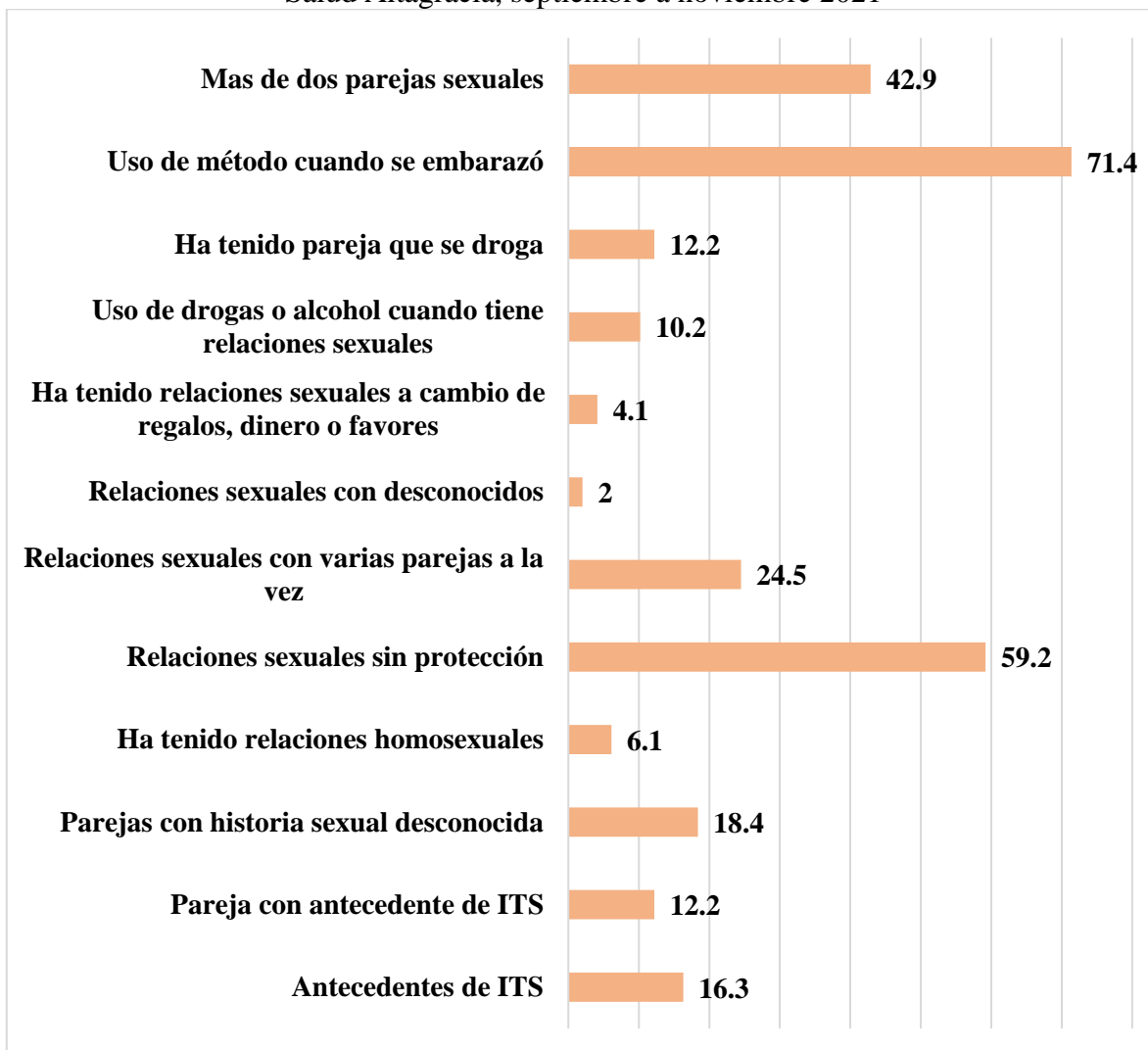
Fuente: Tabla 6

Gráfico 12. Mitos y tabúes de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021



