

“Nuestra madurez es fruto de lo que  
hemos recibido en la adolescencia”,

JOSÉ NECCO LABORDE.

---



# EL EMBARAZO

*adolescente*

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León

UNAN - León



Facultad de Ciencias Médicas.

Tesis para título de Medicina y Cirugía general.

**Prevalencia y factores psicosociales asociados al embarazo de las adolescentes en el sector urbano del municipio Larreynaga – Malpaisillo en el período Marzo- Diciembre 2018.**

**Autores:**

- Br. Erikson Everto López Morales.
- Br. Rafael Steven López Rivas.

**Tutor metodológico:**

- PhD. Indiana López.  
**SALUD PÚBLICA Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION BIOMEDICA**

León – 5 de Febrero 2019.

“A la libertad por la Universidad.”

<b>Contenido</b>	
<b>Resumen</b> .....	I
<b>Dedicatoria</b> .....	II
<b>Agradecimiento</b> .....	III
<b>Opinión del tutor</b> .....	IV
<b>Introducción</b> .....	1
<b>Antecedentes</b> .....	4
<b>Planteamiento del problema</b> .....	8
<b>Justificación</b> .....	10
<b>Objetivos</b> .....	11
<input type="checkbox"/> <b>Objetivo General</b> .....	11
<input type="checkbox"/> <b>Objetivos específicos</b> .....	11
<b>Marco teórico</b> .....	12
Definición de adolescencia .....	12
Etapas de la adolescencia .....	14
Embarazo en adolescencia.....	18
Carácter sociodemográfico .....	19
Factores psicosociales que contribuyen al embarazo.....	21
Factores sociales.....	21
Factores Psicológicos .....	26
<b>Diseño metodológico</b> .....	32
<b>Operacionalización de variables</b> .....	37
<b>Resultados</b> .....	40
<b>Discusión</b> .....	44
<b>Conclusión</b> .....	48
<b>Recomendaciones</b> .....	49
<b>Referencias bibliográficas</b> .....	50
<b>Anexos</b> .....	56

## Resumen

El embarazo en la adolescencia, tiene impacto desde el ámbito psicosocial y de salud pública, describe la OMS. Aproximadamente 16 millones de muchachas dan a luz entre los 15-19 años, con tasas de natalidad nacionales de 92 por cada 1000 mujeres adolescentes. Esta tesis describe la prevalencia y factores psicosociales asociados al embarazo de adolescentes en el sector urbano del municipio Malpaisillo. Es un estudio analítico de corte transversal, se incluyeron 187 adolescentes aleatoriamente distribuidas entre los 9 barrios que conforman el municipio. Se utilizó como instrumento de recolección de datos una encuesta estructurada por características sociodemográficas, factores sociales y alteraciones psicológicas que condicionan el embarazo. Los resultados fueron que del total de la población 35 adolescentes cursaban embarazo, constituyendo una prevalencia de 18.7% donde predominó la adolescencia tardía, asimismo se observó que una pequeña parte de madres adolescentes se encuentran en unión estable, su labor cotidiana actual es amas de casas y el nivel académico máximo de esta población que más predominó fue secundaria incompleta. En factores psicosociales se encontró que la totalidad de adolescentes estuvieron en desacuerdo con intento de suicidio, ambos grupos tienen como principal tutor del hogar a las madres. La autoestima se clasificó como buena, no se evidenció que posean algún grado significativo de depresión. Los niveles de ansiedad encontrados fueron bajos. De manera que al analizar los datos se puede concluir que ambos grupos comparten los mismos factores psicosociales sin predominio de uno sobre el otro, por tanto, todas corren el mismo riesgo de embarazo.

**Palabras claves:** Factores psicosociales, embarazo en adolescentes.

## Dedicatoria

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ellos hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido un orgullo y el privilegio ser sus hijos, son los mejores padres.

A nuestros hermanas (os) por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

## Agradecimiento

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a nuestras madres: Modesta Morales y Margarita Rivas por ser las principales promotoras de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Agradecemos a nuestros docentes de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN – León, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, al PhD. Indiana López tutor de nuestro proyecto de investigación y principal colaborador durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento y enseñanza permitió el desarrollo de este trabajo; y a los habitantes del municipio Larreynaga – Malpaisillo por su valioso aporte para nuestra investigación.

