



Monografía Para Optar al Título de Máster en Salud Sexual y Reproductiva
Factores Relacionados al Embarazo Adolescente en Asistentes al Hospital Primario Carlos
Centeno - Siuna Silais Las Minas, Septiembre – Noviembre 2021

Licenciada Claudia Pastora Guzmán Martínez

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

Dra. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez

Managua, Enero 2022

Tabla de Contenido

Capítulo I: Generalidades	5
Dedicatoria	6
Agradecimientos	7
Opinión de la tutora.....	8
Resumen.....	9
Introducción.....	10
Antecedentes	12
<i>A Nivel Internacional.....</i>	<i>12</i>
<i>A Nivel Nacional.....</i>	<i>16</i>
Justificación	22
Planteamiento del Problema	24
Objetivos	26
<i>General</i>	<i>26</i>
<i>Específicos</i>	<i>26</i>
Marco Teórico	27
<i>Datos Demográficos</i>	<i>27</i>
<i>Determinantes Sociales</i>	<i>32</i>
Capítulo II: Diseño Metodológico.....	57
Tipo de Estudio	57
Universo	57
Caracterización de Unidad de Observación	57
Muestra.....	58

<i>Tamaño de la Muestra para Encuesta (Cuantitativa)</i>	58
<i>Muestra de Métodos Cualitativos</i>	59
<i>Tipo de Muestreo Cuantitativo</i>	59
Criterios de Inclusión	59
Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información	59
<i>La “Encuesta de Factores Asociados a Embarazo Adolescente</i>	60
<i>APGAR Familiar</i>	60
<i>Categorías que Conforman el Modelo Parenteral</i>	61
<i>Escala de estigmatización de las adolescentes embarazadas o madres adolescentes</i>	61
<i>La Guía de Preguntas para el Grupo Focal</i>	62
Plan de tabulación	62
Plan de análisis	63
Enunciado de las variables y descriptores	63
<i>Objetivo No 1: Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio</i>	63
<i>Objetivo No 2: Identificar los factores familiares en la población en estudio</i> ..	63
<i>Objetivo No 3: Analizar los factores socioculturales asociados al embarazo en el grupo en estudio.</i>	64
<i>Descriptores cualitativos</i>	64
Operacionalización de las variables	64
Aspectos éticos	68
Capítulo III: Desarrollo	70
Resultados	71

<i>Resultados Cuantitativos</i>	71
<i>Resultados Cualitativos</i>	75
Discusión	75
Conclusiones	82
Recomendaciones	83
<i>Al Hospital Primario</i>	83
<i>Al Personal de Salud</i>	83
<i>A las Adolescentes</i>	84
Capítulo IV: Bibliografía	85
Referencias	86
Capítulo V: Anexos	90
Anexo 1	91
<i>Tablas y Figuras (Gráficos)</i>	91
Anexo 2	110
<i>Instrumento de Recolección de la Información</i>	110
Anexo 3	117
<i>Figuras</i>	117
Anexo 4	119
<i>Resultados Cualitativos</i>	119

Capítulo I: Generalidades

Dedicatoria

Primeramente, a Dios por preparar mi camino y poder llegar a lograr este triunfo.

A mi Esposo, Fanor Oswaldo García Arbizu por ser parte esencial en todos mis logros, por brindarme su amor, comprensión y sobre todo su apoyo incondicional para poder lograr escalar este peldaño más en mi vida profesional.

A mis hijos: Ersley Jefferson, Marden Oswaldo y Fanor Alejandro, que son mi gran motivación para continuar adelante y demás familiares por apoyarme siempre en todas las etapas de mi vida.

Agradecimientos

Esta monografía ha sido un proceso de aprendizaje y experimentación personal, que necesitó del aporte de muchas personas para llegar a buen término.

Por esto, agradezco infinitamente a Dios, nuestro creador, que sin su voluntad no hubiese sido posible este estudio.

A mi esposo e hijos.

A la Tutora Dra. Flavia Palacios, por su valioso apoyo en el asesoramiento metodológico.

También agradezco a las autoridades de la universidad por permitirme culminar con éxito mi trabajo monográfico.

Muchas Gracias.

Opinión de la tutora

Presento el trabajo monográfico: Factores relacionados al embarazo adolescente en asistentes al Hospital Primario Carlos Centeno - Siuna SILAIS Las Minas, septiembre – noviembre 2021. Como autora a Licenciada Claudia Pastora Guzmán Martínez, 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 interesantes se muestran los factores familiares respecto al apgar familiar con la presencia de un 69.8% disfunciones que van desde leves a graves y los patrones de crianzas rígidos en 47.2%; además sobre los factores socioculturales están las brechas sobre la educación sexual en las adolescentes que va de la mano con los mitos y tabúes encontrados, además que atribuyen el embarazo a falla de método 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 asociados al embarazo adolescente en asistentes al Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna SILAIS Las Minas 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 53 adolescentes embarazadas, la encuesta se aplicó a través de un formulario de google, auto administrado, los resultados fueron exportados al programa estadístico SPSS versión 25, para obtener tablas y gráficos. El grupo focal fue grabado, se transcribió y se sistematizó la información según los descriptores cualitativos. Los resultados muestran predominio de edad entre 17 a 19 años con 71.7%, el 60.4% estudia actualmente; son universitaria y con secundaria incompleta con 34% cada uno respectivamente, solteras 39.6% y no trabajan el 77.4% de las encuestadas. Dentro de los factores familiares la convivencia principalmente sólo con su madre 43.4%, con pautas de crianzas rígidos en 47.2%; los vínculos de apego cercano en 39.6% y con patrones de éxito promotor en 37.7%; el 69.8 % tiene apgar familiar que va desde disfunción leve a grave. Los factores socioculturales 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 pareja con historia sexual desconocida; piensan que su método anticonceptivo les falló. Dentro de le escala de estigmatización el temor más prevalente fue sobre la reacción de sus familiares.

Palabras claves: embarazo, adolescentes y factores relacionados.

Introducción

La adolescencia es la etapa que sucede entre la niñez y la adultez, se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales donde es difícil establecer límites cronológicos precisos, abarca de los 10 a los 19 años. Estos cambios pueden exponer a los adolescentes a situaciones de riesgo, como el inicio precoz de relaciones sexuales con consecuencias de embarazos a edades muy tempranas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el 11% de los nacimientos registrados en el mundo corresponden a mujeres entre 15 a 19 años y las complicaciones tanto en el embarazo como en el parto son las principales causas de muerte en este grupo. Como señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en América Latina y el Caribe se sigue concentrando el mayor porcentaje de gestante adolescente con 66.5 nacimientos por cada 1000 mujeres, solo superado por África subsahariana

En los últimos años Nicaragua ha alcanzado las cifras más altas de fecundidad adolescente en América Latina. Las consecuencias del embarazo en la adolescencia además de ser permanentes, producen efectos adversos a nivel individual, familiar y social; poseen menores oportunidades de continuar en su capital humano con consecuencias directas para su bienestar socio económico a largo plazo. A nivel familiar, además de aumentar la relación de dependencia económica refuerza el papel reproductivo y domestico de las mujeres y a nivel social es más elevado el estrato de menor ingreso e implica la persistencia de brechas sociales marcadas.

Con base en el contexto se reconoce el embarazo en la adolescencia como un fenómeno generalizado persistente y transversal, siendo un problema de salud pública multicausal que requiere de mayores esfuerzos conjuntos de abordaje integral, es necesario conocer los factores asociado al embarazo en la adolescente en el Municipio de Siuna de manera que

pueda fortalecer las estrategias de prevención del embarazo, sobre todo durante la adolescencia temprana.

Antecedentes

A Nivel Internacional

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

El 50% tienen 16 años o menos, el 78.5% tenían un nivel de escolaridad de secundaria incompleta y el 63.2% son estudiantes.

El 50.3% informó no tener novio o pareja al momento de la aplicación de la encuesta. De estas, el 29.2% reportó que su compañero tenía un nivel de escolaridad de secundaria incompleta.

El 50% de las mujeres del estudio tuvo su primera relación sexual a los 15 años. El 51.3% ya inició su vida sexual, de estas el 72.7% lo hizo con su novio. El principal motivo para iniciar su vida sexual fue el estar enamoradas según el 72.7% de las jóvenes.

El 51.3% tenía relaciones sexuales y de estas, el 69.7% usaba métodos anticonceptivos y el 37.4% estaba en embarazo. El 50% de las adolescentes tenía 16 años o menos cuando tuvieron su primer hijo y el 7.5 % presentó uno o más abortos.

El método anticonceptivo más usado es la pastilla en 36.2 % y la principal razón para no utilizar ningún método de anticoncepción es el deseo de tener hijos 33.3% se encontró que la edad, el estrato socioeconómico, la ocupación, la convivencia con la pareja, el inicio temprano de las relaciones sexuales, el número de compañeros sexuales, el nivel de escolaridad del padre, haber sido violada y los ingresos económicos familiares estaban asociados con el embarazo en adolescentes en el área urbana del municipio de Briceño.

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

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

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 $p > 0,05$.

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 $p > 0,05$.

En factores culturales la mayoría son de procedencia urbana, religión católica, no conocen sobre salud sexual y reproductiva, usan método anticonceptivo preservativos, sin significancia estadística $p > 0,05$, la mayoría inicia las relaciones sexuales entre los 14 a 16 años de edad, la minoría entre los 17 a 19 años de edad con significancia estadística $p < 0,05$.

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

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

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

De los factores sociales, el tipo de familia que se encontró fue la monoparental, existió la disfunción familiar y sufrieron la violencia psicológica.

Dentro del factor económico el ingreso mensual fue bajo.

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:

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 autopropaga, 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.

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:

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.

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.

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:

El grupo etéreo 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.

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:

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 - 16 años 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).

Los factores familiares relevantes fueron: divorcio de los padres, falta de comunicación sobre sexualidad y antecedentes de embarazo en adolescente en la familia.

El factor sociocultural encontrado está dependencia económica de sus parejas, convivían con las familias de estas.

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.

Carcache 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:

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.

El estado civil es el factor más predominante puesto que las adolescentes casadas o en unión libre tienen 84 veces más riesgo de embarazo que las solteras.

En segundo lugar se ubicó la escolaridad menor al tercer año de la secundaria ya que las que se ubican en este grupo tienen 70 veces más riesgo de embarazo prematuro en comparación con aquellas que avanzaron más allá del tercer año y que inclusive alcanzaron la educación superior.

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

Se recomienda aumentar la coordinación del Ministerio de Salud con los diferentes actores sociales como el: MINED, UNIVERSIDAD, RADIO LOCAL DEL MUNICIPIO DE SIUNA, IGLESIA (Pastores y miembros que laboran dentro de las iglesias) 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.

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)

Justificación

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

El presente estudio se 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 las distintas etapas del ciclo de vida, así como débiles sistemas educativos y de salud, que causa sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, depresión, rechazo por parte de los padres, amigos y pareja, generando un estado de inestabilidad e impotencia para lograr su superación personal.

Este estudio propone indagar sobre estos factores 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.

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

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

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

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

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.

Según reporte del boletín informativo de embarazo adolescentes 2015 OMS, Managua se encuentra dentro de los tres SILAIS con mayor porcentaje de nacimientos en madres adolescentes en el año 2013, 18.09% y el 15% de nacimientos en niñas madres de 10 a 14

años; además en 2013 la Policía Nacional registró 3,799 delitos sexuales de los cuales 407 (10.71%) fueron estupro, siendo los departamentos de Managua, Matagalpa y el triángulo minero quienes concentran el 34% de los casos, en 107 casos las niñas víctimas tenían una edad de 13 a 14 años y en 257 una edad de 15 a 17 años. Aunque se reporta que existen datos de las jóvenes menores de 15 años abordaron la educación sexual de forma temprana en Managua 68%. (Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, 2015)

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 asociados al embarazo adolescente en asistentes al Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna SILAIS LAS MINAS, septiembre – noviembre 2021?

Y las siguientes preguntas directrices:

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

Objetivos

General

Determinar los factores asociados al embarazo adolescente en asistentes al Hospital Primario Carlos Centeno del municipio de Siuna SILAIS Las Minas septiembre – noviembre 2021.

Específicos

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

Marco Teórico

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%.

Tasas de Embarazo en Adolescentes 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)

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.

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)

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 agrandar 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, convirtiendo en algunos casos desconsiderados con la familia, sostienen los ideales del líder del grupo, el yo del adolescente se defiende, transforma: amor-odio; dependencia-rebelión; respeto y admiración, tienen energía, narcisistas, imagen, buscan placer, interés por el sexo, buscan llamar la atención, idealistas, buscando cambiar el mundo, miedo al ridículo, buscan apoyo entre pares, buscan identificarse con estereotipos, les gusta ser tomados en cuenta, inseguros, les aqueja el sufrimiento tanto padecido como infligido, quieren ayuda, padecen ansiedad y culpa, depresivos, autodestructivos, suicidas, buscan experimentar, niegan sus sentimientos, se muestran hostiles y no cooperativos, no confían en los padres que son inconsistentes, no confían en la política, se enfrentan con la autoridad, no aceptan órdenes ni mandatos, les gusta ser cómplices y 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. A continuación se muestra los Estadios de Tanner describiendo los cambios físicos de las mamas y el vello púbico de las mujeres.

Tabla 1*Estadios de Tanner*

	Mamas	Vello Púbico
Grado I	Ausencia botón mamario	Ausencia de bello pubiano
Grado II	Botón mamario No sobrepasa areola (puede ser asimétrica, doloroso y mayor consistencia)	Vello pubiano con labios mayores, vello lacio y ligeramente pigmentado
Grado III	Sobrepasa la areola	Extensión a sínfisis pubis, más oscuro, grueso y rizado
Grado IV	Crecimiento mama, areola y pezón (3 contornos)	Tipo adulto, mayor densidad, alcanza ingles
Grado V	Crecimiento y protrusión pezón Desaparece contorno areolar.	Hacia cara interna muslos, triangulo invertido.

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).

Factores Individuales Asociados al Embarazo Adolescente. 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)

Factores Biológicos Asociados al Embarazo Adolescente.

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.

Etapas 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 1º 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.

