

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN – Managua



Facultad de Ciencias Médicas

Trabajo monográfico para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía

“Factores asociados al embarazo en adolescentes que acuden al hospital primario Bello Amanecer de Quilalí, Enero 2020 a Agosto 2021”

Autoras:

Br. Anabel Haydee Lazo Chavarría

Br. Anielka Margarita Obregón Briones

Tutor:

Dr. Javier Zamora Carrión

Msc. en Salud pública & Epidemiología

Noviembre, 2021

Managua, Nicaragua

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados al embarazo en adolescentes que acuden al hospital primario Bello Amanecer del municipio de Quilalí en el periodo de enero 2020 a agosto del año 2021.

Diseño metodológico: se realizó un estudio analítico de casos y controles no pareado, en el hospital Bello amanecer del municipio de Quilali, se estudiaron a 50 casos de embarazos adolescentes y a 50 controles. Se realizó un análisis bivariado con estimación del Odds ratio con el intervalo de confianza al 95% y al valor de P menor de 0.05.

Resultados: La edad promedio fue de 17 años. Las características sociodemográficas que predominaron fueron el grupo etario de 17 a 19 años, la procedencia rural, la escolaridad secundaria, el estado conyugal acompañada y la religión católica. Se determinaron una lista de factores de riesgo sociodemográficos, ginecológicos, sociales y familiares, de los cuales se determinó la educación sexual no recibida se asoció al embarazo adolescente teniendo significancia estadística. La baja escolaridad de la madre (OR: 4.7, IC95%: 2-11, p: 0.001) y del padre (OR: 2.5, IC95%: 1.1-5.7, p: 0.025) fueron determinados como factores de riesgo de tipo familiar asociados al embarazo adolescente.

Conclusión: el embarazo adolescente continúa siendo un problema de salud pública priorizado y los aspectos educativos tienen una influencia muy alta, trabajando en educación sexual y de planificación familiar se podrían disminuir, además de la implementación de políticas saludables a la problemática.

Palabras claves: embarazo adolescente, factores de riesgo asociados.

INDICE

CAPITULO I	1
INTRODUCCION	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
JUSTIFICACION	5
OBJETIVOS	7
CAPITULO II	8
ANTECEDENTES	9
MARCO TEORICO	12
HIPOTESIS	22
CAPITULO III	23
DISEÑO METODOLOGICO	24
CAPITULO IV	30
RESULTADOS	31
DISCUSION	36
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
CAPITULO V	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
ANEXOS	48

CAPITULO I

INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia comprende el grupo etéreo de 10 a 19 años de edad y en este período existen cambios ligados al crecimiento y desarrollo que se caracterizan principalmente por la autoformación como la búsqueda de independencia y formación de identidad. (OMS, 2015)

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública que se refleja como un fenómeno causado por múltiples factores en aumento, ocurriendo en todos los estratos sociales, con diferentes características en todos ellos, a pesar de las diferentes estrategias preventivas que se han implementado. (OMS,2015)

A nivel internacional, el embarazo es reconocido como un problema en el desarrollo socioemocional de adolescentes. En América Latina, muchas niñas nunca tienen adolescencia en un sentido sociocultural, esto es particularmente cierto en familias y comunidades pobres, donde los niños y niñas pasan de la niñez a la adultez de forma abrupta, al ser insertados precozmente en el mercado de trabajo. (OMS,2015) Para las madres adolescentes esto significa la omisión de una serie de procesos de desarrollo psicosocial que definirán el resto de sus vidas como por ejemplo la aceptación de su sexualidad, la formación de alianzas entre pares, la búsqueda de independencia de padres y adultos, entre otros. (Torrez, 2011)

En un informe reciente realizado en América Latina y el Caribe, esta es la región en la que los nacimientos de niñas menores de 15 años se incrementaron, y se espera que estos partos aumenten ligeramente hasta el 2030. (Torrez, 2011; OMS, 2012)

En Nicaragua, se observan las tasas más altas de adolescentes embarazadas, la tasa de fecundidad en adolescentes, medida por los nacimientos por cada 1,000 mujeres entre 15 y 19 años, se ha reducido de 106 a 96 en la zona urbana en el 2018. Para las adolescentes rurales, la tasa de fecundidad se ubica

en un nivel similar a la tasa encontrada en mujeres urbanas de 20 a 30 años. Los municipios del norte del país figuran entre los de mayor tasa de embarazo adolescente no superando aún la región de la Costa Atlántica que figura entre los más altos. (MINSA, 2019)

El embarazo adolescente como problema de salud tiene factores de riesgo estudiados y agrupados en relación a sus características multifactoriales (UNICEF, 2016). La clasificación en individuales, familiares, socio-económicos, culturales y psicológicos es una clasificación que se mantiene en el contexto del país. (ENDESA, 2011)

Por lo mencionado anteriormente, este estudio pretende identificar los factores asociados al embarazo adolescente y así de esta manera aportar algunas recomendaciones para disminuir el problema de salud pública en el municipio de Quilalí, Nueva Segovia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo adolescente se ha mantenido desde hace muchos años como un problema de salud en Nicaragua a pesar de las diversas estrategias que el ministerio de salud promueve. Se han promovido los métodos de planificación y el inicio de vida sexual a una edad posterior a la adolescencia, no obteniendo un gran impacto en los indicadores de salud, esto se observa más aun en el área rural donde existen condiciones desfavorables para el éxito de las estrategias. Los efectos adversos de la maternidad adolescente también se extienden a la salud de sus infantes. Las muertes perinatales son 50% más altas entre los bebés nacidos de madres de menos de 20 años que entre aquellos nacidos de madres entre 20 y 29 años, esto siendo mayormente en las zonas rurales como el municipio de Quilalí en la región norte del país. (Boletín OMS, 2015)

El municipio de Quilalí ha tenido una población rural mayor con comunidades pobres y reprimidas, que poseen pocas oportunidades para educarse y mejorar económicamente, estas son condiciones que predisponen al embarazo adolescente. Por tal razón, en los últimos cinco años el ministerio de salud por medio del modelo de salud familiar y comunitario, la apertura de nuevos centros médicos y estrategias educativas en las comunidades han duplicado el esfuerzo para disminuir la prevalencia del embarazo adolescente. Con esto, es necesario documentar los factores que existen para que el embarazo adolescente se de en la zona, lo que conlleva a plantear la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores asociados al embarazo en adolescentes que acuden al hospital primario Bello Amanecer del municipio de Quilalí en el periodo de enero a agosto 2021?

JUSTIFICACION

En los últimos años se ha observado un cambio en la epidemiología del embarazo adolescente a nivel nacional. En vez de mejorar sustancialmente debido a las diferentes estrategias que el Ministerio de Salud ha realizado, el problema está siendo cada vez más frecuente, produciéndose a edades más precoces, es por eso esta investigación se vuelve pertinente ya que el Ministerio de Salud elabora estrategias para cumplir con los objetivos de desarrollo humano planteados disminuyendo la mortalidad materna en Nicaragua.

Este estudio se realiza porque en la práctica clínica se ha observado al valorar los censos de las embarazadas en los monitoreos que cada día el embarazo en adolescentes en esta zona es más común y esto se considera un problema de salud pública en Nicaragua, por su magnitud y repercusiones biológicas, culturales y sociales. Por eso, como aporte a la investigación en Nicaragua, se realiza un estudio de factores asociados del embarazo adolescente en el municipio de Quilalí en Nueva Segovia como una muestra del problema de salud nacional, además de ser una zona que carece de pocos estudios investigativos.

Este estudio es pertinente ya que para realizar estrategias de salud se debe conocer la situación de actual del problema donde según la percepción de varios trabajadores de la salud ha ido aumentando en los últimos años, a pesar de tener mayor cobertura y mayor sensibilización en la planificación familiar con el modelo de salud familiar y comunitario. Por esto, se pretende transformar esa percepción de una manera formal, al estimar la prevalencia puntual del problema y directamente identificar algunos factores que se asocien al embarazo en adolescentes que acuden al hospital primario Bello Amanecer en el municipio de Quilalí se está llenando un vacío de conocimiento que dará una utilidad teórica convirtiéndose en una referencia de próximas investigaciones acerca del tema.