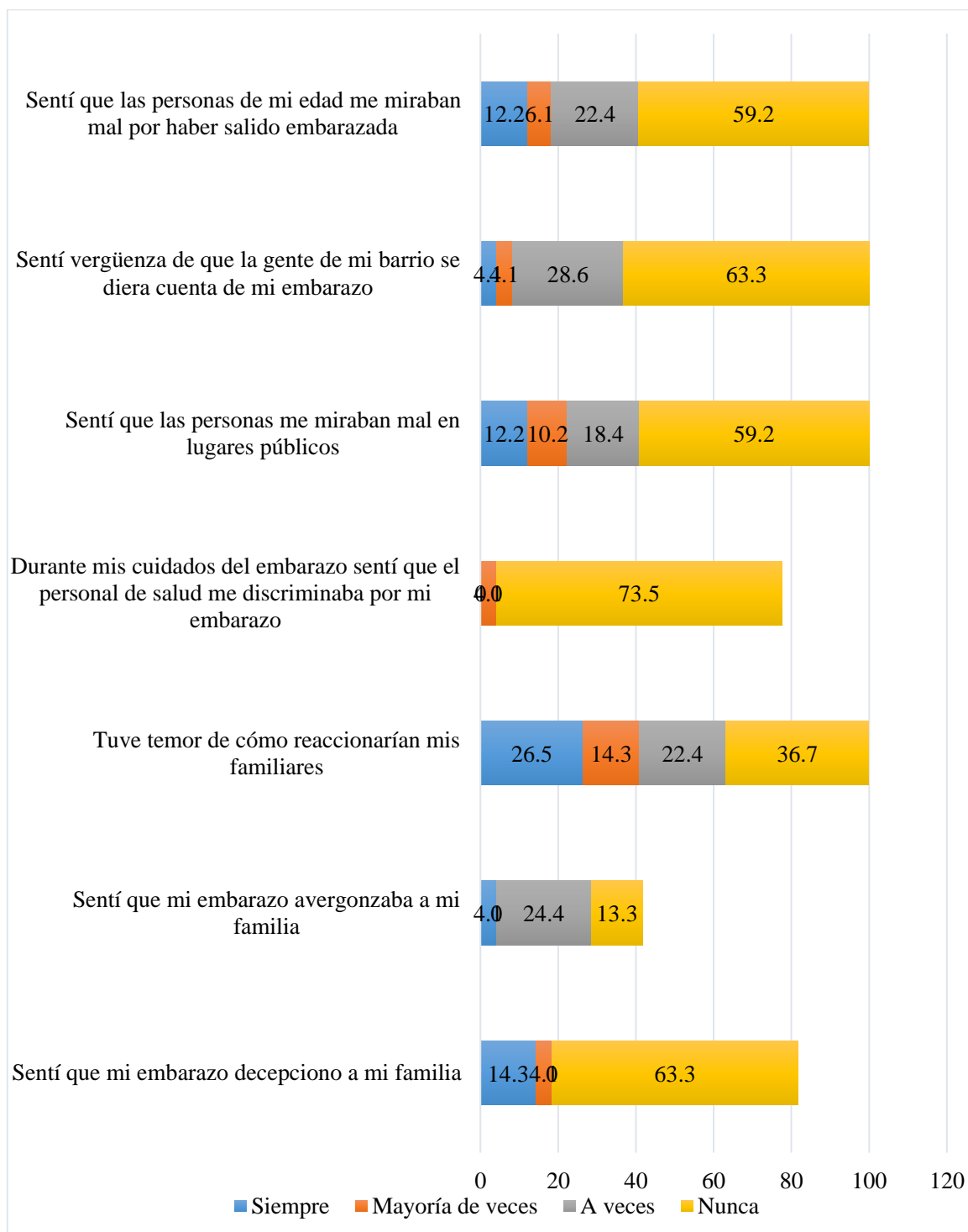
Fuente: Tabla 7

Gráfico 13. Prácticas sexuales de riesgo de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021



Fuente: Tabla 8

Gráfico 14. Estigmatización de las adolescentes encuestadas en el Centro de Salud Altagracia, septiembre a noviembre 2021



Fuente: Tabla 9

1.1. Anexo: Instrumento de recolección de la información

1.1.1. Encuesta de factores relacionados al embarazo adolescente



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MAESTRIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

ENCUESTA DE FACTORES RELACIONADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE

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

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

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

I. Características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas.

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

1.2 ¿En qué barrio vives? _____

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

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

1.4 ¿Cuál es su escolaridad?