Factores Familiares Asociados al Embarazo Adolescente. 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 a 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 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

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

Tabla 2

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 o necesidad.					

PREGUNTAS	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Me satisface como en mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa efecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia.					
1. El tiempo de estar juntos					
2. Los espacios en la casa					
3. El dinero					
Usted tiene un amigo (a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda.					
Estoy satisfecho (a) con el soporte que recibo de mis amigos.					

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)

Tabla 3

Modelo parental con los distintos tipos de comunicación y relación entre los padres e hijos

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 pocos 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 consecuencia.

Negociador	Los principios, las normas y los límites son negociados en razón a las necesidades de los hijos y de las pretensiones de los padres y madres. Se promueve la independencia entre padres e hijos a través de intercambio en donde la prima y se explicitan tanto la racionalización y el respeto hacia las normas como las consecuencias que pueden ciertos comportamientos de los hijos.
Indulgente	Los padres confían en las decisiones que toman sus hijos de forma de independencia, 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 cumplimiento de ellas no genera restricciones ni castigo alguno.
Situacional	Los padres y madres de esta categoría no se atribuyen a 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.
Vínculos de Apego	
Cálido	Las muestras de afecto entre padre e hijos se distinguen por ser parte de la vida cotidiana y caracterizada por ser constante llena de calidez y cercanía con disposición de tiempo y comunicación en todo momento.
Cercano	Los padres comparten muestras de afecto espontaneas y esporádicas con sus hijos, con suficiente tiempo y comunicación entre ellos.

Elemental	Los padres denotan mínimas muestras de afectos y tiempo compartidos con sus hijos con una casi nula comunicación entre ellos.
Situacional	En esta categoría los padres no se atribuyen a ningún 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 padre o madre acompaña y coadyuva en las decisiones que lo hijos toman en relación con sus intereses y los patrones de éxitos de sus familiares.
Orientador	El padre o madre colabora y apoya en la construcción de los patrones de éxito de sus hijos tomando en cuenta sus intereses.
Emancipador	El padre o madre acepta las decisiones e iniciativas relacionadas con los patrones de éxito de sus hijos de forma autónoma.
Situacional	En esta categoría los 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.

Factores Socio Culturales Asociados al Embarazo Adolescente. 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.

Las dificultades 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 de los periodos de la vida más difíciles.

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

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

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

Una educación sexual adecuada y correcta reduce las conductas de riesgo, la frecuencia de las relaciones y el número de compañeros por lo que es mediante esta educación que

debemos desterrar los tabúes, los mitos y los miedos. Los mitos son una opinión infundada sobre algo, expresada con la convicción que suele acompañar a la ignorancia, porque parece que tienen sentido o, simplemente, porque deseamos que sean verdad; se convierten con facilidad en una creencia de toda una comunidad o una generación, mostrando la escasa, y muchas veces falsa, información de nuestra sociedad.

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

-Pensamiento mágico: propios de esta etapa de la vida, que las lleva a creer que no se embarazarán porque no lo desean.

-Fantasías de esterilidad: comienzan sus relaciones sexuales sin cuidados y, como no se embarazan por casualidad, piensan que son estériles.

-Falta o distorsión de la información: es común que entre adolescentes circulen mitos respecto a relaciones sexuales o concepción que llevan a conductas inapropiadas de cuidado.

-Controversias entre su sistema de valores y el de sus padres: cuando en la familia hay una severa censura hacia las relaciones sexuales entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por rebeldía.

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

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

Los padres, primeros responsables en materia educativa, delegan con demasiada frecuencia su responsabilidad en terceras personas haciendo a un lado sus derechos y sus deberes de educar a sus hijos. De hecho, y según datos reflejados en el “Análisis del Cumplimiento”, el 51% de las jóvenes obtiene información sobre los métodos anticonceptivos de los medios de comunicación, el 49% lo hace de sus amigas, mientras

que el 15% se “entera” a través de sus padres y, únicamente, un 3% lo hace de los médicos o agentes sanitarios. Es de señalar que el sistema educativo no figura entre las fuentes de información de nuestras jóvenes, hecho que debería de hacer reflexionar, profundamente, a las autoridades responsables.

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

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

Prácticas Sexuales de Riesgo. Son todas aquellas prácticas que aumentan el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS), VIH, Sida, provocar un embarazo no planificado o llevar a un aborto en condiciones de riesgo. Entre sus tipos están: Tener parejas sexuales múltiples, tener una historia pasada de cualquier ITS, tener una pareja con una historia pasada de cualquier ITS, tener una pareja con una historia sexual desconocida, usar drogas o alcohol en situaciones donde puede haber intercambio sexual, tener una

pareja que se droga de forma intravenosa, tener relaciones homosexuales o heterosexuales “promiscuas”, sexo anal sin preservativo, tener una relación sexual sin protección.

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

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

Otro de los factores ambientales asociados al inicio precoz de las relaciones sexuales ha sido la falta de escolarización de los jóvenes, hecho que afortunadamente ya no sucede en nuestro país, pero que constituye una dramática realidad en otras latitudes. En Brasil, por ejemplo, de las jóvenes adolescentes embarazadas que se acogieron a un Programa Comunitario de control, un 46% de ellas habían abandonado la escuela bastante tiempo antes del embarazo. En el caso de que la madre decida quedarse con el hijo, las responsabilidades parentales, su bajo nivel de formación, y su habitualmente escasa o nula

experiencia laboral, hacen más fácil que, o bien no encuentre un trabajo o que, en el caso de encontrarlo esté mal pagado. Como consecuencia de ello, muchas de estas chicas viven en hogares con reducidos ingresos, incluso por debajo del nivel de la pobreza. En algunos casos, la situación económica es tan precaria que pasan a depender de la asistencia social. Además la precariedad económica se mantiene incluso varios años después del embarazo.

-Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.

-Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

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

En conclusión, las consecuencias adversas de un embarazo adolescente no planificado (consecuencias para la Madre adolescente):

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

-Menor duración y más inestables en pareja adolescente.

-Discriminación por su grupo de pertenencia.

-Tendencia a un mayor número de hijos con intervalos Inter-genésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

-Consecuencias para el Hijo de la Madre adolescente

-Mayor riesgo de bajo peso al nacer.

-Mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

-Consecuencias para el Padre adolescente

-Frecuente deserción escolar para absorber la mantención de su familia.

-Trabajos inestables y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad.

Factores Psicosociales Asociados al Embarazo Adolescente. 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.

Tabla 4

Escala de estigmatización de la Adolescente Embarazada

Item	Descripción	Respuesta tipo			
		3	2	1	0
1	Sentí que mi embarazo decepcionaba a mi familia.	Siempre	La mayoría de las veces	A veces	Nunca

Item	Descripción	Respuesta tipo			
		3	2	1	0
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 enterara 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

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

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

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

Aspectos Psicosociales. La tarea principal es la búsqueda de la identidad como persona y como miembro de la comunidad. Luchan por mantener su individualidad, aunque, al mismo tiempo dudan sobre sí mismos y buscan la aceptación de sus iguales, factor crucial para tomar en muchas ocasiones decisiones erróneas que pueden perjudicar el resto de sus vidas, por el simple hecho de sentir la necesidad de tener 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, generalmente se presentarán problemas tales como:

- Dificultad para planear proyectos a largo plazo,
- Personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza
- Sentimientos de desesperanza
- Falta de actitud preventiva

Capítulo II: Diseño Metodológico

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)

Universo

El universo de este estudio está compuesto de 76 adolescentes embarazadas. Sampieri (2014), define universo como un conjunto de todos los casos que concuerdan determinadas especificaciones que se quieren estudiar.

Caracterización de Unidad de Observación

La unidad de observación son las adolescentes embarazadas atendidas del Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna.

Las mujeres adolescentes del Municipio de Siuna corresponde a 13,559 entre la edad de 10 a 19 años; 3,525 (26%) adolescentes embarazadas se atendieron en el Hospital Primario de Siuna entre los meses de enero a noviembre 2021, significa un alto porcentaje de embarazos adolescentes, el 83 % proceden del área rural y solo el 17% corresponden al área urbana.

El municipio de Siuna está dividido por 204 comunidades rurales, de las cuales 4 comunidades son indígenas y en el casco urbano existen 23 barrios. En su conjunto conforman 42 sectores rurales y 5 sectores urbanos. Con esta distribución y atención brindada en salud se logró brindar atención en salud sobre la captación, vigilancia, monitoreo y atención del parto a las adolescentes.

Muestra

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 53 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):	76
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

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	64
80%	53
90%	60
97%	66
99%	69
99.9%	72
99.99%	73

Ecuación

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

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

Muestra de Métodos Cualitativos

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

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 un programa OpenEpi al azar.

Criterios de Inclusión

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

Técnicas e Instrumentos de Recolección de la Información

Objetivos	Fuente de la información	Técnicas	Instrumento
Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.	Adolescentes	Encuesta	Encuesta de factores relacionados al embarazo adolescente.
Identificar los factores familiares en la población en estudio.	Adolescentes	Encuesta Grupo focal	Encuesta de factores relacionados al embarazo adolescente. APGAR Familiar. Categorías que conforman el modelo parenteral.

			Guía de preguntas para grupo focal con adolescentes.
<hr/>			
Establecer los factores socioculturales en el grupo en estudio.	Adolescentes	Encuesta Grupo focal	Encuesta de factores relacionados al embarazo adolescente. Escala de estigmatización de la 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.

La “Encuesta de Factores Asociados 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:

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

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.

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.

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.

Plan de análisis

Se realizaron tablas 2 x 2 para el análisis invariado 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

Enunciado de las variables y descriptores

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

- Edad.
- Procedencia.
- Situación escolar.
- Estado civil.
- Ingresos económicos.

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

- Relación padres e hija.
- Comunicaciones padres – hija.
- Educación en sexualidad desde la familia.

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

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

Descriptorios cualitativos

- Motivos para embarazarse.
- Relaciones familiares.
- Educación sexual.
- Prácticas sexuales de riesgo
- Presión de grupo
- Proyecto de vida

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
	Nombre del barrio donde actualmente vive las adolescentes en estudio	-	Barrio	Urbano
	Situación escolar	Actualmente estudia	Presencia	Si No

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valores
	Condición educativa que tiene la adolescente en estudio	Deseo de continuar estudiando	Presencia	Si No
		Escolaridad	Nivel alcanzado	Ninguna Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico superior Universidad.
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 – hijas	Es la forma en las que las adolescentes interiorizan y asimilan el vínculo de apego entre ellas y sus padres	-	Tipo de Relación familiar	Cálido Cercano Elemental Situacional
	Manera donde las adolescentes	Pautas de crianza	Tipo	Rígido Negociador

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valores
Comunicación padres – hijas	interiorizan la comunicación con sus padres. Es la forma de asignar un puntaje a sus familias, para diagnosticar el modelo familiar como funcional o no funcional	APGAR Familiar	Puntaje	Indulgente Situacional 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	-	Presencia	Usted piensa que al tener la primera relación no sale embarazada. Con la toma de anticonceptivos de emergencia me protejo durante todo el mes. Si me lavo inmediatamente después de una relación, no me embarazo.

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valores
	grupos crean que ideas no 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	<p>Tener una historia pasada de cualquier ITS</p> <p>Tener pareja con una historia pasada de cualquier ITS</p>
		Prácticas sexuales	Tipo	<p>Tener una pareja con una historia sexual desconocida.</p> <p>Tener relaciones homosexuales o heterosexuales.</p>

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valores
				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
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

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

Resultados

Resultados Cuantitativos

Características Sociodemográficas. Respecto a la edad se encontró en el rango de 10 a 13 años 2 (3.8%), de 14 a 16 años 13 (24.5%) y de 17 a 19 años 38 (71.7%). La procedencia se encuentra del barrio Pedro Joaquín Chamorro 9 (17.1%), Gilberto Romero y Luis Delgadillo con 7 (13.3%) cada uno respectivamente; Denis Mendieta, La Bomba y José Manzanares con 4 (7.6 %) cada uno respectivamente, Jorge Navarro y Olivero con 3 (5.7%) cada uno respectivamente y el resto con 2 (3.8%). En referencia a sí estudia actualmente unas 21 (39.6%) no estudia y 32 (60.4%) estudia actualmente. De las adolescentes que no estudian 12 (57.1%) desean retomar sus estudios y 9 (42.9%) no desea retomar los estudios. Le escolaridad se encontró sin ninguna escolaridad 1 (1.9%), con primaria completa 4 (7.5%), primaria incompleta 6 (11.3%), secundaria completa 2 (3.8%), secundaria incompleta 18 (34.0%), técnico superior 4 (7.5%) y universitaria 18 (34.0%); el estado civil se presentaron casadas 6 (11.3%), separadas 1 (1.9%), solteras 21 (39.6%), unión de hecho estable (convive con su pareja) 20 (37.7%) y en unión libre 5 (9.4%); en referencia a que si trabajan actualmente 41 (77.4%) no trabaja y 12 (22.6%) si trabaja actualmente; de estas 8 (66.7%) tienen trabajo formal y 4 (33.3%) trabajo informal; con un ingreso menor a C\$ 2,000 córdobas 7 (58.4%), de C\$ 2,000 a 4,999 córdobas 4 (33.3%), con salario entre C\$ 5,000 a 6,999 córdobas 1 (8.3%). Ver anexo tabla 1

Factores familiares relacionados. En relación a la convivencia familiar las adolescentes encuestadas que viven sólo con su mamá 23 (43.4%), viven con mamá y papá 19 (35.9%), los que viven solo con sus abuelos y los que viven con abuelos, mamá y papá con 4 (7.5%) cada uno respectivamente, otros conviven con familiar 3 (5.7%); con respecto a las pautas de

crianzas fueron rígidos 25 (47.2%) indulgentes 14 (26.4%), negociador 10 (18.9%), situacional 4 (7.5%); los vínculos de apego se encontró cercano 21 (39.6%), cálido 18 (34%), elemental y situacional 7 (13.2%) cada uno respectivamente; los patrones de éxitos en promotor 20 (37.7%), orientador 17 (32.1%), situacional 11 (20.8%), emancipador 5 (9.4%). Ver anexo tabla 2.