La utilidad práctica está orientada en los resultados que pueden facilitar la implementación de nuevas estrategias de prevención y recomendaciones para la unidad de salud que mejoren las estadísticas nacionales. Este confirmará la presencia de los factores reportados por la literatura nacional o extranjera y llenará vacíos de conocimientos sobre la situación en una zona rural como Quilalí que ha sido poco estudiada y no tiene estudios precedentes que aborden el embarazo adolescente.

OBJETIVOS

General:

- Determinar los factores asociados al embarazo en adolescentes que acuden al hospital primario Bello Amanecer del municipio de Quilalí en el periodo de enero 2020 a agosto del año 2021.

Específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de las adolescentes en estudio.
2. Identificar los factores ginecobstetricos asociados al embarazo en las adolescentes.
3. Determinar los factores sociales y familiares asociados al embarazo en las adolescentes.

CAPITULO II

ANTECEDENTES

A nivel internacional

En Lima, Perú (2015) los investigadores Mendoza y Subiría realizaron un estudio acerca del embarazo en adolescentes entre peruanas de 15 a 19 años, encontrando entre los determinantes de este problema de salud: la pobreza, la desnutrición y la exclusión social. También se registró que en ese periodo las prevalencias no se han modificado sustancialmente, a pesar de una leve baja en el área rural. (Mendoza & Subiría, 2015)

En Cuenca, Ecuador, Rionaula et al determinó la prevalencia y los factores de riesgo asociados a embarazos en adolescentes que acuden a consulta externa del Área de Salud Nro. 3 "Limón Indanza". Se realizó un estudio analítico transversal en el que se investigó la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con el embarazo en adolescentes en el cantón Limón-Indanza. Se encontraron 119 embarazadas adolescentes con una prevalencia de 10,52% en comparación con el total de la población en riesgo y de 24,54% si consideramos el total de pacientes que acudieron a control prenatal. Los factores asociados que tuvieron significancia estadística fueron inicio precoz de la vida sexual activa, consumo de alcohol, y tabaco. (Rionaula et, 2014)

En Colombia (2014), Britto un estudio a 362 partos de adolescentes y entre ellas la mayoría, 77% eran residentes en la zona urbana, 98% tenían una escolaridad de primaria, 46% tenían como pareja un hombre en el inicio de la adultez, su ocupación era ama de casa, 82% se habían realizado control prenatal, en el 97% de los casos el embarazo no fue deseado y una cuarta parte tuvo intento de aborto, únicamente el 4% ha utilizado métodos de planificación familiar, en el 87% la gestante era primigrávida, solamente el 4% ha tenido complicaciones. (Britto, 2014)

En Honduras, Ávila et al efectuaron un estudio titulado “Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela”, fueron 134 adolescentes embarazadas donde se encontró una asociación entre el tabaquismo, el haber completado solamente la educación primaria y proceder de un hogar desestructurado con el estado de caso. Se concluyó que el embarazo en la adolescencia parece venir influenciado por varios factores, destacándose la escolaridad incompleta y la falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva. (Ávila et al, 2011)

En Cuba, Vásquez et al refirieron que fueron múltiples los riesgos médicos asociados con el embarazo en las madres adolescentes, de allí la importancia de realizar acciones para disminuir los mismos. El objetivo era incrementar el conocimiento sobre los factores de riesgo en las gestantes adolescentes de Camalote. Se aplicó un cuestionario antes y después del programa educativo con las variables: conducta sexual, inicio de las relaciones sexuales, edad del primer parto. Se encontró que el 79,41% pertenecieron al grupo de quince a diecisiete años. (Vásquez, 2009)

En otra región colombiana, en Bucaramanga, Blanco et al en un estudio de corte transversal de 273 mujeres seleccionadas de forma aleatoria sistemática que presentaron parto vaginal o por cesárea en el hospital de esa ciudad entre de 2006 hasta julio de 2007. Los factores protectores fueron: tener preocupación por el futuro, inicio tardío de relaciones sexuales y no recibir educación sexual por parte de los padres. Los factores de riesgo asociados fueron: no planear el embarazo y no planificar. (Blanco et al, 2008)

En Chile en mujeres entre 15 y 19 años, pertenecientes a dos establecimientos educacionales, con altos índices de embarazo, en la ciudad de Temuco. Se realizaron cuatro grupos focales, constituidos por 14 adolescentes no embarazadas, identificándose factores en las dimensiones individuales, familiares y sociales. En la dimensión familiar destacan los factores: límite estrecho familiar y negligencia paterna. (Baeza et al, 2007)

A nivel Nacional

La Fundación Nicaragüense para el Desarrollo económico y social realizó un estudio del embarazo adolescente en Nicaragua, donde se abordaron las causas y las consecuencias económicas y sociales de este problema, donde se encontró que a pesar de una fuerte reducción en la fecundidad global de mujeres nicaragüenses durante los últimos años aún persisten altas tasas de fecundidad en adolescentes, siendo mayormente en el área rural acompañada de poco uso de los métodos de planificación familiar y una inadecuada educación sexual impartida a las involucradas. (FUNIDES, 2016)

Otros estudios de gran relevancia sobre embarazo adolescente en Nicaragua son realizados por UNFPA, UNICEF y la OPS que coinciden en la identificación del incremento del problema a pesar de las diversas estrategias realizadas por el Ministerio de Salud, así mismo muestran en dichos estudios las condiciones que predisponen el embarazo adolescente en los que mencionan el nivel de pobreza, bajo nivel educativo, poco uso de la planificación familiar, entre otros. (UNFPA, 2013; UNICEF, 2016 & OMS, 2015)

En Nicaragua, el embarazo en adolescentes lleva un ritmo creciente muy alto, Nicaragua es el país latinoamericano con el porcentaje más alto de mujeres entre 20 y 24 años que aseguran haber dado a luz antes de los 18 años de edad, según el estudio Estado de la Población Mundial 2016, titulado “Maternidad en la Niñez”, publicado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2013). En el grupo de países con un 20% o más de mujeres entre 20 y 24 años que afirman haber dado a luz antes de los 18 años, Nicaragua tiene el mayor porcentaje con un 28%, seguido de Honduras (26%), Guatemala (24%), Ecuador (21%) y Colombia (20%). (Montejano, 2013)

De igual manera, se han realizado diversos estudios a nivel local, donde se reportan prevalencias entre el 20 y 25%, así como la presencia de condiciones sociales, culturales y económicos que se asocian al embarazo en las adolescentes en diferentes zonas del país. (Betanco, 2006; Sánchez, 2005 & Guevara, 2012)

MARCO TEORICO

La adolescencia

Es un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Su definición no es fácil ya que su caracterización depende de una serie de variables: estrato socio económico, origen étnico y periodo de la adolescencia entre otros; la OMS la define como el “periodo de la vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio económica y fija sus límites entre los 10 y los 19 años de edad. Es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud, pero desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es en muchos aspectos un caso muy especial”. (OMS, 2015)

Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peri-puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos. Personalmente se preocupa por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física. (OMS, 2015)

Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su desarrollo y crecimiento somático. Es el periodo de máxima relación con sus amistades, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos es el inicio de experiencias y actividades sexuales, asume conductas omnipotentes casi generadoras de riesgos. Se preocupan por su apariencia física, desean poseer un cuerpo más atractivo y manifiestan fascinación por la moda. (OMS, 2015)

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Por lo general casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a los padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta. Adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de amistades va perdiendo jerarquía. Desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

Cambios en la adolescencia

Intelectuales

El pensamiento desarrollado se vuelve más flexible, puede manejar un mayor número de operaciones mentales, comprender y aceptar situaciones sociales y teorizar sobre aquellas que no son comprendidas en forma directa; comienza el empleo de la lógica formal para solucionar problemas, realiza planificación y elabora proyectos a largo plazo. A nivel mundial, el embarazo en la adolescencia sigue siendo un impedimento para mejorar las condiciones educativas, económicas y sociales de la mujer. Según Vásquez (2001) en el caso de las jóvenes, el matrimonio y la maternidad precoz limitan en alto grado las oportunidades de educación y empleo y perpetúa la dependencia económica de los padres. (Padilla, 2000; Conejero, 2002 & Burgos, 2002)

Emocionales

Los adolescentes se deben enfrentar a conflictos de la primera infancia, los cuales no han sido resueltos entre ellos, la búsqueda de la propia identidad y lo que piensan de sí mismos, la aparición de la fecundidad como posibilidad de procreación, la identidad es el tema central de la adolescencia. Hay desubicación temporal, el yo se ha constituido en el eje del conflicto adolescente.