Ninguna _____

Secundaria completa _____

Primaria incompleta _____

Técnico superior _____

Primaria completa _____

Universidad. _____

Secundaria incompleta _____

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

Casada _____

Unión libre estable _____

Soltera _____

Separada _____

Unión libre _____

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

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

1.6 ¿De cuánto es su ingreso de dinero mensual? Menos de 2000 __ Entre 5,000 y 2,000 __ Mayor de 7,000 ____

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

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

- Cálido _____
- Cercano _____
- Elemental _____
- Situacional _____

2.2 Ahora después de una revisión de la tabla, *elementos del modelo parenteral (pautas de crianza)* ¿Cómo considera usted fue la relación de sus padres con usted?

- Rígido _____
- Negociador _____
- Indulgente _____
- Situacional _____

2.3. Ahora con respecto a la revisión de la tabla a los Patrones de éxito de los elementos del modelo parental ¿Cómo considera es el apoyo de sus Padres?

- Promotor _____
- Orientador _____
- Emancipador _____
- Situacional _____

1.4.A continuación, responda el test que se le mostrara Marcando con una X según usted considere la funcionalidad Familiar

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad den la familia

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

2.3. Educación sexual

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

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

Si ____ No ____

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

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

Institución de salud

Institución educativa (escuela)

Farmacia

Televisión

Radio

Internet

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

Marque con una X la respuesta que usted considere.

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

3.2. Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual

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

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

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

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

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

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

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

▪ Ha tenido relaciones sexuales con varias personas a la misma vez. Si ____ No ____

▪ Ha tenido relaciones sexuales con desconocidos. Si ____ No ____

▪ Ha tenido relaciones sexuales a cambio de regalos, dinero o favores. Si ____ No ____

▪ Has usado drogas o alcohol cuando ha tenido relaciones sexuales. Si ____ No ____

▪ Has tenido una pareja que se droga. _____

▪ Has tenido pareja que se droga de forma intravenosa. _____

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

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

¿Cuál de estos métodos utilizo?

▪ Condón _____

▪ Píldora de la mañana siguiente (PPMS) _____

▪ Inyectables _____

▪ Anticonceptivos orales _____

▪ Ninguna _____

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

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

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

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

Gracias por su participación...

1.1.2. Guía de preguntas de grupo focal



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

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

Fecha: _____ Cantidad de participantes: _____ Duración: _____

Ciudad: _____ Lugar de reunión del grupo focal: _____

Introducción

Se realiza una breve presentación de todos los participantes y se presentan a los facilitadores, se explica el motivo del grupo focal y su objetivo de investigación. Se solicita la aprobación y consentimiento, para grabar el desarrollo del grupo focal, la participación es libre y voluntaria, posteriormente se realizarán las preguntas generadoras de debate.

Preguntas a discutir:

I. Motivos del embarazo

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

II. Relaciones familiares

1. ¿Cómo es la relación de ustedes con su familia?
2. ¿Su familia está apoyando su embarazo?
3. ¿Cuando tienes un problema con quien hablas?

III. Educación sexual

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

IV. Prácticas sexuales

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

V. Presión de grupo

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

VI. Proyecto de vida

1. ¿Tienes sueños y metas personales que estás dispuesto a cumplir? ¿Cuáles?
2. ¿Que podrías hacer para cumplirlos?
3. ¿Qué te impide a cumplir estas metas?

Al final se les agradece por su cooperación.