### **Opinión del tutor**

La investigación realizada por los bachilleres Erikson Everto López Morales y Rafael Steven López Rivas, titulada “Prevalencia y factores psicosociales asociados al embarazo de las adolescentes en el sector urbano del municipio Larreynaga – Malpaisillo en el período Marzo - Diciembre 2018, es un trabajo de interés social porque pesar del fácil acceso a los métodos de planificación familiar y a la educación sobre salud sexual y reproductiva, hay una elevada frecuencia de embarazo en adolescentes en nuestro país, la que conlleva a repercusiones sociales, como por ejemplo la deserción escolar, mortalidad materna, entre otras.

Los factores asociados a estos embarazos pueden ser individuales, familiares, económicos, psicosociales, entre muchos otros. Los psicosociales, son poco estudiados en nuestro contexto Nicaragüense, en especial en comunidades mayoritariamente rurales, por eso considero que este trabajo es de suma importancia porque permitió identificar estos factores asociados al embarazo en adolescentes y de esta manera, sugerir medidas de prevención para disminuir este problema social. Además, proponer nuevas estrategias metodológicas para lograr una mejor identificación de estos factores psicosociales.

Mi reconocimiento a los bachilleres, por el esfuerzo, dedicación, aporte a esta problemática y perseverancia para que logran alcanzar los objetivos planteados y terminar esta tesis, en tiempo y forma.

PhD. Indiana López Bonilla

## Introducción

El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza. Estos son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. Constituye un grave problema social, afectando el desarrollo de las adolescentes y la sobrevivencia de sus hijos e hijas.

Actualmente se considera como un problema de salud pública alarmante por el significado otorgado al embarazo a temprana edad, un proceso biológico que cruza fuera del ciclo vital, es decir, durante el crecimiento y desarrollo de los adolescentes, implicando riesgo para la reproducción observada en países subdesarrollados.

Durante los últimos años se han observado cambios en tasas de natalidad a nivel mundial, representando un porcentaje significativo (11%) en las adolescentes y calculando aproximadamente unos 16 millones de muchachas que dan a luz entre los 15-19 años, 1 millón de ellas son menores de 15 años. Las tasas nacionales son de 92 nacimientos por cada 1000 muchachas adolescentes. La gran mayoría de estos nacimientos (95%) ocurren en países en vías de desarrollo.<sup>1</sup>

En muchas regiones del mundo el embarazo fuera del matrimonio es normal. Sin embargo, algunas muchachas reciben presión social para contraer matrimonio. En países de ingresos medianos y bajos más del 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años, y cerca del 14% antes de los 15 años.

Algunas adolescentes no saben cómo prevenir embarazos, porque en muchos países no hay educación sexual, aun cuando es fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes sexualmente activas son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. La procreación prematura aumenta el riesgo para las madres y recién nacidos, también puede tener repercusiones sociales y económicas negativas para las familias y comunidades.

Muchas adolescentes embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela, una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo.<sup>1</sup>

De esta manera se observa que existen una amplia variedad de factores asociados a embarazos en adolescentes, entre ellos factores individuales, familiares, económicos, psicosociales, procedencia entre muchos otros. En conjunto contribuyen a generar consecuencias permanentes en la salud, disminución de ingresos económicos, futuro en riesgo y atraparse en una vida de pobreza, exclusión e impotencia. Muchos factores podrían estar asociados a la población de estudio, pero también podrían encontrarse algunos nuevos.

Estudios internacionales demuestran que aproximadamente un tercio de las embarazadas presentan depresión durante la gestación. En Chile el 30% de las mujeres gestantes desarrollan síntomas inespecíficos de depresión/ansiedad y un 10% depresión clínica. Se observa que las mujeres que han presentado un cuadro depresivo durante el embarazo tienen una probabilidad de mantenerlo después de nacido el bebé.<sup>2-4</sup>

La asertividad sexual constituye una dimensión fundamental de la sexualidad humana por su relación con los distintos indicadores de la salud sexual. Destacada por ser la capacidad de las personas para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada y emplear métodos anticonceptivos y así desarrollar comportamientos sexuales saludables.<sup>5</sup>

Este trabajo investigativo se realizó con el objetivo de describir la prevalencia y factores psicosociales que se asocian al embarazo adolescente en el sector urbano del municipio de Malpaisillo.