Sociales.

Hay crítica de las normas o valores familiares, especialmente lo que proviene de los padres y además se cuestiona la autoridad y disciplina. (Conejero, 2002 & Burgos, 2002)

Madurez Psico-Social de la Adolescente

El desarrollo psicológico y social, se presenta que los procesos emocionales y mentales se adapten uno al otro, sin producir desequilibrio se dice que la maduración precoz de 9 a 10 años, el adolescente tiende a adaptarse rápidamente a este tipo de desarrollo, y en la maduración tardía, al final de la adolescencia; donde son tratados como niños por el grupo que los rodea, trae conductas inadecuadas, al igual que en sus relaciones con las jóvenes, por lo general tienen autoestima baja. De ahí que, el personal de salud incluyendo enfermería deberá conocer las diferentes conductas del adolescente en estos periodos para poder dirigir de manera efectiva los programas de educación psico-sexual.

En concordancia con el desarrollo psicosocial del adolescente, la teoría de Freud y Erikson citada por Toledo, E. señala que a medida que el individuo madura, el impulso sexual o la búsqueda del placer sexual, que Freud, lo llamó libido, se concentra en diversas partes sensitivas del cuerpo según el desarrollo sexual: en la pubertad se despierta o renacen los impulsos sexuales, esta vez dirigido a personas del sexo opuesto, buscando la satisfacción a través del amor; a medida que trascurren los años, éste se va convirtiendo en un amor maduro, en el cual intervienen la satisfacción pospuesta, la responsabilidad y el amor por los demás, en todas sus expresiones. (Hamel, 2013)

Sexualidad en la adolescencia

Se plantea los siguientes tópicos acerca de la sexualidad en la adolescencia (Conejero, 2002):

Se debe destacar que una gran proporción de adolescentes no se embarazan de otro adolescente sino de un hombre adulto que puede duplicar o triplicarles la edad. Se le permite como derecho casi exclusivo ejercer el hombre su sexualidad mientras que a la mujer se le exige la represión y el control de sus emociones además de la responsabilidad respecto al bebe. Debido a esto usualmente la mujer abandona su educación, lo que le acarrea muchas dificultades en su desarrollo personal.

El diagnóstico de embarazo se hace más tardíamente y por lo tanto las maniobras abortivas son de mayor riesgo. Las provocaciones del aborto en adolescentes no cuentan con los recursos para pagar un experto y terminan aceptando maniobras y situaciones de gran riesgo de infección y hemorragias. Las complicaciones del aborto en adolescentes son de consulta más tardía de lo observado en adultas, pues no le dan importancia a los primeros síntomas y además esconden complicaciones hasta el momento en que la situación empeora.

La ocurrencia más frecuente de embarazos adolescentes, en hijas de madres que fueron gestantes durante su adolescencia, si bien es un fenómeno frecuente en familias disfuncionales o monoparentales.

La mayoría de adolescentes se ven abocadas a dejar sus estudios y a dedicarse a las labores del hogar mientras termina su embarazo y a buscar sub-empleos que de todas formas le representa una muy baja remuneración. Algunas adolescentes embarazadas constituyen uno de los grupos de alto riesgo, que puede ser dada por su madurez física como por dificultades sociales y económicas y al mismo tiempo aceleran el crecimiento demográfico. (Conejero, 2002)

El Embarazo en la Adolescencia

Se le define como: el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica y se entiende por tal, el tiempo transcurrido desde la menarquía o cuando la adolescente depende aún de su núcleo familiar de origen.

Factores que contribuyen al inicio de la sexualidad adolescente.

Ser hijo o hija de madre adolescente. (American Academy of Pediatrics, 2009)

Factores asociados al embarazo en adolescentes

Pertenencia a zonas rurales: Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, en todo el período 1990-2005 se observó un mayor porcentaje de madres adolescentes en las zonas rurales respecto a las zonas urbanas. En

esta encuesta se demostró que persisten altas tasas de fecundidad adolescente en ambas zonas: 14.5% en las ciudades y 21.6% en el campo. (INIDE, 2015)

Nivel económico y social: Según la Encuesta Nacional de demografía y Salud del 2005, entre las adolescentes que estaban solteras y fueron clasificadas por el indicador NBI, el 10.8% eran pobres y el 7.7% estaban en miseria, lo que sugiere que las condiciones económicas de las madres adolescentes son más críticas que las de las jóvenes que no han estado embarazadas. En 2005, el 31.5% de las adolescentes más pobres había estado embarazada. (INIDE, 2015)

Practicar alguna religión: Algunos estudios sugieren que la identificación y satisfacción con una religión y con valores religiosos las lleva a un estado de satisfacción personal que actúa como una influencia protectora del inicio de relaciones sexuales a temprana edad. (Lázaro, 2014)

Factores biológicos

Algunas gestaciones presentan pequeñas hemorragias iniciales que pueden ser confundidas como anomalías menstruales sin importancia.

La amenorrea en los primeros meses no atrae la atención, razón por lo que a menudo el embarazo se confirma casi al tercer mes.

Más del 10% de todos los nacimientos anuales se dan en mujeres entre los 15 y 19 años y por falta de maduración del organismo, el riesgo de mortalidad es dos a cuatro veces más alto en adolescentes que en mujeres mayores de 20 años. La mortalidad en neonatos es mayor cuando son de madres adolescentes. (Conejero, 2002 & Burgos, 2002)

Factores obstétricos

Atención prenatal inadecuada. Que se da más que todo por los esfuerzos de la adolescente por ocultar su embarazo y la dificultad para disponer de servicios adecuados o la inexistencia de un servicio médico prenatal, hacen que no tenga

un seguimiento adecuado. La OPS, asevera que los embarazos en adolescente, en los países en desarrollo, especialmente en América Latina, pasan con poco o ningún control. También se ha documentado una asociación positiva entre no tener derecho de acceso a los servicios de salud de las instituciones del sistema de seguridad social y embarazo no deseado.

Deficiencias Nutricionales: Alrededor del 20% de la población de los países subdesarrollados esta crónicamente desnutrida. Siendo la adolescencia una etapa de rápido crecimiento físico; hay aumento normal de las necesidades básicas, que se incrementan con la gestación:

- Aumento de peso
- Menor crecimiento uterino
- Aumento en la frecuencia de abortos.
- Mayor aumento en la amenaza de parto pre término
- Mayor frecuencia de pre-eclampsia
- Mayor frecuencia de trabajos de partos prolongados
- Mayor frecuencia de distocias como desproporción céfalo-pélvica, por las estrechas dimensiones pélvicas de la adolescente, si el feto tiene una talla normal.
- Mayor frecuencia en el número de cesáreas. (Burgos, 2002 & Hamel 2013)

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

1. Factores de riesgo individuales: Menarquia precoz y la poca habilidad de planificación familiar.

2. Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia.

3. Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico y vivir en un área rural. (Ahued, 2011)

Factores determinantes del embarazo en adolescentes. (UNFPA, 2013)

Factores nacionales:

- Leyes que limitan el acceso a los métodos anticonceptivos.
- Pobreza, decadencia económica.
- Inestabilidad política, crisis humanitaria y desastres naturales.