Apgar Familiar. De acuerdo a las respuestas del apgar familiar, en la pregunta sobre: me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad, siempre 20 (37.7%), Casi siempre 13 (24.5%), algunas veces 12 (22.6%), casi nunca 7 (13.2%), nunca 1 (1.9%); me satisface como en la familia hablan y comparten los problemas, siempre 18 (34%), algunas veces 15 (28.3%), casi siempre 14 (26.4%), casi nunca 5 (9.4%) y nunca 1 (1.9%); le satisface como la familia acepta y apoya el deseo de emprender nuevas actividades, siempre 18 (34%), casi siempre 14 (26.4%), algunas veces 11 (20.8%), casi nunca 8 (15.1%) y nunca 2 (3.8%); le satisface como la familia les expresa afecto y responde a las emociones como, rabia, tristeza, amor, algunas veces 19 (35.8%), siempre 16 (30.2%), casi siempre 10 (18.9%), casi nunca 6 (11.3%), nunca 2 (3.8); les satisface el tiempo de compartir en familia y estar juntos casi siempre 16 (30.2%), siempre 15 (28.3%), algunas veces 12 (22.6%), casi nunca 9 (17%), nunca 1 (1.9%); compartir el espacio en casa, casi siempre 19 (35.8%), siempre 15 (28.3%), algunas veces 11 (20.8%), casi nunca 5 (9.4%), nunca 3 (5.7%); se sienten satisfecha de compartir el dinero en familia casi siempre 17 (32.1%), siempre 14 (26.4%), algunas veces 9 (17%), casi nunca 7 (13.2%), nunca 6 (11.3%); tienen un amigo cercano o una amiga cercana que pueda buscar cuando necesite ayuda, casi siempre 19 (35.8%), algunas veces 11 (20.8%), nunca 9 (17%), siempre 8 (15.1%), casi nunca 6 (11.3%); están satisfecha con el soporte que reciben de sus

amigos y amigas casi siempre 15 (28.3%), algunas veces 14 (26.4%), nunca 11 (20.8%), siempre 7 (13.2%), casi nunca 6 (11.3%). Ver anexo tabla 3.

Sobre la clasificación del apgar familiar se encuentran normal a 16 (30.2%), con disfunción leve a 15 (28.3%), con disfunción moderada a 6 (11.3%) y con disfunción grave a 16 (30.2%). Ver anexos tabla 4

Educación Sexual. En relación a la educación sexual recibida, así a las que no les hablaban de sexualidad en su casa o en su familia antes del embarazo 33 (62.3%), si hablaban al respecto a 20 (30.7%); sobre que si sus padres le aconsejaban o conversaba sobre sexualidad, noviazgo, relaciones sexuales a 25 (47.2%) y no le aconsejaban 28 (52.8%); si recibieron educación sexual de otra persona que no sea su familiar como amigos u otros 36 (67.9%) y no 17 (32.1%). Ver anexo tabla 5.

Las fuentes de información de sexualidad, planificación familiar, relaciones sexuales y noviazgo, las adolescentes han recibido información en Institución educativa 25 (47.2%), Institución de salud 17 (32.2%), amigos 4 (7.6%), televisión y radio con 3 (5.7%) y internet 1 (1.9%). Ver anexo tabla 6.

Mitos y Tabúes. Las respuestas de las adolescentes con respecto a los siguientes mitos y tabúes: durante la primera relación no sale embarazada contestaron falso 30 (56.6%) y verdadero 23 (43.4%), si tomar anticonceptivo de emergencia se protege durante todo el mes refieren falso 40 (75.5%) y verdadero 13 (24.4%), si se lavan inmediatamente después de una relación no me embarazo responden como falso 52 (98.1%) y verdadero 1 (1.9%), lavarse rápidamente para que caiga el semen u orino, no me embarazo expresan como falso 47 (88.7%) y verdadero 6 (11.3%), La masturbación es mala y sucia manifiestan como falso 35 (66.0%) verdadero 18 (34.0%), es mejor usar doble condón protege más tienen verdadero 29 (54.7%) y falso a 24 (45.3%), sacar el pene antes de que salga el semen no se

embarazan contestan falso 35 (66.0%) y verdadero 18 (34.0%), tener relaciones sexuales anales sin protección es imposible salir embarazada refieren como falso 28 (52.8%) y verdadero 25 (47.2%). Ver anexo tabla 7

Prácticas Sexuales de Riesgo. De acuerdo al número de parejas sexuales con 1 pajera 29 (54.7%), 2 parejas 18 (34.0%) y 3 parejas 6 (11.3%); en referencia las prácticas sexuales de riesgo; con antecedentes de infecciones de transmisión sexual 1 (1.9%), han tenido parejas con antecedentes de infecciones de transmisión sexual 1 (1.9%), Parejas con historia sexual desconocida 10 (18.9%), han tenido relaciones homosexuales 3 (5.7%), han tenido relaciones sexuales con varias parejas a la vez 1 (1.9%), han tenido relaciones sexuales con desconocidos 1 (1.9%), el uso drogas o alcohol cuando tienen relaciones sexuales 2 (3.8%), han tenido pareja que se droga 1 (1.9%), sobre uso de método anticonceptivo cuando se embarazó 20 (37.7%) usaron algún método; sobre si piensan que el método que usó falló refirieron que si 42 (79.2%); con respecto a los métodos que usaron fueron los siguientes: inyectables 15 (28.3%), píldora de la mañana siguiente 12 (22.6%), preservativos y anticonceptivos orales con un (3.8) cada uno respectivamente y ningún método 22 (41.5%). Ver anexo tabla 8.

Escala de Estigmatización. Respecto a lo que sintieron las adolescentes durante el embarazo refieren: sintió que su embarazo decepciono a su familia, nunca 23 (43.4%), a veces 16 (30.2%), seguido por siempre y la mayoría de veces con 7 (13.2%) cada uno respectivamente; sintieron que el embarazo avergonzaba a mi familia, nunca 27 (50.9%), a veces 18 (34.0%) siempre y la mayoría de veces con 4 (7.5%) cada uno respectivamente; temor de cómo reaccionarían mis familiares, nunca 20 (37.7%), siempre 16 (30.2%), a veces 10 (18.9%) y la mayoría de veces 7 (13.2%); durante los cuidados del embarazo

sintieron que el personal de salud las discriminaba por el embarazo, nunca 35 (66.0%), a veces 9 (17.0%), la mayoría de veces 5 (9.4%) y siempre 4 (7.5%); las personas las miraban mal en lugares públicos contestaron nunca 30 (56.6%), a veces 13 (24.5%), siempre 7 (13.2%) y la mayoría de veces 3 (5.7%); sintieron vergüenza de que la gente del barrio se diera cuenta del embarazo, nunca 25 (47.2%), a veces 17 (32.1%), siempre 9 (17.0%) y la mayoría de veces 2 (3.8%); las personas de la misma edad las miraban mal por haber salido embarazada, a veces 22 (41.5%), nunca 20 (37.7%), siempre 7 (13.2%) y la mayoría de veces 4 (7.5%). Ver anexo tabla 9.

Motivaciones del Embarazo. Con respecto a las consecuencias del embarazo fue por falla del método de planificación 20 (37.7%), Por presión de la pareja, dando la prueba del amor 12 (22.8%), deseaban quedar embarazada 11 (20.8%), desconocían como evitar un embarazo 10 (19.0%), Cuando se enteró de su embarazo pensó en que era el momento de asumir esa responsabilidad a pesar de todo 27 (50.9%), era una bendición 19 (35.8%), abortar 5 (9.4%), ni modo, ahora a ser responsable 2 (3.8%). Ver anexo tabla 10

Resultados Cualitativos

Se colocaron en anexo 4 los resultados cualitativos de la investigación para mejor visualización.

Discusión

El grupo etario con más embarazo, es de 17 – 19 años registrándose con un 71.7%, seguido por el grupo de 14 a 16 con un 24.5%, esto coincide con literatura donde se manifiestan una mayor independencia con la toma de decisiones, una maduración biológica que permite la reproducción y aunque son más conscientes con su cuerpo; también están influenciados por los medios de comunicación como la televisión y ahora el internet, donde

pueden encontrar información errónea de vivir su sexualidad, además existen estudios como los realizados por Gómez y Montoya (2012) en Colombia encuentran que el 50% de las adolescentes embarazadas tienen 16 años, también Cruzalegui (2015) en Perú encontró que la mayoría de las adolescentes se encontraban entre 14 a 16 años y en el rango de 17 a 19 años; en Nicaragua el estudio de Cruz Díaz (2016) el grupo predominante estaba en el rango de 17 a 19 años. La procedencia es urbana con un 77.4% que las adolescentes estudiadas debido a que fueron encuestadas principalmente el área urbana por el difícil acceso a las comunidades rurales.

La situación escolar demuestra que el 60.4% de las adolescentes estudian actualmente pero un 39.6% no estudian y de estas que no estudian el 42.9% no desean retomar sus estudios luego del embarazo, esto podría convertirse a una carga económica para las familias y evidencia la falta de un proyecto de vida expresado por una adolescente al preguntarles por sus sueños o metas “Por los momentos no” al referirse que no tiene ninguna meta, esta misma adolescente refirió dentro del motivo del embarazo “Salí embarazada porque yo quería tener un niño”, así establece como una meta de realización personal el embarazo; mientras otras al preguntarles no quisieron responder solo tuvieron una sonrisa tímida, así otra adolescente ve interrumpida su meta por el embarazo al decir “Ahora con responsabilidad no podré”.

La mayoría de las adolescentes embarazadas el 34% tienen secundaria incompleta o universitarias, estas manifestaron tener aspiraciones de superación como lo expresa en el grupo focal “Yo quiero ser una profesional, seguiré estudiando hasta terminar”, es preocupante que las adolescentes embarazadas son solteras con un 39.6%, por lo que no hay apoyo de la pareja, aunque gran parte de las encuestadas se declaraban como acompañadas; en la actualidad no trabajan para un 77.4%, las adolescentes y las que

trabajan tienen ingresos monetario de menos de C\$ 2,000.00 córdobas mensuales en un 90.6%. Como lo refirieron en el grupo focal “No, tengo que trabajar” Según Ayol Pérez, Arguello Paredes, & Jiménez Morejón, (2021), las tasas de deserción escolar, bajos niveles educativos, empleos menos calificados y menores índices de satisfacción laboral entre las madres adolescentes, relacionando la respuesta de grupo focal donde expresa “Ahorita no. Voy a trabajar para criar a mi hija o hijo” Lo podemos asociar al estudio de Cruz Díaz, (2016), en su tesis establece 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. Hay coincidencia en el estudio con el grupo focal y la encuesta e investigaciones anteriores por que al no estar preparada académicamente los trabajos que desempeñarían no van a ser muy remunerados.

Los factores familiares relacionados al embarazo en adolescente, muestran resultados con respecto al núcleo familiar el 43.4% sólo viven con su mamá, con pautas de crianza rígidas en 47.2%, en donde se caracterizan por el seguimiento a las normas, el orden, respeto a la autoridad de los Padres de familia, en este caso muchas de las adolescentes viven con sus madres, así en el país existe una alta estima a las madres que han sacado adelante a sus familias, siendo familias monoparentales y con madres que también tuvieron un embarazo en la adolescencia que además establecen un estilo de crianza rígida por las experiencias vividas, a su vez apoyan a sus hijas en su embarazo precoz, estableciendo vínculos cercanos en un 39.6% donde las muestras de afecto son espontáneas y esporádicas, con suficiente tiempo y comunicación entre ellas; se encontró que un el 37.7% se sienten satisfechas con la ayuda recibida de los familiares y el 35.8% están recibiendo afecto, amor de parte de la familia, se relaciona con expresado en el grupo focal las adolescentes como lo refieren “Si me han apoyado” “Si, la familia de ambos nos apoya” “Si me han apoyado

bastante” “Claro me han apoyado” “Si, hasta el momento mi familia me ha apoyado y dicen que lo continuaran haciendo, gracias a Dios he recibido apoyo”; según Pinzón et al. (2018), en su artículo de investigación refieren: “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. Existe apoyo de la familia se ha puesto de manifiesto tanto en el estudio y en los estudios anteriores.

Los datos encontrado en el apgar familiar refuerza que se merece atender a las familias ya que sólo el 30.2% de las familias tienen apgar familiar normal y podría concluirse que el 69.8% tiene algún grado de disfunción familiar, en el apoyo cuando la adolescente tiene problemas y/o necesidad, en el emprendimiento de nuevas actividades y las expresiones de afecto, tiempo, espacios y dinero compartido.

Dentro de los factores socioculturales están: la educación sobre la sexualidad, los mitos y tabúes, las prácticas sexuales de riesgo y la estigmatización de las embarazadas, en los datos encontrados en relación a la educación sexual recibida en casa o por familiares, las adolescentes encuestadas se conversaba poco sobre sexualidad con sus padres, lo podemos confirmar con el grupo focal el cual refirieron “Dentro de la familia han hablado sobre temas de sexualidad, noviazgo, relaciones sexuales” “No he hablado, mi familia no habla de eso” “No. Mis padres son religiosos y lo ven como prohibido” “No. No hay forma de hablar, no les gusta” “No, mi familia es muy callada” “Jamás. No hay forma de hablar” eso les ha causado no tener la confianza plena con sus familiares, la principal fuente de información en un 47.2% es la institución educativa. Según Pinzón et al. (2018), publicaron un artículo de su investigación, es claro que el embarazo en adolescentes en Colombia se está presentando en adolescentes en situación de vulnerabilidad por falta de educación sexual. Espinoza Moreno, Gutiérrez Blandón, & Zeledón Rizo, (2016), en su tesis donde 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, se puede confirmar en relación a las adolescentes que refieren “ Si, tenía una amiga que era mayor que yo y me decía que no tiene nada de malo” “ Pues que ella ya había tenido y que le gustaba y que no tenía nada de malo” “Si, me decía que eso es normal para todas las mujeres” 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, lo podemos confirmar en el estudio que las adolescentes se han informado sobre temas de sexualidad a través de centros educativos, centros de salud y emisoras locales.