Prevalencia y factores psicosociales asociados al embarazo de las adolescentes  
en el sector urbano del municipio Malpaisillo.

Abarca las adolescentes que posean o no información acerca del embarazo a temprana edad, métodos anticonceptivos, asertividad sexual y otros factores que promuevan la participación de éstas, favoreciendo políticas centradas en posibilitar la autonomía, cooperación, bienestar y prevención de estas problemáticas para las jóvenes.

El estudio tiene como fin proveer información sobre la prevalencia e identificar los principales factores psicosociales de este suceso, de manera que estos puedan ser base y evidencia para realizar proyectos futuros para el control de este problema de salud pública y plantearse una solución específica, implementando medidas de prevención y promoción en salud, reduciendo los embarazos en adolescentes y la morbilidad causada por este.

## Antecedentes

En este apartado brindaremos información importante recopilada por artículos e investigaciones realizadas previamente en diversos países, abordando en principio los datos sobre prevalencia y tasa de crecimiento de la población por embarazos en adolescentes, continuando con los factores psicosociales, y finalmente llegar a una interpretación de estos.

El embarazo en la adolescencia, tiene un gran impacto desde el ámbito psicosocial y de salud pública así lo describe la OMS. Aproximadamente unos 16 millones de muchachas dan a luz entre los 15-19 años, esta elevada cifra ha motivado a realizar diversos estudios, debates, y campañas comunicativas encaminadas a prevenir sus efectos adversos.<sup>1</sup>

Rumanía y Bulgaria son los países con mayor proporción de madres adolescentes de la Unión Europea. En 2015, último año del que se disponen este tipo de datos, casi uno de cada diez partos fue de una adolescente. Este porcentaje es tres veces mayor que el de la media europea. El problema no solo existe en el sureste de Europa. Cientos de adolescentes de las mismas edades dieron a luz en Alemania, Francia o el Reino Unido, si bien el porcentaje fue menor. En casi la mitad de los países de la Unión Europea los partos en niñas ni siquiera alcanzan la decena al año. Escandinavia es el país que más puede presumir de ello.

En general, los partos en adolescentes descendieron en 2015 en toda Europa, si bien entre las niñas de 10 a 14 años dicho descenso se resistió más. Por el contrario, la tendencia fue al alza tanto en el sur como el noreste de Europa

Diversos artículos y datos de organizaciones nacionales e internacionales llevan un seguimiento de la prevalencia de embarazos en adolescentes, se registra que en los últimos 20 años la prevalencia no se ha modificado sustancialmente, a pesar de un leve descenso en el área rural, la prevalencia para el año 2013-2014 oscila entre 11%-13% del embarazo adolescente de 15-19 años.

La prevalencia por distribución sociodemográfica es menor en áreas urbanas (10.2%) en comparación con áreas rurales (21.5%) en Chile.<sup>1, 6</sup>

En Colombia unos estudios realizados de 449 adolescentes se identificaron 135 embarazadas, de estas 61% iniciaron vida sexual a los 15 años, esto se vinculó a negligencia en la niñez (OR: 4.35) tener pareja (OR: 6.31). Se está produciendo una disminución de la edad de inicio de los cambios puberales y adolescentes, que inciden en variables como ansiedad, autoestima e imagen corporal. En el embarazo la sintomatología depresiva es frecuente y repercute en el vínculo madre-bebe y posparto, en la resolución de problemas sociales.<sup>2, 13-14</sup>

Entre 25 y 108 de cada 1,000 adolescentes y jóvenes son madres en los países de América Latina y el Caribe. En Centroamérica, nacen cada año, entre 99 y 139 niños por 1,000 mujeres de 15 a 19 años de edad, a excepción de Costa Rica. Cerca de dos terceras partes de las mujeres de 15 a 19 años de edad, probablemente tendrán un hijo antes de llegar a los 20 años de edad.