Factores Comunitarios

- Actitudes negativas sobre la autonomía de las niñas.
- Actitudes negativas con respecto a la sexualidad adolescente y el acceso a los métodos anticonceptivos.
- Disponibilidad limitada a los servicios adecuados para los jóvenes.
- Falta de atención prenatal y postnatal para las madres jóvenes.
- Clima de coacción y violencia física.

Factores escolares

- Obstáculos para que la niña asista a la escuela o permanezca en la escuela.
- Falta de información o falta de acceso a una educación sexual completa de calidad.
- Presión del grupo.
- Actitudes negativas con respecto al género y conductas riesgosas de la pareja.

Factores familiares

- Expectativas negativas para las hijas mujeres.
- Poco valor por la educación, especialmente para las niñas.
- Actitudes favorables con respecto al matrimonio infantil.

Factores Individuales

- Edad de pubertad y debut sexual

- Crianza de las niñas para que busquen la maternidad como única opción en la vida.
- Valores de desigualdad de género internalizados.
- Desconocimiento de que las capacidades están en desarrollo.

Consecuencias del Embarazo Adolescente

En el último tiempo ha disminuido la edad en que los jóvenes se inician sexualmente y de esta manera han aumentado, además, de forma preocupante, el embarazo no deseado en las adolescentes. Esto ha implicado que en este grupo etario específico se presenten una serie de consecuencias que de manera simple se agruparon en dos grandes grupos: somáticas y psicosociales. (Poo et al, 2015)

Complicaciones para la madre

La mortalidad materna del grupo de 15-19 años en los países en desarrollo se duplica al compararla con la tasa de mortalidad materna del grupo de 20 – 34 años. Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la pre-eclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada, como es el caso de las menores de 20 años, donde los caprichos y malos hábitos alimentarios propios de la edad contribuyen al déficit de hierro. (Díaz et al, 2012; Rangel et al, 2014)

Para el hijo

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor

a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquia y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. (Molina et al, 2014)

Complicaciones Psicosociales

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente, puesto que la repitencia es mayor al promedio general nacional. El 100% de las adolescentes embarazadas desertaron durante el embarazo, en tanto que la deserción escolar global en Chile, a nivel de enseñanza media, incluyendo a quienes desertaron por razón del embarazo, es de sólo 9,9%. La vergüenza y las complicaciones médicas del embarazo, como el síndrome hipertensivo y el parto prematuro, son las razones específicas de deserción que señalaron las adolescentes. (Valdivia & Molina, 2013)

La adolescente madre además debe asumir una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que, sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de la primera adolescencia. La maternidad adolescente duplica con creces las posibilidades que tiene una mujer de vivir como allegada y reduce a la mitad la probabilidad de que viva con el padre de su hijo o en una familia nuclear durante el quinto año después del nacimiento de su primer hijo. La probabilidad de que el padre biológico del hijo provea apoyo financiero en forma constante o esporádica al hijo de una madre adolescente es la mitad de la observada en una madre adulta. La aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros, requiriéndose la movilización del sistema para encontrar nuevamente el estado de

equilibrio familiar que, inicialmente, puede ser rechazado, crear sorpresa y frustración. (Valdivia & Molina, 2013)

Si lo habitual es que todo el grupo familiar se deba adaptar para recibir a un nuevo miembro, esto es mucho más evidente en la adolescencia, ya que las familias de las adolescentes suelen ser más complejas, al incluir a sujetos en diversas etapas del desarrollo; los que probablemente no están esperando la llegada de un nuevo integrante. La maternidad temprana parece tener más efectos económicos que sociales y efectos más serios para el caso de las madres pobres que para todas las madres. (Valdivia & Molina, 2013)

HIPOTESIS

Las adolescentes que presentan los factores de riesgo asociados tales como: el nivel educativo bajo, violencia intrafamiliar, mala convivencia con los padres, tener una familia disfuncional, baja escolaridad de la madre y del padre, y no utilizar métodos de planificación familiar tienen más probabilidad de presentar un embarazo en la adolescencia que aquellas adolescentes que no tienen esos factores de riesgos asociados.

PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Cuáles son los factores asociados al embarazo en adolescentes que acuden al hospital primario Bello Amanecer del municipio de Quilalí en el periodo de enero a agosto del año 2021?

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes en el periodo de enero a agosto del año 2021?

¿Cuáles son los factores ginecobstetricos de las gestantes en estudio en el periodo de enero a agosto del año 2021?

¿Cuáles son los factores sociales y familiares asociados al embarazo adolescente en el periodo de Enero a agosto del año 2021?

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

El tipo de estudio fue con un enfoque observacional analítico, caso control no pareado.

Lugar de estudio:

Hospital Primario Bello Amanecer ubicado en el municipio de Quilalí, este cuenta con seis áreas entre las que están: emergencia, consulta externa y diagnóstico, hospitalización, servicios generales, cocina y lavandería, entre otros. Quilalí es uno de los quince municipios del Departamento de Nueva Segovia, Nicaragua. Fue fundado en el año de 1920. Está ubicado a 280 km de la Capital, Managua y a 80 km de Ocotal su cabecera departamental. Su extensión territorial es de 339 kilómetros cuadrados. Posee clima de sabana tropical de altura.

Período de estudio:

Se realizó en el período de Enero a Agosto 2021.

Unidad de análisis

Fueron las adolescentes que acudían a la unidad hospitalaria de la zona en el período de estudio.

Universo:

Estuvo conformado por todas las embarazadas adolescentes censadas en la unidad de salud que acuden a la atención en el periodo de estudio.

Muestra: fue seleccionada mediante el programa epiinfo 7, en la opción stalcal con la utilización de los siguientes parámetros: una potencia del 80%, se usó la proporción de 1 control por 1 caso, un OR esperado de 4, una frecuencia en controles del 55%. Obteniéndose 50 casos y 50 controles totalizados en 100 adolescentes, que acudían a la unidad hospitalaria en el periodo de estudio.

Muestreo: será el muestreo aleatorio simple, se ordenaron los expedientes según la fecha de ingreso, luego se dividió el universo entre la muestra obteniendo un rango de 2. Es decir, se eligió a los pacientes de 2 en 2 hasta cumplir con los 50 casos adolescentes en estudio, los controles se encuestaron por conveniencia con familiares o adolescentes que acudían a la unidad.

Definición de casos: adolescentes con embarazos previos ≤ 19 años, atendida en las unidades de salud de Quilali.

Definición de control: adolescente no embarazada ≤ 19 años, atendida en los servicios de salud del hospital Bello amanecer del municipio de Quilali, sin historial de embarazo.

Criterios de inclusión:

- Adolescente que coopera con la encuesta en el período de estudio.

Criterios de exclusión

- Paciente gestante con edad mayor o igual a 20 años cumplidos.
- Gestante adolescente con enfermedad trofoblástica diagnosticada.

Fuente de información:

Primaria, ya que la información se recolectó por medio de una encuesta con cada adolescente gestante o no.

Recolección y procesamientos de datos:

Se recolectó los datos por medio de una encuesta previamente elaborada que recolectó los datos para dar respuesta a los objetivos. Los datos se recolectaron directamente de la paciente al encuestarla en la unidad de salud o en sus casas. Se introdujeron los datos al programa SPSS 24, realizando una base de datos para su posterior análisis.

Análisis de los datos:

Una vez realizada la base de datos se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión para variable cuantitativas. Para variables cualitativas se realizó un análisis univariado de frecuencias y porcentajes incluyendo cruces de variables para interpretar mejor los datos. Los resultados se plantearán según objetivos y estos se presentarán en tablas de frecuencia y porcentaje. Se realizó un análisis bivariado en una tabla de contingencia con el calculo de OR, calculo del intervalo de confianza al 95%, y el valor de p que debe ser significativo si es menor de 0.05

Variables por objetivos.

Primer objetivo: Describir las características sociodemográficas de las gestantes y no gestantes adolescentes en estudio.