En relación a los mitos y tabúes de las adolescentes encuestadas, todavía están presentes en un 56.6% refieren que durante la primera relación sexual no salen embarazada, también refieren en el grupo focal que “Yo creí que la primera vez que estaba con mi novio no iba a quedar embarazada” “tener los hijos que Dios mandé” “es malo planificar por que matan a los niños y es un pecado”. Un 18% creen que la masturbación es mala o sucia y existe la creencia de que sí se lavan inmediatamente después de tener relaciones sexuales no salen embarazadas, en el encuentro con las adolescentes refieren “que hay padres que trabajan fuerte para criar a todos sus hijos y que es bueno tener sus hijos a temprana edad” esto se relaciona con el estudio de Ormachea (2016) en su tesis que refiere dentro de los factores culturales, el mito de que la mejor edad para concebir un hijo es en la adolescencia. Morán (2016), realizó investigación donde 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. Estos mitos y tabúes todavía presentes entre los adolescentes por lo que se hace más urgente establecer estrategias para disminuir las brechas educativas preparando a los jóvenes para la vida y romper con esquemas estereotipados en la sociedad donde se refuerza el rol reproductivo de la mujer y las falsas creencias que ponen en riesgo con embarazos a temprana edad.

Las prácticas sexuales de riesgo el 54.7% han tenido una pareja sexual y solo un 11.3% ha tenido tres parejas sexuales y un alto porcentaje de tener relaciones sexuales sin protección con un 81.1% y un 18.9% han tenido relaciones sexuales sin conocer la historia sexual de su pareja. También se observa poca prevalencia en antecedentes de ITS, de haber tenido relaciones sexuales con varias parejas, relaciones homosexuales y con parejas desconocidas; este tema lo ven como algo prohibido por sus creencias religiosas o como un tema privado u otras adolescentes lo ven como algo deshonroso, las adolescentes todavía se inhiben a hablar de este tema.

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes, no usaron método anticonceptivo en un 62.3%, y un 79.2% refirieron que les fallo el método en quien lo usaron y además se presenta la alta frecuencia de uso de la píldora de la mañana siguiente (PPMS) como un método anticonceptivo, esto podría traer consecuencias para su salud, por la gran carga hormonal que puede provocar desajustes en los periodos menstruales, además se desaconseja el uso rutinario de la PPMS. Las adolescentes refieren en el grupo focal “Yo no me embarace porque quiera fue porque me falló el método de planificar” “Me fallo el método de planificación” 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.

En la escala de estigmatización existe un 13.2% que el embarazo decepcionó a la familia y un 34% sentían que el embarazo le avergonzaba a la familia un 30.2% de las adolescentes encuestadas tuvieron temor de cómo reaccionarían su familia por el embarazo, se sintieron estigmatizadas por personas de su misma edad por que salieron embarazadas 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, otras adolescentes se sintieron estigmatizadas por el mismo personal de salud “tan chavala y embarazada” “salirme de estudiar porque mis amigas hablaron mal de mí” 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.

Conclusiones

-De acuerdo a las características sociodemográficas la edad que más predominó fue la de 17 – 19 años, fueron de procedencia urbanas del barrio Pedro Joaquín Chamorro, Gilberto Romero, Luis Delgadillo, actualmente la mayoría estudian y las que no estudian desean continuar con sus estudios; de estado civil solteras seguidas de unión de hecho estable, la mayoría no trabajan y las que trabajan ganan menos de 2000 córdobas mensuales.

-En relación a los factores familiares las adolescentes conviven con su mamá seguidas las que conviven con sus papas y mamás; tiene pautas de crianzas rígidas; vínculos afectivos cercanos y patrones de éxito de tipo promotor; tienen un apgar familiar en general con alguna disfunción que va desde leve a grave.

-Los factores socioculturales: la familia contribuye poco sobre la educación en sexualidad, embarazo, relaciones sexuales y noviazgo; la principal fuente de información son las instituciones educativas. Existen mitos y tabúes en las adolescentes como: durante la primera relación sexual no salen embarazadas y si toman anticonceptivos de emergencias quedan protegidas todo el mes, el levantarse inmediatamente después de la relación sexual no quedan embarazadas y que la masturbación es mala y sucia. La mitad de las adolescentes han tenido solo una pareja sexual y las prácticas sexuales de riesgo más frecuente es tener relaciones sexuales sin protección y tener pareja con historia sexual desconocida; piensan que su método anticonceptivo les falló y los métodos usados fueron los inyectables y las pastillas de la mañana siguiente. Dentro de la escala de estigmatización el temor más prevalente fue sobre la reacción de sus familiares. Las motivaciones del embarazo la mayoría atribuye a fallo del método y cuando se enteró del embarazo piensan que era el momento de asumir esa responsabilidad y una bendición.

Recomendaciones

Al Hospital Primario

Coordinar con los institutos educativos la realización de círculos de estudios sobre la prevención del embarazo utilizando la abstinencia y explicando sobre los métodos anticonceptivos seguros.

Coordinar con Visión Mundial y Radio URACCAN la difusión masiva de programas o cuñas radiales en temas de salud sexual y reproductiva dirigida a adolescentes.

Continuar implementando la estrategia de círculos de familia en adolescentes con temas de convivencia familiar, para mejorar la relación de los padres e hijas durante la adolescencia.

Coordinar con las Iglesia y redes comunitarias la realización de campañas educativas con adolescentes para incrementar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y que nos conlleve a terminar con los mitos y tabúes que todavía son barreras que nos están llevando a mantener el alto índice de embarazo en adolescentes en nuestro municipio.

Al Personal de Salud

Concientizar a las adolescentes sobre la importancia de la abstinencia y el uso correcto de métodos anticonceptivos a través de actividades de promoción.

Realizar actividades de promoción de forma permanente en centros educativos, centros asistenciales y medios de difusión masiva en temas sobre complicaciones obstétricas en adolescentes.

Brindar ambientes de confianza para que las adolescentes puedan acceder a solicitar información o de hacer uso de un método anticonceptivo seguro.

Promover los programas de gobierno en emprendimiento e innovación dirigidas a las adolescentes para mejorar los niveles de educación y mejorar las condiciones de pobreza en el núcleo familiar.

A las Adolescentes

Que practiquen la abstinencia y si van a iniciar su vida sexual activa la utilización de métodos anticonceptivos seguros.

Que participen activamente de los círculos de estudios sobre educación sexual y reproductiva que realizan los institutos educativos y el Ministerio de Salud.

Motivarlas al reintegro educacional, lo que conlleva a mejorar su nivel de vida en temas de autoestima, estereotipos, estigmas, derechos sexuales y reproductivos, entre otros

Que participen activamente en actividades programadas por las pastorales juveniles que conllevan a mejorar los conocimientos sobre temas reproductivos (Promueven la abstinencia y el casamiento a edad no adolescentes)

Hacer uso correcto de las redes sociales para mejorar el conocimiento sobre sexualidad, mitos y tabúes.

Capítulo IV: Bibliografía

Referencias

- Ayol Perez, L. G., Arguello Paredes, E. E., y Jimenez Morejón, L. L. (Mayo 2021). *Factores de riesgo en embarazo de adolescente* [Tesis de pregrado, Universidad Estatal de Milagro]. Repositorio institucional. Recuperado el 28 de Septiembre de 2021. <http://repositorio.unemi.edu.ec/handle/123456789/5358>
- Chavarría Vargas y Suárez Soza. (23 de octubre de 2021). *Factores y consecuencias del inicio de vida sexual activa en los y las adolescentes que asisten a la unidad de salud molino norte, del municipio de matagalpa, segundo semestre 2015* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Managua]. Repositorio institucional. <https://repositorio.unan.edu.ni/1604/1/5163.pdf>
- Cruz Díaz, E. A. (2016). *Resultados obstétricos y neonatales en las adolescentes con embarazos consecutivos atendidas en la Sala de Maternidad del Hospital Alemán Nicaragüense. Junio a noviembre 2015* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autonoma de Nicaragua, Managua]. Repositorio institucional. Recuperado el 15 de Septiembre de 2021. <https://repositorio.unan.edu.ni/1549/1/58909.pdf>
- Flores-Valencia, M. E., Nava-Chapa, G. y Arenas-Monreal, L. (11 de abril 2016). Embarazo en al adolescencia en una región de México: un problema de Salud Pública. *Salud Pública*. 19(3), 374-378. <https://scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n3/374-378/es>
- Fondos de las Naciones Unidas para la Infancia. (26 de septiembre de 2021). <https://www.unicef.org>.
- Gonzales, C. (2013). Atencion al embarazo en adolescentes. *El pais*.

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.)

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*. [tesis de]. <https://repositorio.unan.edu.ni/4315/1/96345.pdf>

Luyo Marcellini, D. F. (2017). *Factores individuales, familiares y sociales asociados al embarazo en adolescentes en el centro de salud Carlos Showing Ferrari 2015-2015*. [Tesis de post grado, Universidad de Huánuco]. Repositorio institucional. <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/494/LUYO%20MARCELLINI%2c%20DELICI%20FIORELLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Marín, L. G. (Enero-marzo 2017). *La adolescencia, principales características*. <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. y Espert Castellanos, J. (julio-septiembre 2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre

adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.*, 38(3), 333-342.

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.* [Tesis de]

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

Organización Panamericana de la Salud. (26 de septiembre de 2021). *América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo.*

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (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=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es

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

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

<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., Culcay Verdugo, C., Carabajo Rivera, A., Ávila León, Sol., Añez, R. J., Rojas, J. y Bermúdez, V. (26 de septiembre de 2021). Características sociodemográficas de la población adulta de la parroquia cumbe, Cuenca-Ecuador. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 36(2), 57-64.
<https://www.revistaavft.com/images/revistas/2017/AVFT%202%202017/caracteristicas%20sociodemograficas.pdf>

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

UNICEF. (26 de septiembre de 2021). *¿Qué es la adolescencia?*.

<https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>

UNICEF. (18 de octubre de 2021). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*. .

<https://www.unicef.org/lac/media/6351/file/PDF%20Publicaci%C3%B3n%20Vivencias%20y%20relatos%20sobre%20el%20embarazo%20en%20adolescentes%20.pdf>

Capítulo V: Anexos

Anexo 1*Tablas y Figuras (Gráficos)***Tabla 1***Características sociodemográficas de las adolescentes encuestadas en el Hospital**Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021*

		n=53
Edad	N	%
Entre 10 -13 años.	2	3.8
Entre 14 – 16 años.	13	24.5
Entre 17 – 19 años.	38	71.7
Procedencia	N	%
Pedro Joaquín Chamorro	9	17.1
Gilberto Romero	7	13.3
Luis Delgadillo	7	13.3
Denis Mendieta	4	7.6
La Bomba	4	7.6
José Manzanares	4	7.6
Jorge Navarro	3	5.7
Olivero	3	5.7
Monte de Oro/ N was	2	3.8
Marco Antonio Somarriba	2	3.8
José Esteban Suazo	2	3.8
Luis Alfonso/Rigoberto López	2	3.8
Gaspar García Laviana	2	3.8
Claudia Chamorro	2	3.8
Estudia actualmente	N	%
No	21	39.6
Si	32	60.4
		n=21

Retomar los estudios	N	%
No	9	42.9
Si	12	57.1
Escolaridad	N	%
Ninguna	1	1.9
Primaria completa	4	7.5
Primaria incompleta	6	11.3
Secundaria completa	2	3.8
Secundaria incompleta	18	34.0
Técnico superior	4	7.5
Universidad	18	34.0
Estado Civil	N	%
Casada	6	11.3
Separada	1	1.9
Soltera	21	39.6
Unión de hecho estable (vive con su pareja)	20	37.7
Unión libre	5	9.4

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 1

Características sociodemográficas de las adolescentes encuestadas en el Hospital

Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021

(Continuación)

		n=53
Trabaja actualmente	N	%
No	41	77.4
Si	12	22.6
Tipo de trabajo	N	% (n=12)
Trabajo formal	8	66.7
trabajo informal	4	33.3

Ingreso mensual	N	% (n=12)
Menos de 2000 córdobas.	7	58.4
Entre 2,000 y 4,999 córdobas.	4	33.3
Entre 5,000 y 6,999 córdobas	1	8.3

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 2

Factores familiares relacionados con el embarazo adolescente en encuestadas en el

Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021

n=53

Núcleo familiar	N	%
Solo su Mama	23	43.4
Con Mama y Papa	19	35.9
Abuelos	4	7.5
Mamá, papá y abuelos	4	7.5
Otro familiar o tutor	3	5.7
Pautas de crianza	N	%
Rígido	25	47.2
Indulgente	14	26.4
Negociador	10	18.9
Situacional	4	7.5
Vínculos de apego	N	%
Cercano	21	39.6
Cálido	18	34.0
Elemental	7	13.2
Situacional	7	13.2
Patrones de éxito	N	%
Promotor	20	37.7
Orientador	17	32.1
Situacional	11	20.8

Patrones de éxito	N	%
Emancipador	5	9.4

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 3

Respuestas del apgar familiar en adolescente encuestadas en el Hospital Primario Carlos

Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021

n=53

Preguntas	Nunca		Casi Nunca		Algunas veces		Casi Siempre		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.	1	1.9	7	13.2	12	22.6	13	24.5	20	37.7
Me satisface como en nuestra familia hablamos y compartimos nuestros problemas.	1	1.9	5	9.4	15	28.3	14	26.4	18	34.0
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.	2	3.8	8	15.1	11	20.8	14	26.4	18	34.0
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.	2	3.8	6	11.3	19	35.8	10	18.9	16	30.2

Preguntas	Nunca		Casi Nunca		Algunas veces		Casi Siempre		Siempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Me satisface como compartimos en mi familia: El tiempo para estar juntos.	1	9.1	9	17	12	22.6	16	30.2	15
Los espacios en la casa	3	5.7	5	9.4	11	20.8	19	35.8	15	28.3
En el dinero	6	11.3	7	13.2	9	17	17	32.1	14	26.4
¿Usted tiene un amigo cercano o una amiga cercana que pueda buscar cuando necesite ayuda?	9	17	6	11.3	11	20.8	19	35.8	8	15.1
Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos y amigas.	11	20.8	6	11.3	14	26.4	15	28.3	7	13.2