1.2. Resultados : Encuesta y cualitativo (Grupo focal)

	Encuesta	Grupo Focal
Motivos del embarazo		
1. ¿Por qué ustedes se embarazaron?	el 73.3% no deseaban salir embarazada,	“ Fue inesperado;” “No fue planificado”, “no funcionó el método”.
2. ¿Cuáles son los motivos por lo que ustedes se embarazaron?	El 71.4 cree que no funcionó el método. el 20.5% salieron embarazadas por presión de la pareja,	“Un descuido, las relaciones fue consensuado, pero él tomó la iniciativa con muchas caricias y me decía que tuviéramos relaciones”. “Sí que si lo quería teníamos que hacer el amor”.
3. ¿Fue este embarazo algo planificado?	el 73.3% no deseaban salir embarazada,	“Un accidente”, “yo quería tener hijo, pero salió accidental” (minoría).
4. ¿Crees que ser madre te da un estatus social mejor que no tener hijos?	Sin embargo, la mayoría el 96% asumieron la responsabilidad de tener al niño	“las adolescentes refieren sentir que al ser madres van a ser respetadas y valoradas” “Uno aprende cosas”
Relaciones familiares		
¿Cómo es la relación de ustedes con su familia?	53% casi nunca y algunas veces recibo ayuda de mi familia	Mi relación con mi mamá, es regular, no platicamos sobre lo que siento.
¿Su familia está apoyando su embarazo?	Me satisface como mi familia expresa afecto 45% nunca y casi nunca	“Al inicio fue difícil, pero ahora me apoya un poco más.” “Mi mamá me apoya sin embargo ahora la relación es diferente, no platicamos sobre los que siento”,
3. ¿Cuando tienes un problema con quien hablas?		Con mi mamá (mayoría) Hermana o amiga (minoría)

	Encuesta	Grupo Focal
III. Educación sexual		
¿Dentro de la familia han hablado sobre temas de sexualidad, noviazgo, relaciones sexuales?	65% refiere	“Casi nunca se toca ese tema”, “Muy poco se platica en la familia”, “casi nunca se toca el tema, solo cuidado salís embarazada cuando voy a fiesta”
¿Dónde ha obtenido esta información?	Institución Educativa 59.1y salud 20.5%. El 26.5% ha recibido educación sexual de otra persona.	En la escuela, algunos amigos “las adolescentes reflejan esta información recibida en la asignatura de ciencias naturales”
IV. Prácticas sexuales		
¿Qué prácticas sexuales conoce o ha escuchado de sus amigos?	el 32.7% cree que la masturbación es mala y sucia si se saca el pene antes de que salga el semen en el 49.0%;en la primera relación no se sale embarazada, esto lo refieren el 46.9%, lo refiere como verdadero.	Casi no hablo con mis amigas.
V. Presión de grupo		
¿Sus amigas le aconsejaron iniciar relaciones sexuales?		No, pero algunos contaban en el grupo que ya habían tenido relaciones sexuales y que se sentían emocionadas por eso yo sentía que debía saber si era verdad.
¿Tu novio te presionó a tener relaciones sexuales?		“Fue consensuado, pero él tomó la iniciativa con muchas caricias y me decía que tuviéramos relaciones”. Sí que si lo quería teníamos que hacer el amor.

	Encuesta	Grupo Focal
¿Todavía existe la exigencia de la prueba del amor?		La mayoría dijo no; una fue presionada por la prueba de amor. “ cuando se hace con amor se olvida protegerse”, “no creí que me iba a embarazar con pocas veces”,
¿Tener una pareja sentimental te hace sentir especial?		Es mejor tener a alguien que te apoye, pero yo estoy sola no se hizo cargo de mí, el anda haciendo su vida. Si es bonito que lo quieran.
VI. Proyecto de vida		
¿Tienes sueños y metas personales que estás dispuesto a cumplir? ¿Cuáles?	El 64 % no estudia actualmente pero el 67% de ellas retomará los estudios	“Terminar mis estudios” “graduarme de contadora” “tengo muchas responsabilidades casi no tengo tiempo para estudiar”
¿Que podrías hacer para cumplirlos?		“ que me ayude mi mamá” “ esforzarme para cumplirlos”
¿Qué te impide a cumplir estas metas?	.	“Las obligaciones”, “el tiempo”.