- Grupo etario
- Estado conyugal
- Escolaridad
- Ocupación
- Religión

Segundo objetivo: Identificar los factores ginecobstetricos asociados al embarazo en las adolescentes en estudio.

- Menarquia menor de 14 años
- IVSA menor de 16 años
- Gestaciones previas
- Antecedente de paras
- Antecedente de abortos
- Mas de un compañero sexual.
- Uso de mas de 1 compañero sexual
- Uso de método anticonceptivo.

Tercer objetivo: Determinar los factores sociales y familiares asociados el embarazo en las adolescentes.

- Ausencia de consumo de educación sexual.
- Consumo de sustancias.
- Ausencia de educación sexual previa
- Antecedente de educación primaria.
- Consumo de sustancias.
- Acceso a métodos de planificación familiar.
- Antecedente de abuso sexual
- No contar con apoyo de pareja.
- Primer novio menor a la edad de 15 años.
- No al apoyo de hermanos
- Familia disfuncional
- Hija de la madre soltera.
- Malas relaciones con familiares.
- Baja escolaridad materna
- Baja escolaridad paterna.

Operacionalización de variables		
VARIABLES	CONCEPTO OPERACIONAL	VALORES
Grupo etario	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	12 – 15 (Adolescente Precoz) 16 – 19 (Adolescente Tardía)
Escolaridad	Años académicos alcanzados en el sistema educativo.	Analfabetismo Primaria Secundaria
Ocupación	Actividad laboral que se realiza para generar ingresos económicos.	Trabaja No trabaja
Estado conyugal	Condición de acompañada o unión libre o no en la paciente.	Soltera. Acompañada
Procedencia	Lugar de habitación por área geográfica.	Urbana. Rural.
Religión	Creencia religiosa y doctrina que practica.	Católica Evangélica
Menarquía menor a 14 años	Inicio de la primera menstruación	Si No
IVSA menor a 15 años	Edad de inicio de la vida sexual activa antes de los 15 años.	Si No
Antecedente de Gestas	Es tener un embarazo previo ante del actual.	Si No
Antecedente de Para	Es tener un parto previo antes del embarazo actual.	Si No
Antecedente de Abortos	Es tener un aborto previo del embarazo actual.	Si No
Mas de 1 compañero sexual	Es tener más de una pareja o varias parejas previas antes del progenitor del embarazo actual.	Si No
Uso de un Método anticonceptivo	Utilización de un método de planificación familiar antes de salir embarazada.	Si No
Ausencia de Educación sexual previa	No haber recibido Información previa sobre los diferentes métodos de planificación familiar antes de salir embarazada.	Si No
Consumo de sustancias	Es el consumo de alcohol o cualquier otra sustancia ilícita e lícita previo al embarazo.	Si No

Acceso a métodos de PF	Es el acceso previo a cualquier método anticonceptivo efectivo para impedir el embarazo.	Si No
Antecedente de abuso sexual	Haber sufrido de una lesión por un abuso sexual de otra persona.	Si No
No tener Apoyo de pareja	Ánimo de una persona u conyugue a otra en caso de problemas emocionales y económicos.	Si No
Primer novio menos de 15 años	Es haber tenido una relación emocional u amorosa con alguien antes de cumplir los 15 años.	Si No
No Apoyo de hermanos	Ánimo de hermanos en caso de problemas emocionales y económicos.	Si No
Familia disfuncional	Es haber habitado solo con su madre o padre, o con los abuelos, pero no con ambos padres.	Si No
Hija de madre soltera	Es cuando la madre de la encuesta fue soltera y crio a ella siempre soltera	Si No
Malas relaciones con familiares	Es tener buenas relaciones con familiares de 2do hasta 3ro o 4to grado de consanguinidad.	Si No
Baja Escolaridad materna	Es el nivel educativo de la madre por debajo de la primaria.	Si No
Baja Escolaridad paterna	Es el nivel educativo del padre por debajo de la primaria.	Si No

Aspectos Éticos:

Previamente a la recolección de datos en la unidad de salud, se solicitó el permiso al director del hospital y con su autorización se inició el estudio explicando los motivos de la investigación. Posteriormente para la recolección de datos los resultados fueron utilizados solo para fines académicos. No se compartió información con ningún otro personal. Esta investigación no puso en riesgo a las participantes y no contuvo conflictos de interés. La base de datos realizada se entrega al director de la unidad de salud como apoyo al ministerio de salud en el manejo de las embarazadas adolescentes de la zona en estudio. Se mantuvo el anonimato de las personas estudiadas en esta investigación.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Se realizó un estudio de casos y controles en el hospital primario Bello Amanecer del municipio de Quilali del departamento de Nueva Segovia con el propósito de determinar los factores de riesgo asociados al embarazo en las adolescentes que acuden a dicha institución de salud en el 2021. Se estudiaron un total de 50 casos y 50 controles no pareados, se presentan los resultados en tablas con sus respectivas pruebas estadísticas.

Tabla 1: Distribución porcentual de las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas y no embarazadas en estudio atendidas en el hospital primario Bello Amanecer de Quilalí, Enero a Agosto 2021				
Característica sociodemográfica	Categoría	Embarazo adolescente		Total
		Si n=50	No n=50	N=100
• Grupo etario	• ≤ a 16 años	04	31	35
	• 17 a 19 años	46	19	65
• Procedencia	• Urbana	9	11	20
	• Rural	41	39	80
• Escolaridad	• Analfabetismo	--	01	01
	• Primaria	14	20	34
	• Secundaria	36	29	65
• Estado conyugal	• Sin pareja	15	12	27
	• Acompañada	35	38	73
• Religión	• Católico	34	33	67
	• Evangélico	16	17	33

Fuente: encuesta

La tabla 1, da cumplimiento al primer objetivo que aborda las características sociodemográficas principales tanto en casos como en controles, predominó el grupo etario entre 17 y 19 años con un 65%, la procedencia rural 80%, una escolaridad de secundaria del 65%, un estado conyugal de acompañada o unión libre del 73%, y una religión católica del 67%. La media de ambos grupos fue de 17 años, la mediana de 17 años, la moda de 19 años, una mínima de edad de 12 años y una de máxima de 19 años.

Tabla 2: Factores de riesgo ginecobstetricos asociados al embarazo en adolescentes que acudieron al hospital primario Bello Amanecer de Quilalí, Enero a agosto 2021.

Característica ginecobstétrica	Categoria	Embarazo adolescente		Total	OR	IC95%	Valor P
		Caso (n=50)	Control (n=50)				
Menarquia menor de 14 años	Si	50	50	100	--	--	--
	No	--	--	--			
IVSA Menor de 15 años	Si	25	35	60	0.4	0.1-1.1	0.06
	No	25	15	40			
Antecedente de gestaciones	Si	14	07	21	2.3	0.8-6.5	0.08
	No	36	43	79			
Antecedente de parto	Si	07	03	10	2.5	0.6-10	0.18
	No	43	47	90			
Antecedente de aborto	Si	5	4	09	1.2	0.3-5.0	0.7
	No	45	46	91			
Mas de 1 compañero sexual previo	Si	10	08	18	1.3	0.4-3.6	0.6
	No	40	42	82			
Uso de método anticonceptivo	Si	16	13	29	1.3	0.5-3.1	0.5
	No	34	37	71			

Fuente: encuesta

La tabla 2, muestra los factores ginecobstetricos analizados como factores de riesgo al embarazo adolescente, el antecedente de gestaciones y antecedente de partos tuvo asociación estadística, pero dichas asociaciones no obtuvieron significancia estadística ya que el intervalo de confianza contuvo a la unidad y el valor de p fue mayor de 0.05. Se determinó la presencia de alcoholismo y consumo de drogas, pero no fue presente en las encuestadas.

Tabla 3: Factores sociales asociados al embarazo en adolescentes que acudieron al hospital primario Bello Amanecer de Quilalí, Enero a agosto 2021.