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 4

Apgar familiar en adolescente encuestadas en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021

n=53

Apgar familiar	Frecuencia	Porcentaje
Normal	16	30.2
Disfunción leve	15	28.3
Disfunción moderada	6	11.3
Disfunción grave	16	30.2

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 5

Educación sexual recibida en adolescente encuestadas en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021

n=53

Educación	Si		No	
	No	%	No	%
¿Se hablaba de sexualidad en su casa o en su familia antes del embarazo?	20	30.7	33	62.3
¿Sus Padres le aconsejaban o conversaba sobre sexualidad, noviazgo, relaciones sexuales?	25	47.2	28	52.8
¿Ha recibido educación sexual de otra persona que no sea su familiar como amigos u otros?	36	67.9	17	32.1

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 6

Fuente de información sobre aspectos de sexualidad, planificación familiar, relaciones sexuales y noviazgo de los adolescentes encuestados en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021

n=53

Fuente de información	N	%
Institución educativa	25	47.2
Institución de salud	17	32.1
Amigos	4	7.6
Televisión	3	5.7
Radio	3	5.7
Internet	1	1.9

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 7

Mitos y tabúes presentes en los adolescentes encuestados en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021

n=53

Mitos y tabúes	Falso		Verdadero	
	No	%	No	%
Durante la primera relación no sale embarazada.	30	56.6	23	43.4
Si toma anticonceptivo de emergencia me protejo durante todo el mes.	40	75.5	13	24.5
Si me lavo inmediatamente después de una relación, no me embarazo.	52	98.1	1	1.9
Si me levanto rápidamente para que caiga el semen u orino, no me embarazo.	47	88.7	6	11.3
La masturbación es mala y sucia.	35	66.0	18	34
Es mejor usar doble condón porque protege más.	24	45.3	29	54.7
Si saca el pene antes de que salga el semen, no me embarazo.	35	66.0	18	34.0
El tener relaciones sexuales anales sin protección es imposible salir embarazada.	28	52.8	25	47.2

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 8*Prácticas sexuales de riesgo en los adolescentes encuestados en el Hospital Primario**Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021*

n=53

Número de parejas sexuales	N	%
1.	29	54.7
2.	18	34.0
3.	6	11.3
Prácticas sexuales de riesgo	N	%
Antecedentes de ITS	1	1.9
Pareja con antecedente de ITS	1	1.9
Parejas con historia sexual desconocida	10	18.9
Ha tenido relaciones homosexuales	3	5.7
Relaciones sexuales sin protección	43	81.1
Relaciones sexuales con varias parejas a la vez	1	1.9
Relaciones sexuales con desconocidos	1	1.9
Uso de drogas o alcohol cuando tiene relaciones sexuales	2	3.8
Ha tenido pareja que se droga	1	1.9
Uso de método cuando se embarazó	20	37.7
Piensa que el método que uso falló	42	79.2
Cual método anticonceptivo utilizó	N	%
Condón	2	3.8
Inyectables	15	28.3
Píldora de la mañana siguiente (PPMS)	12	22.6
Anticonceptivos orales	2	3.8
Ninguna	22	41.5

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 9*Escala de estigmatización a las adolescentes embarazadas encuestadas en el Hospital**Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021*

n=53

Afirmaciones	Siempre		La mayoría de veces		A veces		Nunca	
	No	%	No	%	No	%	No	%
	Sentí que mi embarazo decepciono a mi familia	7	13.2	7	13.2	16	30.2	23
Sentí que mi embarazo avergonzaba a mi familia	4	7.5	4	7.5	18	34.0	27	50.9
Tuve temor de cómo reaccionarían mis familiares	16	30.2	7	13.2	10	18.9	20	37.7
Durante mis cuidados del embarazo sentí que el personal de salud me discriminaba por mi embarazo	4	7.5	5	9.4	9	17	35	66.0
Sentí que las personas me miraban mal en lugares públicos	7	13.2	3	5.7	13	24.5	30	56.6
Sentí vergüenza de que la gente de mi barrio se diera cuenta de mi embarazo	9	17.0	2	3.8	17	32.1	25	47.2
Sentí que las personas de mi edad me miraban mal por haber salido embarazada	7	13.2	4	7.5	22	41.5	20	37.7

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente.

Tabla 10

Motivaciones del embarazo en las adolescentes embarazadas encuestadas en el Hospital

Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021

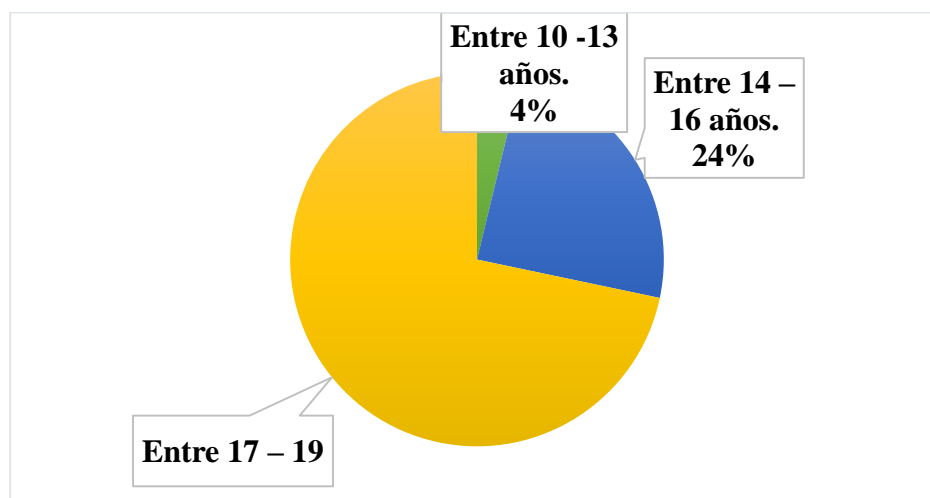
n=53

El embarazo es consecuencia de:	N	%
Falla del método de planificación	20	37.7
Por presión de mi pareja, dando la prueba del amor	12	22.8
Deseaba quedar embarazada	11	20.8
Desconocía como evitar un embarazo	10	19.0
Cuando se enteró de su embarazo pensó en:	N	%
Que era el momento de asumir esa responsabilidad a pesar de todo.	27	50.9
Que era una bendición.	19	35.8
Abortar.	5	9.4
Ni modo, ahora a ser responsable	2	3.8

Fuente: Encuesta de los factores relacionados al embarazo adolescente

Figura 1

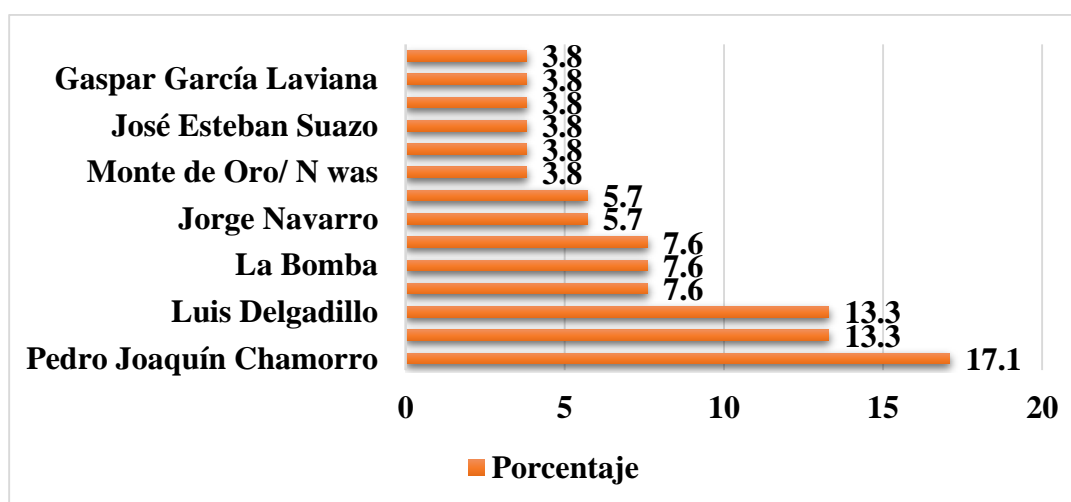
Edad de las adolescentes encuestadas en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021



Fuente: Tabla 1

Figura 2

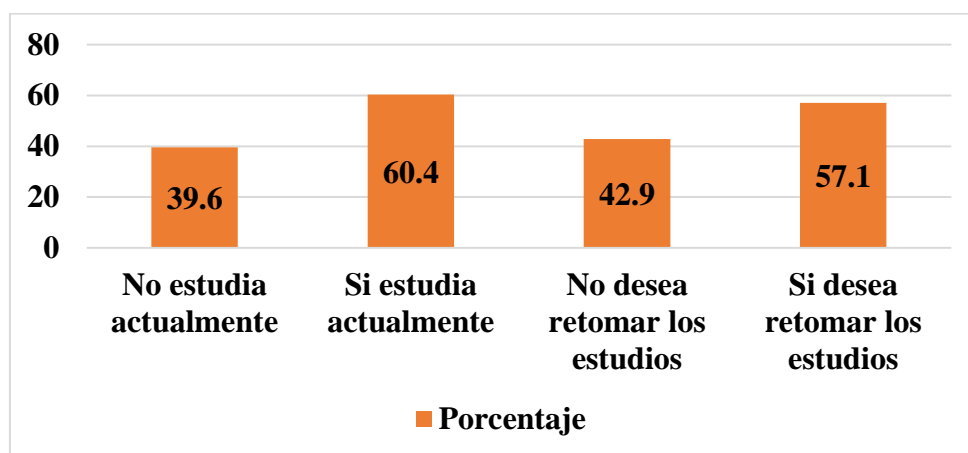
Procedencia de las adolescentes encuestadas en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021



Fuente: Tabla 1

Figura 3

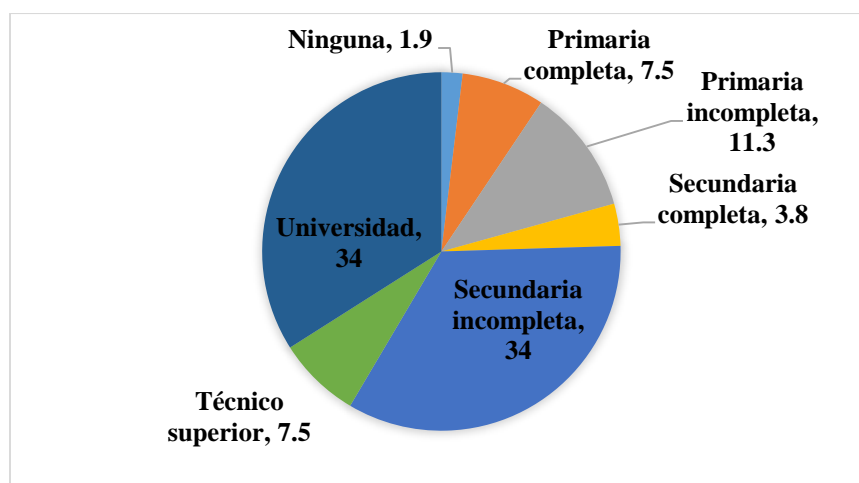
Deseos de estudiar de las adolescentes encuestadas en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021



Fuente: Tabla 1

Figura 4

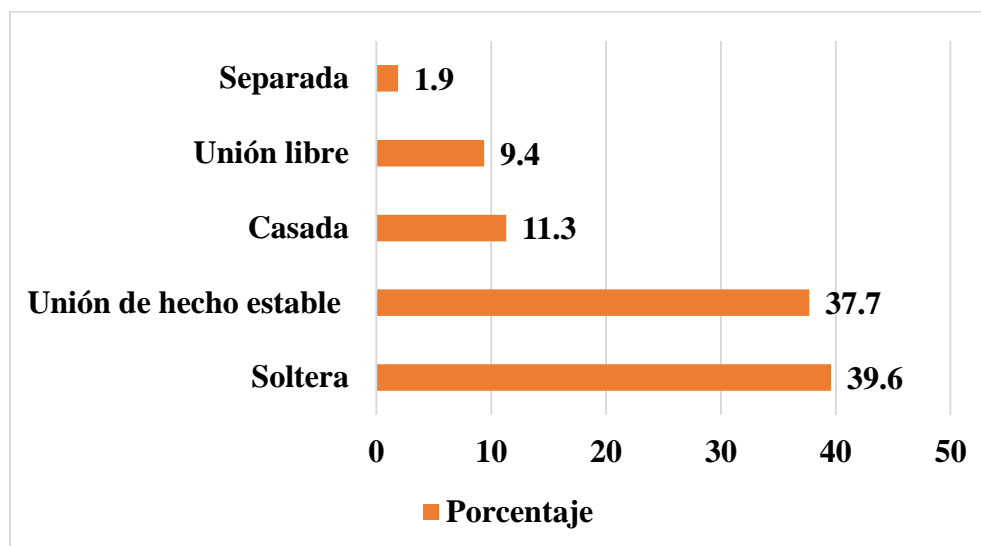
Escolaridad de las adolescentes encuestadas en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021



Fuente: Tabla 1

Figura 5

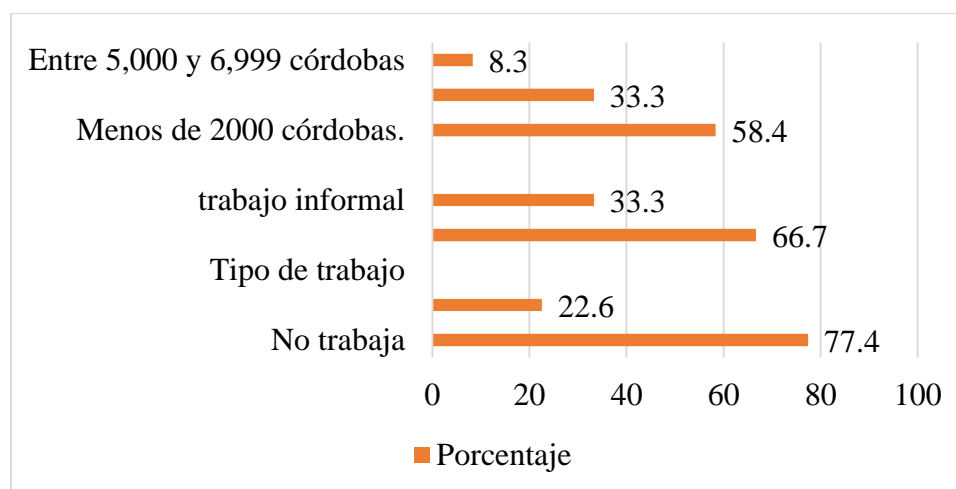
Estado civil de las adolescentes encuestadas en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021