Variable	Categoría	Embarazo adolescente		Total	OR	IC95%	Valor P
		Caso (n=50)	Control (n=50)				
Ausencia de Educación sexual recibida	Si	28	18	46	2.2	1.1-5.0	0.04
	No	22	32	54			
Consumo de sustancias	Si	10	06	16	1.8	0.6-5.5	0.2
	No	40	44	84			
Acceso a Métodos de PF	Si	16	22	38	0.5	0.2-1.3	0.2
	No	34	28	62			
Antecedente de abuso sexual	Si	04	05	09	0.7	0.1-3.1	0.7
	No	46	45	91			
No Apoyo de pareja	Si	25	35	60	0.4	0.1-1.1	0.06
	No	25	15	40			
Primer novio menos de 15 años	Si	26	25	51	0.4	0.1-1.1	0.08
	No	24	25	49			

Fuente: encuesta

La tabla 3, muestra factores sociales como factores de riesgo del embarazo adolescente, donde solo la “educación sexual no recibida” tuvo asociación con significancia estadística, ya que el Intervalo de confianza al 95% no contuvo a la unidad y el valor de p tuvo un valor de 0.04, el cual fue menor de 0.05.

Tabla 4: Factores familiares asociados al embarazo en adolescentes que acudieron al hospital primario Bello Amanecer de Quilalí, Enero a agosto 2021.

Variable	Categoría	Embarazo adolescente		Total	OR	IC95%	Valor P
		Caso (n=50)	Control (n=50)				
No tener apoyo de hermanos	Si	21	34	55	0.3	0.1-1.1	0.09
	No	29	16	45			
Vivir con una familia disfuncional	Si	23	30	53	0.5	0.2-1.2	0.16
	No	27	20	47			
Hija de madre soltera	Si	28	26	54	1.1	0.5-2.5	0.6
	No	22	24	46			
Malas relaciones con familiares en casa	Si	29	23	52	1.6	0.7-3.5	0.2
	No	21	27	48			
Baja escolaridad materna	Si	38	20	58	4.7	2.0-11	0.001
	No	12	30	42			
Baja escolaridad paterna	Si	35	24	59	2.5	1.1-5.7	0.025
	No	15	26	41			

Fuente: encuesta

La tabla 4, muestra factores familiares como factores de riesgo del embarazo adolescente, donde la “baja escolaridad de la madre” (OR: 4.7, IC95%: 2-11, p: 0.001) aumenta cinco veces más la probabilidad de que surja un embarazo adolescente y así la “baja escolaridad del padre” (OR: 2.5, IC95%: 1.1-5.7, p: 0.025) la aumenta en 3 veces más la probabilidad también, ambos factores tuvieron asociación con significancia estadística, ya que el el intervalo de confianza no contuvo la unidad y el valor de p fue menor de 0.05.

Tabla 5: Características sociodemográficas como factores de riesgo al embarazo adolescente en usuarias que acuden al hospital primario Bello Amanecer de Quilali, en el período de Enero a agosto 2021.

Variable	Categoría	Embarazo adolescente		Total	OR	IC95%	Valor P
		Caso (n=50)	Control (n=50)				
Grupo etario	• ≤ a 16 años	04	31	46	0.1	0.1-1.7	0.17
	• 17 a 19 años	46	19	54			
Procedencia	• Rural	9	11	16	0.7	.2-2.0	0.61
	• Urbana	41	39	84			
Escolaridad	• Primaria	14	21	35	0.5	0.2-1.2	0.14
	• Secundaria	36	29	65			
Estado conyugal	• Sin pareja	15	12	09	1.3	0.5-3.2	0.49
	• Acompañada	35	38	91			
Religión	• Católico	34	33	51	1.0	0.4-2.5	0.83
	• Evangélico	16	17	49			

Fuente: encuesta

La tabla 5, muestra las características sociodemográficas estimados en esta tabla como factores de riesgo del embarazo adolescente, donde no se determinó asociación estadística con ninguna de ellas, ya que el valor del intervalo al 95% contienen a la unidad y el valor de p fue mayor de 0.05 en cada factor estudiado.

DISCUSION

Este estudio abordó los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente más comunes que la literatura reporta y que se presentan en las adolescentes que acudieron al hospital Bello amanecer de Quilali, obteniéndose datos relevantes que se esperaban presentarse debido al contexto en que viven las pacientes. Aunque ya se conocen los factores de riesgo en la literatura, con este estudio se determinan factores que fueron más influyentes en las adolescentes de la región de dicha zona nórdica del país, donde siempre, anualmente se observan prevalencia similar o superior de las embarazadas adolescentes según los censos de las unidades de salud del municipio.

La edad que predominó fue el intervalo de 17 a 19 años, lo cual coincide con otros estudios (Sánchez et al, 2013; Quintana-Salas, 2014) los cuales refieren grupos etarios similares. Algo muy importante que se refleja fue que a mayor edad aumenta el número de embarazos adolescentes, es decir que el grupo de adolescentes más frecuente es el de 15 a 19 años aproximadamente. Aunque hay adolescentes de edades menores como de 12 a 13 años, no predominan y se convierten en casos aislados con muchos riesgos.

Con respecto a la procedencia, se observó que la región rural fue la que predominó, esto se contradice con coincide con lo reportado con estudios nacionales (Castañeda et al, 2021; Quintero & Salas, 2014; Carcache, 2016) donde en las áreas rurales es mayor la prevalencia de embarazos adolescentes. Esto probablemente se debe a que existen otros factores, que están influyendo en dicho fenómeno, y no tengamos respuesta a eso, en el caso del embarazo adolescente sucedido en zonas urbanas, este podría asociarse al acceso de las tecnologías de los adolescentes, comunicaciones en redes sociales inadecuadas o exposición a televisión o medios que promueven relaciones sexuales tempranas. Con respecto a la escolaridad predominó la escolaridad secundaria, esto concuerda con Quintana (Quintana & Salas, 2014) que refieren un predominio de embarazadas en la escolaridad primaria.

Con respecto al estado conyugal, la mayoría de embarazadas están apoyadas con su pareja, esto concuerda con algunos estudios internacionales y nacionales (García & Gonzales, 2021; Sánchez et al, 2013) que refieren algo similar. La religión concuerda con todos los estudios revisados, donde es mayor la población católica, aunque es un poco controversial, ya que el embarazo adolescente puede predominar en la religión evangélica, porque por las mismas creencias las adolescentes pueden ser más sumisas, o casarse tempranamente, sumado a eso que ese estilo de vida puede fomentar el machismo y el abandono paterno de la adolescente al unirse con su pareja de manera hasta informal. Este fenómeno es muy visto en el área rural (Quintero & Salas, 2014; Padilla y Rojas, 2016) donde las mujeres se someten a las reglas de una vida dependiente del hombre con que viven.

Al asociar características ginecológicas con el embarazo adolescente, no se encontraron como factores de riesgo en esta población, lo cual no coinciden con otros estudios donde algunas variables de tipo ginecobstétrico se muestran con alta fuerza de asociación, esto podría deberse a que factores más influyentes como los factores sociales tengan un predominio en las adolescentes en estudio.

Entre todos los factores de riesgo estudiados, se logró determinar 3 factores de tipo social y familiar asociados al embarazo adolescente en las pacientes que acudieron al hospital Bello Amanecer, dichos factores analizados pertenecen al contexto educativo, lo cual es un área orientadora que deben recibir las usuarias y sus padres o familiares.

La falta de educación sexual recibida, permite que estas adolescentes tuvieron más probabilidad de salir embarazadas. Esto coincide con el estudio (García & González, 2018) que refiere que el embarazo puede asociarse al bajo nivel educacional sexual dentro de los factores de riesgo culturales. También esto puede darse más en cuanto a los factores psicológicos como incapacidad para entender las consecuencias de la iniciación precoz de las relaciones sexuales. Pinzón identificó que el hecho de estar asistiendo al colegio es un factor protector para ambos eventos (Pinzón, 2018), que igual que Sánchez (Sánchez et al, 2013)

encontró que no hubo asociación significativa con embarazo en las variables individuales: pero él no encontrarse escolarizadas o no haber recibido educación en Planificación Familiar, aumenta la posibilidad del embarazo adolescente.

Con respecto al factor de baja escolaridad tanto en la madre como en el padre, esto aumenta las probabilidades de darse el embarazo adolescente en las hijas. Esto concuerda con Rojas que estudió los factores de riesgo asociados con el embarazo en 260 adolescentes (Rojas, 2013). El factor de riesgo individual asociado con el embarazo en adolescentes fue: la ocupación de no estudiar. Dentro de los factores de riesgo familiares se encuentra la ausencia de uno o ambos padres y el grado de instrucción del padre de secundaria incompleta a menos nivel educativo. En un estudio se contradice con este estudio, donde se encontró que el grado de instrucción de la madre se mostró como un factor de riesgo con magnitud de efecto pequeña y el grado de instrucción del padre insignificante (Castañeda et al, 2013).

Otro autor (Carcache, 2016) menciona que 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.

Esta dimensión hace referencia al nivel de conocimientos adquiridos en áreas importantes, en especial por parte de los padres. La influencia de baja escolaridad de los padres afecta la calidad de vida, ya que el conocimiento entrega seguridad y herramientas para conducir y prevenir. El indicador de la dimensión del nivel educativo es la escolaridad incompleta de los padres de las alumnas de la población de estudio; la gran mayoría de ellos no llegó a la educación media, lo que repercute en los bajos ingresos financieros que consiguen. Además, las encuestadas, en su gran mayoría, son adolescentes que se encuentran a inicios o a la mitad de proceso de su educación media.

Se puede concluir que, en la mayoría de las mujeres encuestadas, existen elementos comunes en lo que respecta a los factores sociales. Se destaca el

desarrollo de las actividades de su familia, la pertenencia a familias de baja escolaridad y el nivel socioeconómico en general. Por otro lado, en lo que respecta a las razones por las cuales se vieron involucradas en situaciones de embarazo, destacan básicamente los siguientes motivos como: Las embarazadas adolescentes encuestadas en general iniciaron su actividad sexual antes de recibir información específica sobre métodos anticonceptivos y como utilizarlos de forma responsable. También las encuestadas tienden a tener características comunes tales como, por ejemplo: madres adolescentes, hijas de madres solteras con abandono de su pareja, hijas de madres que también las tuvieron en su adolescencia, de familias con nivel socioeconómico bajo, de familias con falta de comunicación y de baja escolaridad; lo que permite definir las como jóvenes inestables emocionalmente, que tuvieron que aprender a llevar responsabilidades y cambiar prioridades en un corto periodo de tiempo.

Este trabajo como limitante principal tuvo la actividad de visitar las casas de las embarazadas a encuestar, y explicar hasta obtener su participación en la encuesta. Como fortaleza este trabajo se convierte en el primer trabajo sobre factores de riesgo en embarazadas adolescentes en el hospital Bello Amanecer de Quilali del departamento de Nueva Segovia en los últimos 20 años. Se acepta la hipótesis alterna sobre la influencia del factor de riesgo de baja escolaridad en los padres y poca educación sexual recibida en las adolescentes, se rechaza la hipótesis nula sobre otros factores. El resto de factores estudiados se debe aumentar la muestra para obtener resultados positivos a la asociación del evento en estudio, lo que podría ser la causa del porque no fueron significativos en este estudio.

CONCLUSIONES

1. Entre las características sociodemográficas que predominaron se encontraron el grupo etario de 17 a 19 años, la procedencia rural, la escolaridad secundaria, el estado conyugal acompañada y la religión católica.
2. De los factores sociales de riesgo determinados fue encontrado que la educación sexual no recibida se asoció al embarazo adolescente teniendo significancia estadística.
3. La baja escolaridad de la madre y del padre fueron determinados como factores de riesgo de tipo familiar asociados al embarazo adolescente.

RECOMENDACIONES

Al ministerio de salud

- Impulsar políticas de salud donde se considere al adolescente grupo prioritario y poder darle el verdadero valor que estos juegan en la sociedad como futuro del país.

A otras instituciones:

- Gestionar proyectos con ONG de la zona, orientados a la creación de espacios de vida saludable y de educación para los adolescentes.

A nivel del Centro de Salud:

- Diseñar e implementar un plan de intervención que involucre a todos los actores sociales que forman parte de esta problemática en la ciudad de León.
- Visitar las casas, o escuelas para promover métodos de planificación familiar.

Al ministerio de educación:

- Impulsar en los padres de familia, la organización de escuelas para padres donde se desarrollen temas de interés para todos, para tratar de mantener la unión familiar, comunicación padres e hijos y de esta forma mejorar la situación familiar de las adolescentes de la zona.

A nivel de los padres de familia:

- Acudir a las consultas, charlas, reuniones o terapias a las que sean invitados por el personal del centro de salud o de los centros educativos de la ciudad.
- Mantenerse pendientes e informados de lo que acontece alrededor de sus hijas en relación a los amigos, diversión, estudios, enfermedades, etc.

CAPITULO V

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Ahued J, Lira J, Assad L. (2011) La adolescente embarazada. Un problema de Salud Pública. Cir Ciruj; 69:300-3.

American Academy of Pediatrics, commite on Adolescente (2009). Contracepcion and adolescents. Pediatrics; 104: 1161-66

Ávila G, García B, Munguía P (2014). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes en comunidades urbano marginales de Comayagüela. Instituto Nora Gunera de Melgar, Tegucigalpa. rev med hondur, Vol. 79, No. 2

Baeza B, Capel P, et al. (2015) Factores que favorecen la generación del embarazo en la adolescencia desde la perspectiva de adolescentes primigestas en control prenatal. Rev SOGIA; 12:17-24.

Betanco C, Bermúdez Z. (2006) Las adolescentes embarazadas de Somoto: Sus características y condiciones en que ocurrió el embarazo, en el año 2006. UNAN Managua, 2006.

Burgos P., Contreras M., Klassen F., et al. (2012) Embarazo en la población adolescente. Experiencia en el Hospital Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles y Hospitales tipo IV de la provincia de Bío-Bío Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil; 30.

Britto F. (2014) Prevalencia de embarazo en adolescentes en la Escuela Alejandro prospero Reverend de santa marta en los años 2008- 2014. Bogota, Colombia.

Carcache Gutiérrez AE, Dávila Álvarez EJ. (2016) 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. Tesis para optar al título de médico y cirujano general. Facultad de ciencias Médicas. UNAN Managua.

Castañeda Paredes J, Santa-Cruz-Espinoza H. (2021) Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. Revista electrónica trimestral de Enfermería. Abril, 1(62): Pág. 109-118. Disponible en: www.um.es/eglobal/

Conejero C., Nolina M., Martínez G., et al. (2012) Embarazo en adolescentes: estudio de factores socioeconómicos y patología materna. Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil; 29.

Díaz A, Sanhueza P., Yaksic N. (2012) Riesgos obstétricos en el embarazo adolescente: Estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. Rev chil obstet ginecol; 67:481-487.

Díaz A., Sugg C., Valenzuela M. (2004) Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. Rev SOGIA; 11:79-83.

Endesa. (2011) Encuesta Demografía y salud. Instituto Nacional de información y desarrollo. INIDE.

García Odio AA, González Suárez M. (2018) Factores de riesgo asociados a embarazadas adolescentes. Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río. Mayo -junio; vol. 22(3)416-427

González E., Molina T., Caba F., et al. (2012) Variables personales y familiares que se asocian al comportamiento sexual y reproductivo de jóvenes varones sexualmente activos. Resúmenes IV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología Infanto-juvenil; 13.

Guevara F. (2012) "Conocimientos del embarazo en adolescentes y sus complicaciones, en estudiantes de las Escuelas de educación secundarias Ángel Gerónimo Salazar y Leonardo Núñez, municipio de Morrito, Río San Juan, 2012". UNAN Managua.