Fuente: Tabla 1

Figura 6

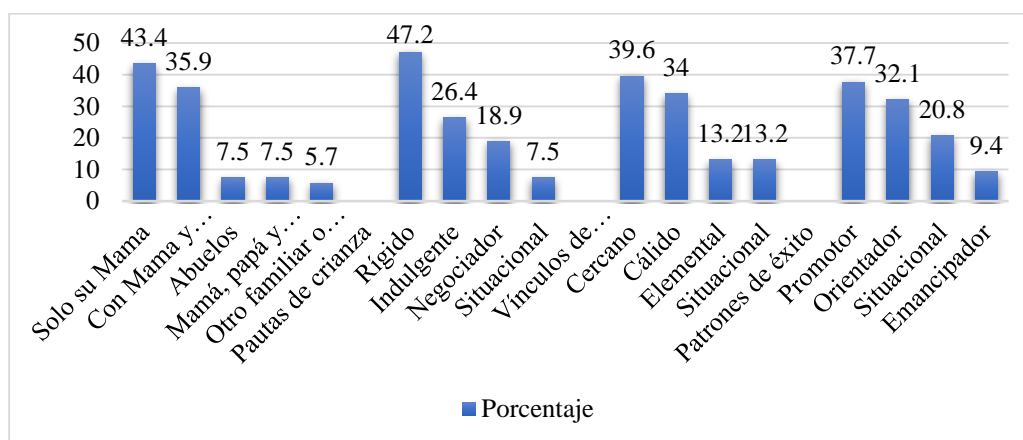
Situación laboral de las adolescentes encuestadas en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021



Fuente: Tabla 1

Figura 7

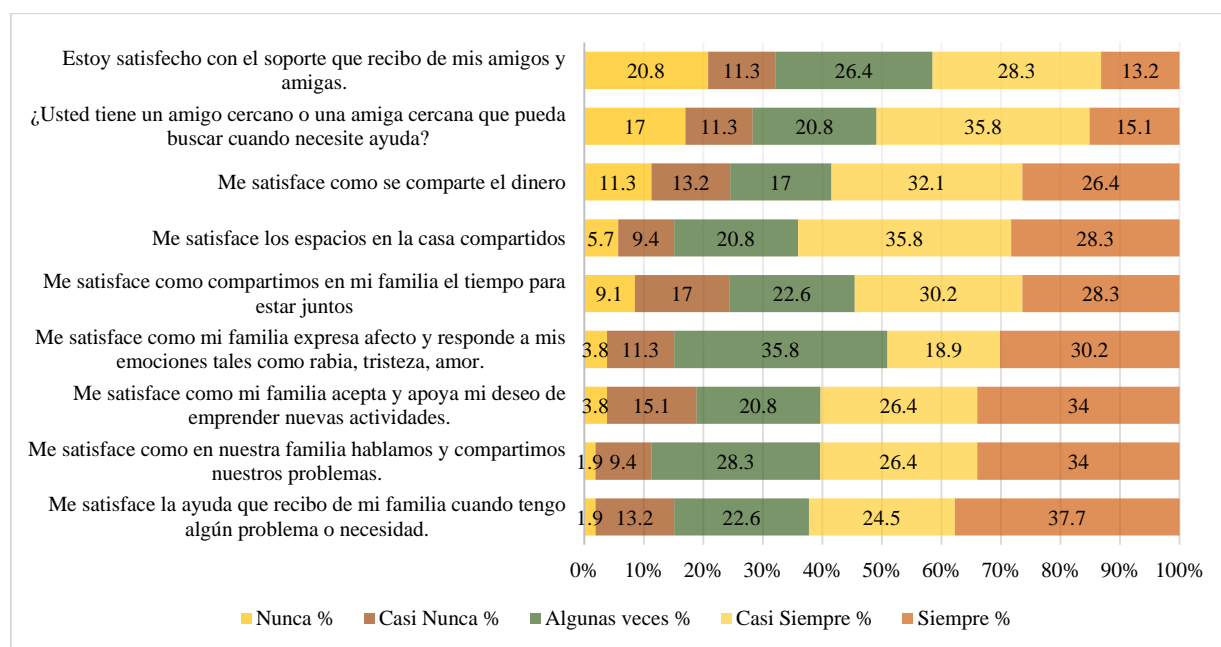
Situación familiar de las adolescentes encuestadas en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021



Fuente: Tabla 2

Figura 8

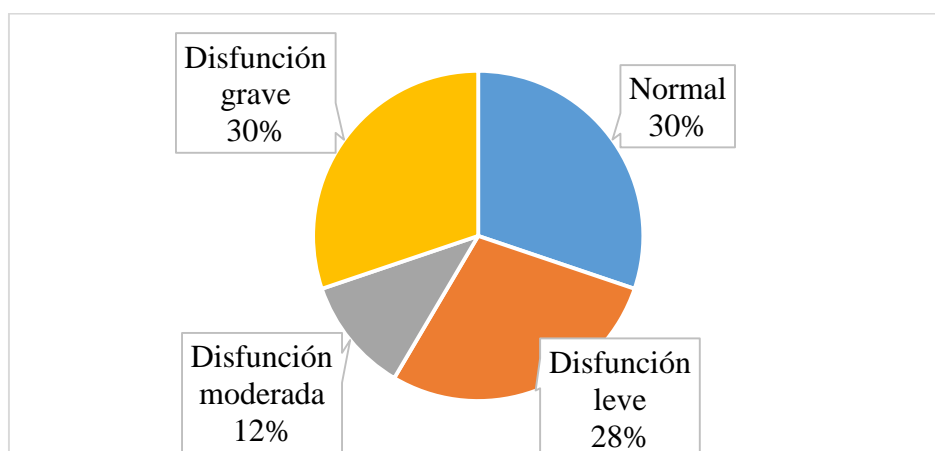
Respuestas del apgar familiar de las adolescentes encuestadas en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021



Fuente: Tabla 3

Figura 9

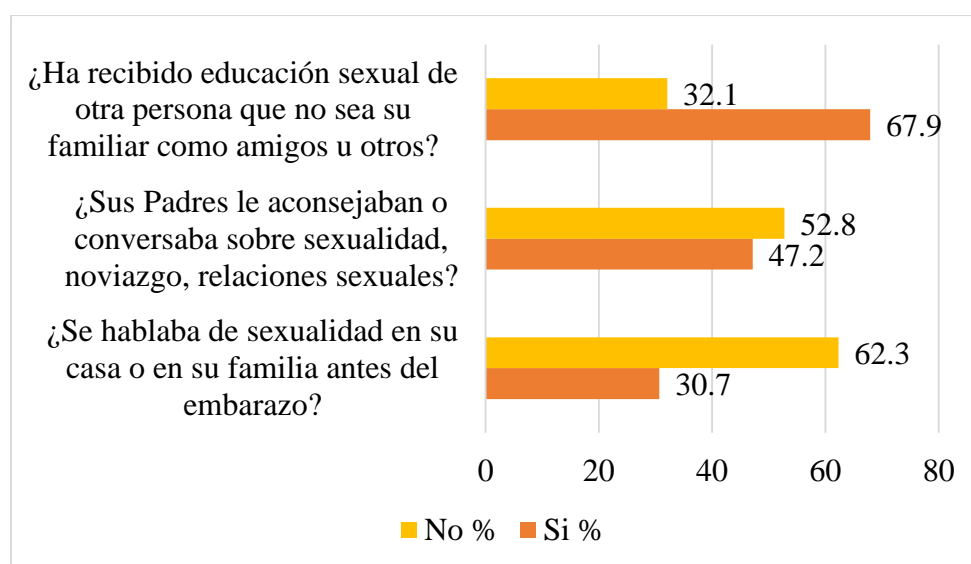
Apgar familiar de las adolescentes encuestadas en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021



Fuente: Tabla 4

Figura 10

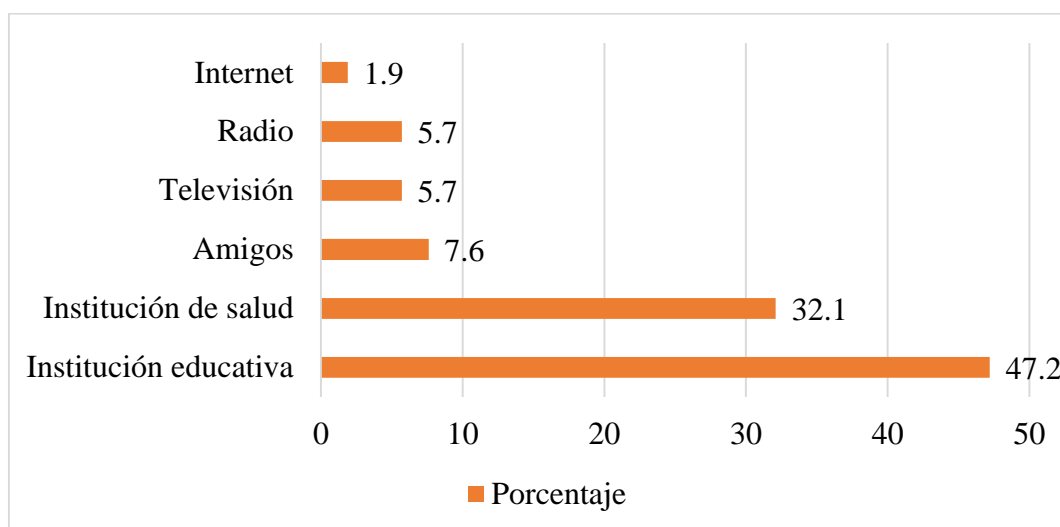
Educación sexual recibida de las adolescentes encuestadas en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021



Fuente: Tabla 5

Figura 11

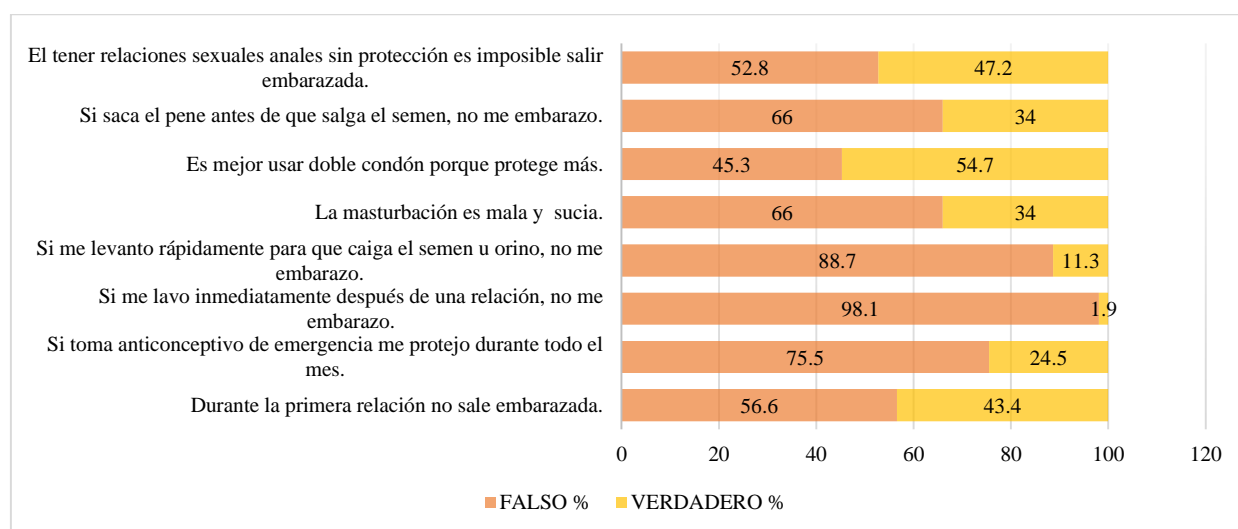
Fuente de información de las adolescentes encuestadas en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021



Fuente: Tabla 6

Figura12

Mitos y tabúes de las adolescentes encuestadas en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021

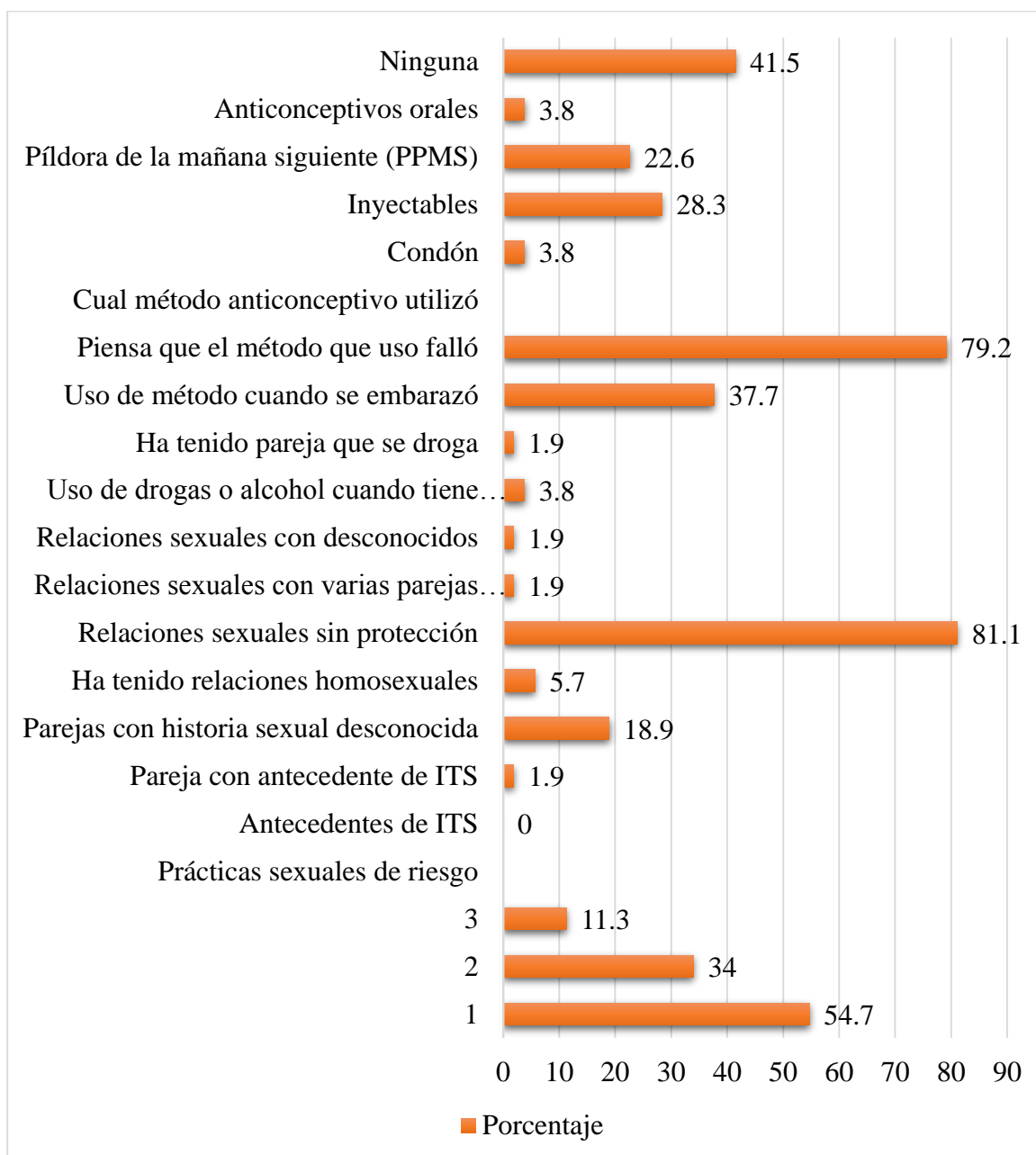


Fuente: Tabla 7

Figura 13

Prácticas sexuales de riesgo de las adolescentes encuestadas en el Hospital Primario

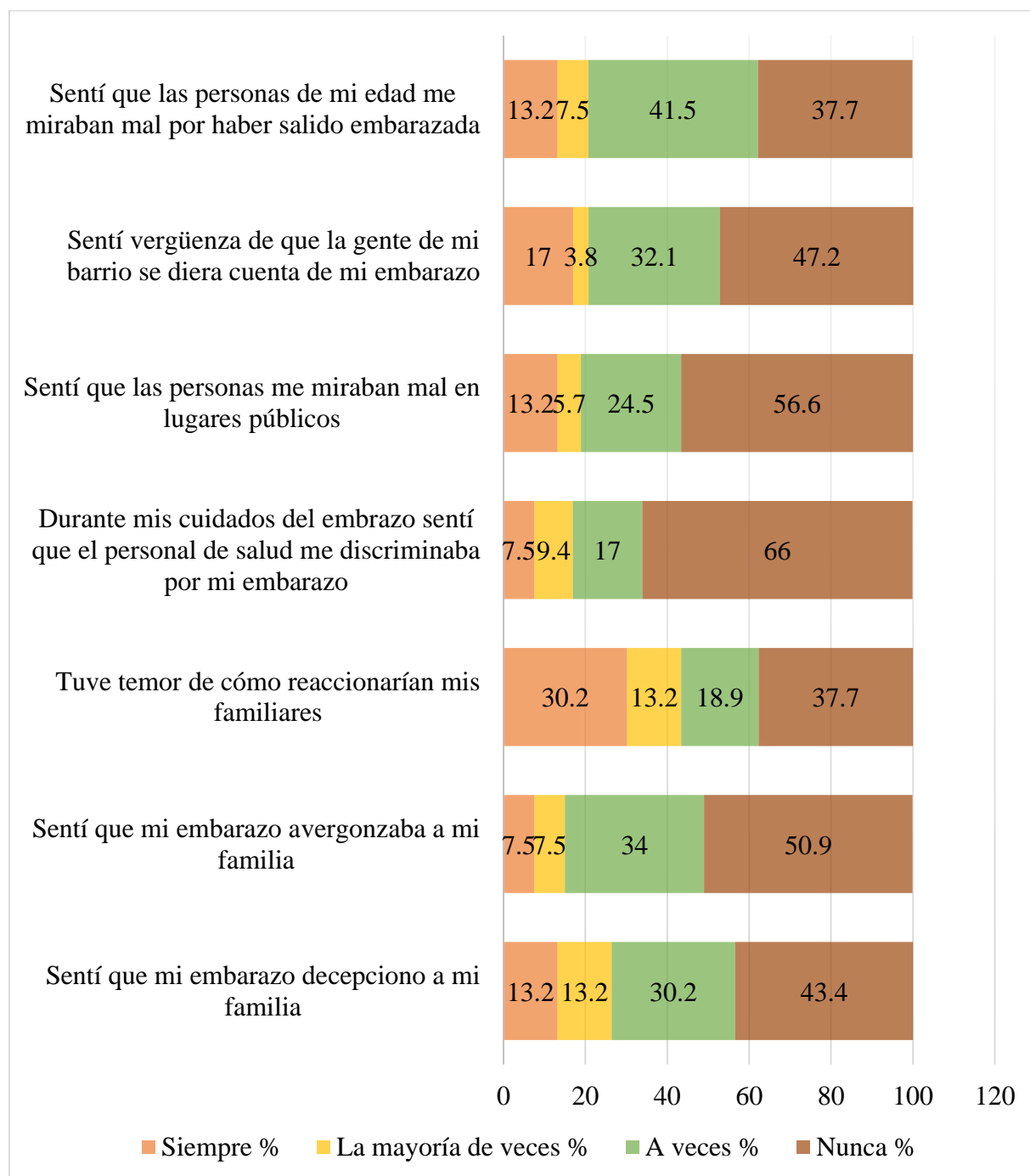
Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021



Fuente: Tabla 8

Figura 14

Estigmatización de las adolescentes encuestadas en el Hospital Primario Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021.

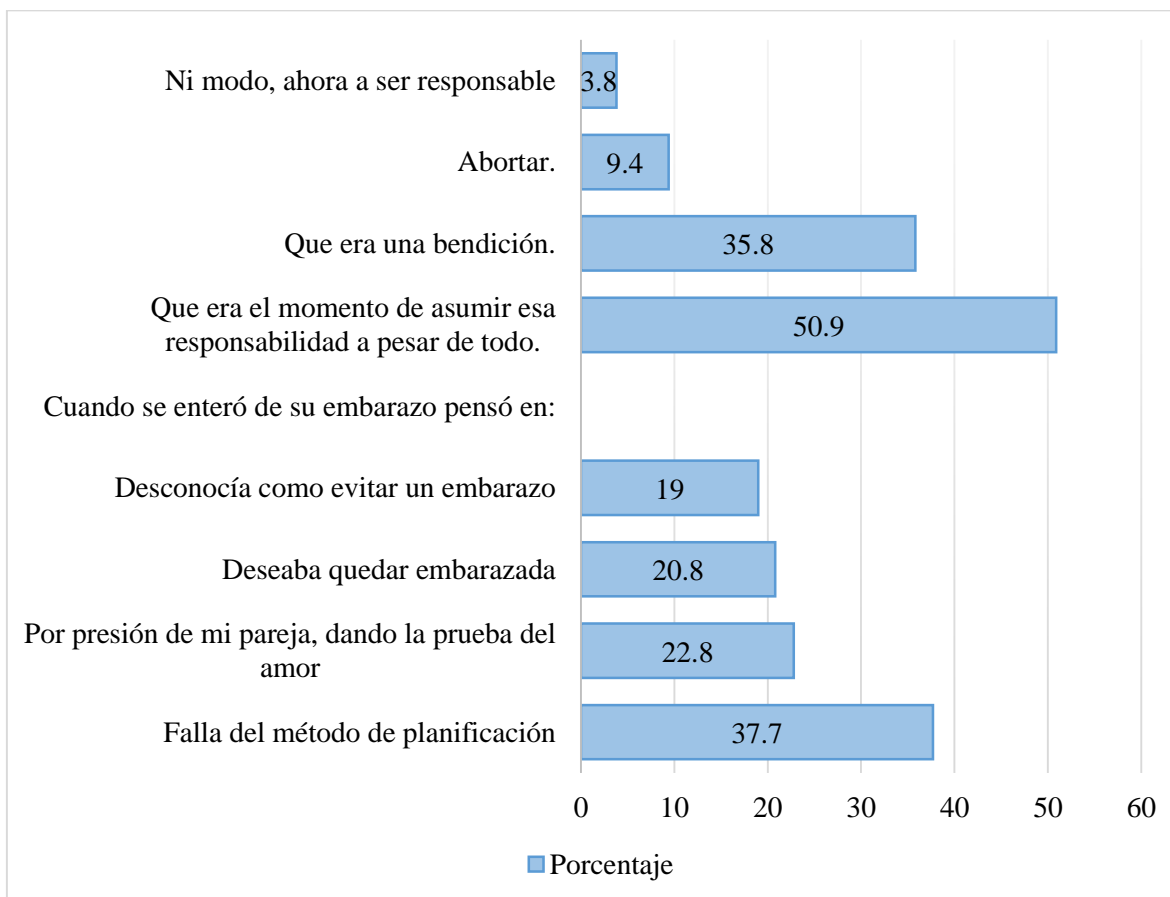


Fuente: Tabla 9

Figura 15

Motivaciones para el embarazo de las adolescentes encuestadas en el Hospital Primario

Carlos Centeno del Municipio de Siuna, septiembre a noviembre 2021.



Fuente: Tabla 10

Anexo 2***Instrumento de Recolección de la Información*****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 _____

1.2 ¿Actualmente usted está trabajando? Si _____ No _____

1.3 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 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 de 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 asociados al embarazo en adolescentes. (Factor Sociocultural)

Marque con una X la respuesta que usted considere.

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

3.2. Con respecto a las enfermedades de transmisión sexual

- Ha tenido una enfermedad de transmisión sexual alguna vez. Si ____ No ____
- Ha tenido una pareja con cualquier enfermedad de transmisión sexual. Si ____ No ____

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

- Ha tendido parejas con historia sexual desconocida. Si ____ No ____
- Ha tenido relaciones homosexuales alguna vez. Si ____ No ____
- Ha tenido sexo anal sin preservativo. Si ____ No ____
- Ha tenido relaciones sexuales sin protección. Si ____ No ____
- Ha tenido relaciones sexuales con varias personas a la misma vez. Si ____ No ____
- Ha tenido relaciones sexuales con desconocidos. Si ____ No ____
- Ha tenido relaciones sexuales a cambio de regalos, dinero o favores. Si ____ No ____
- Has usado drogas o alcohol cuando ha tenido relaciones sexuales. Si ____ No ____
- Has tenido una pareja que se droga. _____
- Has tenido pareja que se droga de forma intravenosa. _____

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

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

¿Cuál de estos métodos utilizo?

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

1.5. 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. ____

1.6. 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...

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.

Anexo 3

Figuras





Anexo 4

Resultados Cualitativos

Motivos del Embarazo. En la pregunta ¿Por qué ustedes se embarazaron? Las embarazadas respondieron: Yo no me embaraze por que quiera. Fue porque me falló el método de planificar, yo salí embarazada porque la inyección estaba vencida y como no sé leer no me di cuenta, salí embarazada porque yo quería tener un niño, yo creí que la primera vez que estaba con mi novio no iba a quedar embarazada, me fallo el método de planificación, Deseaba un niño mi novio y para nada porque después que salí embarazada nos separamos, Los niños son bonitos y quería uno, no sabía cómo planificar y nunca lo había hecho y cuando me di cuenta ya estaba embarazada

En la pregunta ¿Cuáles son los motivos por los que ustedes se embarazaron? Las embarazadas respondieron: Es que yo no quería. Pero bueno ni modo ahora hay que empujarse, Como estaba vencida la inyección salí embarazada, quería un niño ellos son la alegría de una casa, por desconocimiento, nunca me hablaron sobre esto, no pude evitarlo, el método me fallo y ahora que voy a hacer, porque mi novio me lo pidió, quería un niño, son bonitos, quedé embarazada en la primera vez.

En la pregunta: ¿Fue este embarazo algo planificado? Respondieron: Para nada, no sabía leer por eso no se daba cuenta, sí porque quería, no, yo no quería, pero ni modo ahora ya estoy así, no, no quería niño, Si, mi novio quería que tuviéramos un niño y cuando se dio cuenta a los meses nos separamos, Si nosotros queríamos un niño, todo el tiempo me han gustado, no, es un embarazo que se dio yo no había planificado.

En relación a la pregunta: ¿Crees que ser madre te da un status mejor que no tener hijos?

Las embarazadas respondieron: no, no tiene que ver nada, digo que casi no porque me siento lo mismo, si me siento como ya mayor, no, yo creo que al final seguimos siendo las

misma, si porque dicen esa ya va a tener un niño, lo mismo, después que salga de esto trabajare, si nos respetan más porque ya tenemos niños, no, todo normal, me siento igual.

Relaciones Familiares. En la pregunta: ¿Cómo es la relación de ustedes con su familia? Las embarazadas respondieron: Bien, me han apoyado hasta el momento, y dice que me seguirán apoyando, yo no me relaciono con la familia de mi papa porque ni los conozco, mi mama es pobre y en lo que ella puede me ha apoyado, Si mi familia poco pero mi suegra si, ella esta alegre, mi familia es un poco apartada y al final no se meten, si mi familia me ha apoyado dicen que es un ser inocente que viene al mundo y están alegres, ya les pasó el enojo, Si, hasta el momento mi familia me ha apoyado y dicen que lo continuaran haciendo, gracias a Dios he recibido apoyo, Si, hasta el momento mi familia me ha apoyado y dicen que lo continuaran haciendo, gracias a Dios he recibido apoyo, Pues no tengo mama ni papa, soy mota ni los conocí. Pero hay voy. Hay que salir adelante.