Hamel P. (2013) Crónica de un embarazo Anunciado: Criterios de Riesgo en Adolescentes populares Urbanas. Revista De Familias y Terapias, Revista del Instituto Chileno de Terapia Familiar; 44-62.

Lázaro L. Las escuelas ante el embarazo adolescente. Disponible en www.salutia.com (Consultado el 25 marzo 2019).

Mendoza W, Subiría G. (2015) El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev Peru Med Exp Salud Pú*; 30 (3):471-9

Ministerio de Salud. MINSA (2013). Estadísticas de salud Nacionales. Gobierno nacional. Managua, Nicaragua.

Ministerio de Salud. MINSA (2019). Estadísticas de salud Nacionales. Gobierno nacional. Managua, Nicaragua

Montejano C. (2013). El embarazo en adolescentes. Marco Teórico Conceptual, Políticas Públicas, Derecho Comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas. México.

Molina R. Sistemas de atención para adolescentes embarazadas. La salud del adolescente en Chile. Ediciones R. Florenzano, M. Magdaleno, E. Bobadilla 2008; 195-231.

Molina M., Ferrada C., Pérez R. (2014) Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev. méd. Chile*; 132:65-70.

Organización Mundial de la Salud. Departamento de salud materna, del recién nacido, del niño y el adolescente. Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza. 2012

Organización mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. (2015) Plan de acción de salud y desarrollo en la adolescente de las Américas. 1998-2015.

OMS (2018). Aspectos conceptuales y operativos. Indicadores de salud. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&showall=1&lang=es

Padilla De Gil. (2000) Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. Rev SOGIA; 7: 16-25.

Padilla Benítez BM., Wilson Reyes TJ. (2016) Factores de riesgo en el Embarazo en Las Adolescentes del Sector 8 de El Rama, del 01 enero de 2016 al 30 de diciembre de 2016. Tesis para optar al título en medicina y cirugía general. Facultad de Ciencias Médicas. UNAN Managua.

Peláez Mendoza J. (2016) Consideraciones del uso de anticonceptivos en la adolescencia. Rev Cubana Obst Ginecol; 22:11-5.

Pinzón-Rondón AM, Ruiz-Sternberg AM, Aguilera Otalvaro PA, Abril-Basto PD (2018). Factores asociados al inicio de vida sexual y al embarazo adolescente en Colombia. Estudio de corte transversal. REV CHIL OBSTET GINECOL; 83(5): 487 – 499

Póo F, Vásquez O, Muñoz S, Vallejos C. (2007) Médico Ginecólogo, Departamento de Obstetricia y Ginecología, CIGES, Universidad de la Frontera rev chil obstet ginecol 2007; 72(2) rev chil obstet ginecol; 72(2):76-81

Quintana José AV., Salas Carvajal MA. (2014) Factores relacionados al embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Primario la Dalia ‘San José de las Mulas Matagalpa’ de octubre a diciembre 2014. Tesis Monográfica para optar al título de Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas. UNAN Managua.

Rangel J., Valcrico L., Patiño J., et al. (2014) Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. Rev Fac Med UNAM; 47:24-27.

Rojas Huamán EB. (2018) Factores de riesgo asociados con el embarazo en adolescentes en el hospital nacional Hipólito Unanue en el año 2018. tesis para optar el título de médico cirujano, universidad Ricardo palma, facultad de medicina humana.

Ruoti A (2014) Patología obstétrica en la adolescente embarazada. Rev SOGIA 2014; 1:70-2.

Ruoti M, Ruoti A. (2012) Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de Salud. Paraguay: Universidad de Asunción, 2012.

Sánchez N. (2005) Descripción de las características sociales y reproductivas de las adolescentes embarazadas atendidas en el puesto de salud “el jobo” municipio de Matiguas – Matagalpa. UNAN Managua.

Sánchez Valencia Y.A. (2013). Características poblacionales y factores asociados a embarazo en mujeres adolescentes de Tuluá, Colombia. REV CHIL OBSTET GINECOL; 78(4): 269 - 281

Sulak PJ, Haney AF. (2013) Unwanted pregnancies: understanding contraceptive use and benefits in adolescent and older women. Am J Obstet Gynecol 2013; 168: 2042-8.

Torrez G. (2011) Embarazo adolescente, riesgos de salud y problemas sociales. CIMAC México DF.

United Nations Children's Fund UNICEF (2016). Por un cambio en la salud de la población juvenil. Cuaderno de UNICEF sobre programación para el desarrollo y la salud de la población juvenil.

UNFPA. (2013) Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. Ed Richard Kollodge.

Valdivia M., Molina M. Factores Psicológicos Asociados a la Maternidad Adolescente en Menores de 15 años. Revista de Psicología de la Universidad de Chile 2013; 12:85-109.

Vásquez Á, et al (2011). Embarazo y adolescencia, factores biológicos, maternos y perinatales más frecuentes. En: Revista Cubana Obstetricia y Ginecología. La Habana, vol. 27 no. 2, p. 158-164

Virella E, González A. (2009) Intervención educativa sobre el conocimiento de factores de riesgo del embarazo en la adolescencia. AMC v.13 n.5 Camagüey.

ANEXOS

Anexo 1:**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Ficha No: _____ Embarazo Adolescente: Caso (Si) _____ Control (No) _____

I. Características sociodemográficas:

1. Edad: _____ 2. Ocupación: trabaja _____ No trabaja _____
3. Estado conyugal: Con pareja _____ Sin pareja _____
4. Escolaridad: analfabeta _____ primaria _____ secundaria _____ Otra _____
5. Religión: católico _____ evangélico _____ otro _____ 6. Procedencia: rural _____ urbana _____

II. Antecedentes ginecobstetricos de riesgo:

7. Menarca: _____ 8. IVSA: _____ 9. Gesta: _____ 10. Para: _____ 11. Aborto: _____ 13. Numero compañeros sexuales: _____ 14. Usa algún método anticonceptivo: Si _____ No _____

III. Factores sociales de riesgo.

1. Ha recibido educación sexual en colegios: Si _____ No _____
2. Consumo de alguna de las siguientes sustancias: Alcohol _____ Cigarro _____ Drogas _____ Ninguno _____
3. Ha tenido acceso a métodos de Planificación familiar: Si _____ No _____
4. Ha recibido algún abuso sexual Si _____ No _____
5. Tuvo su primer novio antes de los 15 años Si _____ No _____
6. Tiene apoyo económico y emocional por parte de su pareja: Si _____ No _____ NA _____
7. Ha sufrido algún tipo de agresión o violencia intrafamiliar. Si _____ No _____

IV. Factores familiares de riesgo.

1. Recibí apoyo emocional u económico de sus hermanos Si _____ No _____ NA _____
2. Vive en una familia disfuncional: Si _____ No _____
3. Es hija de madre soltera: Si _____ No _____
4. Tiene malas relaciones con familiares en casa: Si _____ No _____
5. Tiene apoyo por parte de sus padres o tutores: Si _____ No _____
6. Baja escolaridad de Madre: Si _____ No _____
7. Baja escolaridad del padre: Si _____ No _____

IV. OBSERVACIONES:

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada joven: Se está realizando un estudio cuyo principal objetivo es investigar cuáles son los factores asociados a que una niña-adolescente entre 12 y 19 años se embarace, para poder así organizar mejores programas para disminuir los embarazos a esas edades en esta comunidad.

Este estudio es ANONIMO, significa que la participante no dará ni su nombre, ni su apellido, la encuesta se aplica a jóvenes de 12-19 años, con una duración no más de 15 minutos. Toda la información obtenida será usada únicamente con fines de la investigación.

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

Ya que se ha explicado los objetivos de este estudio, te invitamos a participar y pedimos tu autorización firmada para la entrevista. Te agradecemos tu participación y te solicitamos que las respuestas sean lo más sinceras, y puedes hacer todas las preguntas que desees.

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

Firma de la participante: _____

Fecha: D / M / A