En la pregunta: ¿Su familia está apoyando su embarazo? Las entrevistadas respondieron: Si me han apoyado, si la familia de ambos nos apoya, La familia de mi pareja nada más, más o menos, casi no se meten, Si me han apoyado bastante, Si me han apoyado bastante, claro me han apoyado, No. Pues yo lucho sola.

En relación a la pregunta: ¿Cuándo tienes un problema con quien hablas? Las adolescentes embarazadas respondieron: Con mi mamá, con mi tía, con mi suegra, hablo con mi mamá, Mi mamá y mis hermanas, mi mamá y mi papá, Mi mamá, mi papá, y mi suegra, Pues yo casi no tengo con quien hablar.

Educación Sexual. En relación a la pregunta: ¿Dentro de la familia han hablado sobre temas de sexualidad, noviazgo y relaciones sexuales? Las embarazadas respondieron: No he hablado, mi familia no habla de eso, Que va, nadie, no mis padres son religiosos y lo ven

como prohibido, nunca me da pena, No. No hay forma de hablar, no les gusta, No. Mi familia es muy callada, Jamás. No hay forma de hablar, que nada. ¿Con quién?

En relación a la pregunta: ¿Dónde tuvo la información? Las embarazadas respondieron: En la escuela, en ningún lado, escuela, en la televisión, en la radio, en la escuela, en le escuela, en ningún lado.

En relación a la pregunta: ¿Qué prácticas sexuales conoce o ha escuchado de sus amigos? Las embarazadas respondieron: Pues no hablamos de eso, No tocamos ese tema, No platicamos de eso, No hablamos de esas cosas, No me gusta hablar de eso, No de eso no hablo porque me da pena. No de eso no hablamos, Para nada.

Presión de Grupo. En relación a la pregunta: ¿Sus amigas le aconsejaron iniciar relaciones sexuales? Las adolescentes embarazadas respondieron: Pues que ella ya había tenido y que le gustaba y que no tenía nada de malo, No, casi no hablábamos de eso, Si, tenía una amiga que era mayor que yo y me decía que no tiene nada de malo, Si, me decía que eso es normal para todas las mujeres, No hablamos de eso, Si tenía dos amigas que me decían que probara que no tenía nada de malo, que entre más temprano duele menos, No platicamos de eso, No, no tengo amigas.

En relación a la pregunta: ¿O tu novio te presiono a tener relaciones sexuales? Las embarazadas respondieron: Si, él quería y a mí me daba miedo, Que si lo quería que probáramos hacer. Y yo sin saber nada me deje, Si él quería que le demostrara que lo quería y que le diera un niño, Pues fue una decisión de los dos, Él quería yo casi no, pero bueno al final estoy embarazada, Si mi novio me dijo que, si lo quería que me dejara, Los dos queríamos, Si me dijo que si lo quería le tenía que demostrar.

En relación a la pregunta: ¿Todavía existe la exigencia de la prueba del amor? Las embarazadas respondieron: Yo digo que sí, Si. Siempre lo exige, Si. La mayoría de las

veces, Yo digo que no porque si uno quiere se da sino No se da nada, Si. Que le demuestre que lo quiero, Si. Exigen que le demuestre, No los dos queríamos, Si. Es lo primero que piden y si no la da es que no lo quiere.

En relación a la pregunta: ¿Tener una pajera sentimental te hace sentir especial? Las embarazadas respondieron: No para nada, No, porque hay veces ni comparte sus problemas, Yo digo que no, No tiene nada que ver, No, porque ya uno sabe que su pareja es para compartir, Que va para mí no, No, porque yo me considero especial. Sin necesidad de tener pareja, No, todo es normal.

En relación a la pregunta: ¿Tener una pajera sentimental te hace sentir especial? Las embarazadas respondieron: No para nada, No, porque hay veces ni comparte sus problemas, Yo digo que no, No tiene nada que ver, No, porque ya uno sabe que su pareja es para compartir, Que va para mí no, No, porque yo me considero especial. Sin necesidad de tener pareja, No, todo es normal.

Proyecto de Vida. En relación a la pregunta: ¿Tienes sueños y metas personales que están dispuesta a cumplir? ¿Cuales? Las embarazadas respondieron: Si quiero seguir estudiando, Yo quiero ser una profesional, seguiré estudiando hasta terminar, Ahorita no. Voy a trabajar para criar a mi hija o hijo, Si, seguir estudiando, Por los momentos no, No, tengo que trabajar, Estudiar hasta graduarme de profesional, No. Ahora con responsabilidad no podré.

En relación a la pregunta: ¿Qué podrías hacer para cumplirlas? Las embarazadas adolescentes respondieron: Estudiar hasta que logre lo que yo quiero ser, Continuar adelante. Aquí no ha pasado nada, Esperar un tiempo, Lo mismo estudiar para cumplir lo que quieres, Como dicen mejor esperar, Ahorita no, Seguir estudiando, Nada, seguir adelante.

En relación a la pregunta: ¿Qué te impide a cumplir esas metas? Las embarazadas adolescentes respondieron: Es un poco más difícil por el niño, pero voy a cumplir mi sueño, Nada querer es poder, Bueno el embarazo, Ahorita el embarazo, El BB esperar que este grandecito, Bueno el embarazo, A mi nada porque me considero útil, Bueno yo tengo que ver cómo criar a ni hijo es responsabilidad de uno.

Resultados cualitativos

Descriptor	Amarillo	Verde	Rosa	Celeste	Rojo	Violeta	Naranja	Blanco
Motivos del Embarazo	Yo no me embaracé	Yo Sali embarazada	Sali embarazada	Yo creí que la primera vez que	Me fallo el método de	Deseaba un niño mi	Los niños son	No sabía cómo
¿Porque ustedes se embarazaron?	por que quiera. Fue porque me falló el método de planificar.	por que la inyección estaba vencida y como no se leer no me di cuenta.	porque yo quería tener un niño.	estaba con mi novio no iba a quedar embarazada	planificación. novio para nada porque después que Sali embarazada nos separamos	novio y bonitos y para nada quería uno.	bonitos y quería uno.	planificar y nunca lo había hecho y cuando me di cuenta ya estaba embarazada.
¿Cuáles son los motivos por lo que ustedes se embarazaron?	Es que yo no quería. Pero bueno n i modo ahora hay que empujarse.	Como estaba la inyección Sali embarazada	Quiera un niño. Ellos son la alegría de una casa.	Por desconocimiento, nunca me hablaban sobre esto.	No pude evitarlo, el método me fallo y ahora que voy a hacer.	Porque mi novio me lo pidió.	Quería un niño, son bonitos.	Quede embarazada en la primera vez.

¿Fue este embarazo algo planificado?	Para nada	Como no sabía leer ni cuéntame daba.	no Si yo quería	Si porque yo quería	No, yo no quería, pero ahora estoy así.	No. No quería niño.	No Si, mi novio quería que tuviéramos un niño y todo el tiempo me dio cuenta a los meses nos separamos.	Si, mi novio quería que tuviéramos un niño, yo no había un niño y todo el tiempo me dio cuenta a los meses nos separamos.	Si nos gustado.	No, es un embarazo que se dio planificado.
Crees que ser madre te da un status mejor que no tener hijos	No, no tiene que ver nada.	Digo que casi porque siento mismo.	que no me como lo mayor.	Si me siento como lo mayor.	No, yo creo que al final seguimos las mismas.	Si por que va a tener un niño.	Lo mismo, después de esto trabajare.	Si nos respetan más porque ya tenemos niños	No, todo normal, me siento igual.	
Descriptor	Amarillo	Verde	Rosa	Celeste	Rojo	Violeta	Naranja	Blanco		
Relaciones Familiares	Bien, me han apoyado	Yo no me relaciono	Si mi familia poco pero	Mi familia es un poco	Si mi familia me ha	Si, hasta el momento mi	Si, me han apoyado	Pues no tengo mama		

¿Cómo es la relación de ustedes con su familia?	hasta el momento, dice que me seguirán apoyando.	el con familia de mi papa porque ni los conozco, mi mama es pobre y en lo que ella puede me ha apoyado.	la mi suegra si, esta final no se meten.	apartada y al final no se meten.	apoyado dicen que es un ser y dicen que inocente que viene al mundo y están alegres, ya les pasó el enojo.	familia me también la ni papa, soy me apoyado familia de mi conoquí. Pero compañero. Hay que salir adelante.	he recibido apoyo.	Claro me No. Pues yo lucho sola.
¿Su familia está apoyando su embarazo?	Si me han apoyado.	Si, la familia de ambos nos apoya.	La familia de mi pareja nada más.	Mas o menos, casi no se meten.	Si me han apoyado bastante	Si, he recibido apoyo.	Claro me han apoyado	No. Pues yo lucho sola.
¿Cuándo tienes un problema con quien hablas?	Con mi mamá.	Con mi tía.	Con mi suegra.	Hablo con mi mamá.	Mi mamá y mis hermanas.	Mi mamá y mi papá.	Mi mamá, mi papá, y mi suegra.	Pues yo casi no tengo con quien hablar.
Educación								Jamás.

Sexual	No	he	Que	va,	No.	Mis	Nunca,	me	No.	No hay	No.	Mi	Queeee nada.
La familia ha hablado sobre temas de sexualidad, noviazgo, relaciones sexuales.	hablado,	mi	nadie.		padres	son	da pena.		forma	de	familia	es	¿Con quién?
	familia	no			religiosos	y			hablar,	no	muy	callada.	
	habla de eso.				lo ven como				les gusta.				
					prohibido.								
Donde tuvo la información	En	la	En	ningún	Escuela	Radio		Radio		Escuela	Escuela		Ningún
	escuela	lado											lado.
Descriptor	Amarillo	Verde	Rosa	Celeste	Rojo	Violeta	Naranja	Blanco					
Que prácticas sexuales conoce o ha escuchado de sus amigos	Pues	no	No tocamos	No	No	No	me	No de eso no	No de eso	Para nada			
	hablamos de	ese tema.	platicamos	de eso.	hablamos de	esas cosas.	gusta	hablo	porque	no.			
	eso.						hablar	de	me da pena.				
							eso.						
Presión de Grupo	Pues	que			Si, tenía una	Si, me decía			Si	tenía	dos		
	ella ya había				amiga que	que eso es			amigas	que me			

¿Sus amigas le aconsejaron iniciar relaciones sexuales?	tenido y que le gustaba y que no tenía nada de malo.	No, casi no hablábamos de eso.	era mayor que yo y me decía que no tiene nada de malo.	normal para todas las mujeres.	No hablamos de eso.	decían que probara que no tenía nada de malo, que entre más temprano duele menos.	No platicamos de eso.	No, no tengo amigas.
¿O tu novio te presiona a tener relaciones sexuales?	Si, él quería y a mí me daba miedo.	Que si lo quería que probáramos hacer. Y yo sin saber nada me deje.	Si él quería que le demostrara que lo quería y que le diera un niño.	Pues fue una decisión de los dos.	Él quería yo casi no, pero bueno al final estoy embarazada	Si mi novio me dijo que si lo quería que me dejara.	Los dos queríamos.	Si me dijo que si lo quería le tenía que demostrar.
¿Todavía existe la exigencia de la prueba del amor?	Yo digo que sí.	Si. Siempre lo exige.	Si. La mayoría de las veces.	Yo digo que no porque si uno quiere se da sino No se da nada.	Si. Todavía	Si. Exigen que le demuestre.	No los dos queríamos.	Si. Es lo primero que piden y si no la da es que no lo quiere.

¿Tener una pajera sentimental te hace sentir especial?	No nada	para	No, porque hay veces ni comparte sus problemas	Yo digo que no.	No tiene nada que ver	No, porque ya uno sabe que su pareja es para compartir.	Que va para mí no	No, porque yo me considero especial. Sin necesidad de tener pareja.	No, todo es normal.
Proyecto de vida	Si quiero seguir estudiando.		Yo quiero ser una profesional, segure estudiando hasta terminar.	Ahorita no. Voy a trabajar para crear a mi hija o hijo.	Si, seguir estudiando.	Por los momentos no.	No, tengo que trabajar	Estudiar	No
Tienes sueños y metas personales que están dispuesta a cumplir. ¿Cuales?	Estudiar hasta que logre lo que yo quiero ser.		Continuar adelante. Aquí no ha pasado nada	Esperar	Lo mismo estudiar para cumplir lo que quieres.	Como dicen mejor esperar	Ahorita no	Seguir estudiando	Nada, seguir adelante.

¿Qué te impide a cumplir esas metas?	Es un poco más difícil por el niño, pero voy a cumplir mi sueño.	Nada querer es poder.	Bueno embarazo	el	Ahorita el	Él Bebe	esperar que este grandecito	Bueno embarazo	el	A mi nada por que me considero útil.	Bueno tengo que ver cómo crear a mi hijo es responsabilidad de uno.	yo
---	--	-----------------------	----------------	----	------------	---------	-----------------------------	----------------	----	--------------------------------------	---	----

Motivos del Embarazo

En el grupo focal que se realizó con las embarazadas refieren que salieron embarazada porque les fallo y desconocimiento del método de planificación familiar, en la mayoría de las embarazadas refirieron que no deseaban salir embarazada pero que ahora tienen que asumir sus responsabilidades.

Relaciones Familiares

En las relaciones familiares, en la mayoría tienen apoyo de la familia para continuar adelante hay una minoría que no tiene apoyo por que tienen problema desde que son niñas dentro del núcleo familiar no convivieron con sus padres esto las ha llevado a falta de amor maternal y paternal.

Educación Sexual

Nuestras adolescentes tienen desconocimiento de la educación sexual no les hablaron en casa de sexualidad, noviazgo y mucho menos relaciones sexuales, las que lograron escuchar es porque les hablaron algunos temas en la escuela.

Presión de Grupo

Las adolescentes no se sintieron presionadas por sus amigas o compañeras ya que no tocaban el tema casi.

Proyecto de vida

Las adolescentes desean continuar con sus metas como son estudiar y cumplir para ser profesional es importante ya que ellas que el embarazo no es obstáculos para continuar con sus estudios.