Otros estudios demuestran que entre el 20-46% de las mujeres embarazadas son en su mayoría de países en vías de desarrollo, también se demostró que ellas tienen el primer hijo antes de los 20 años, y entre el 30 y 67% ya ha tenido su primer hijo. Esta problemática de embarazos en adolescente se debe por la mayor población mundial que representa y alcanza 7,200 millones en 2014 y se espera que para 2,050 habrá aumentado 2,000 millones más según naciones unidas.<sup>7</sup>

En Nicaragua la población de adolescentes menores de 18 años constituye el 39.5% del total global 6.07 millones según el INIDE (Instituto Nacional de Información de Desarrollo). Un estudio comparativo entre 2006/2007-2011/2012 demuestra que la tasa específica de fecundidad en mujeres de 15-19 años disminuyó de 106-92 por cada mil en la región urbana, y de 139-116 en el área rural.

Con base en datos de las ENDESA (Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud) 2011/12 se construyeron mapas para identificar la presencia de adolescentes embarazadas por departamento. Dichos cartogramas revelan una leve disminución general en el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que quedaron embarazadas respecto a años anteriores, teniendo 15.020% adolescentes embarazadas como porcentaje de la población correspondiente.<sup>8</sup>

Nicaragua es el segundo país con mayor proporción de embarazos en adolescentes, 92 de cada 1000 mujeres adolescentes entre 15 y 19 años son madres. El porcentaje más alto de adolescentes que alguna vez han estado embarazadas lo presenta Jinotega con un 38%, la costa caribe con un 30%, Managua y León con un 20% según estadísticas de MINSA (Ministerio de salud).<sup>45,46</sup>

Estudios demostraron que los factores sociales más importantes para la predisposición del embarazo en adolescentes son: Familia incompleta, baja unidad familiar, reconstitución familiar de padres adolescentes, bajo nivel educativo, dificultad para la planeación de un proyecto de vida, embarazos no deseados, violencia experimentada durante la adolescencia, el abuso sexual, pertenecer a un estrato económico bajo, inicio de vida sexual activa a temprana edad, falta de información, falta de recursos para planificación, deserción escolar previo al embarazo, informalidad laboral de las nuevas madres, desprotección de los sistemas de seguridad social y violación de los derechos humanos por punición.<sup>1,8-12</sup>

La relación entre variables familiares incluye: tipo de relación de pareja, existencia de hijos, tipo de familia, jefe de familia, relación familiar, apoyo social percibido, acontecimientos vitales estresantes. La relación conyugal es cambiante debido al paso del tiempo y a factores familiares por ello los autores recomiendan contribuir el apoyo para mejorar la relación conyugal.

La asertividad sexual es un acontecimiento vital estresante en la familia, puesto que valora el inicio de las relaciones sexuales, rechazo y embarazo-enfermedad de transmisión sexual, esta se correlaciona con el autoestima sexual y rasgo depresivo.<sup>5, 12</sup>

Diversos estudios realizados han demostrado factores psicosociales que implican una alta probabilidad para contribuir al embarazo en adolescentes tales como: fluctuaciones del estado de ánimo, estrés emocional, la culpa, depresión y baja autoestima.<sup>8, 9, 11</sup>

En conclusión, los estudios y artículos revisados demuestran que se ha tenido una leve disminución en la prevalencia de embarazos adolescentes y control en la tasa de natalidad en diversos países, pero aún se observa de manera significativa en los países en vías de desarrollo y sobre todo en las áreas rurales. La problemática de embarazos en adolescentes se ha atribuido a problemas psicosociales por familia fraccionada, bajo nivel educativo, negligencia en la niñez, tener pareja, violencia experimentada durante la adolescencia, abuso sexual. Los efectos secundarios de esta problemática afecta el estado emocional del individuo que lo experimenta círculo familiar, así como a la sociedad, la economía, desarrollo del país por tanto es una problemática que debería seguir estudiándose y tomar medidas de control.

## Planteamiento del problema

La OMS (Organización Mundial de la Salud) reporta que 16 millones de adolescentes entre 15-19 años y aproximadamente 1 millón son menores de 15 y dan a luz cada año. Esto representa 11% de nacimientos mundiales y tiene un 95% de predominio en países bajos y medianos. Las complicaciones del embarazo constituyen la tercera causa de muerte y unos 3 millones de abortos.<sup>1</sup>

América latina y el Caribe es la región con la segunda tasa más alta de embarazo y se estima que el 18% corresponde a mujeres menores de 20 años, Nicaragua el país con más embarazos, tiene una tasa de 109 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años.<sup>1, 7, 8</sup>

En el departamento de León entre 2006 y 2012 la población de adolescentes embarazada descendió de 25,030 a 15,020, sin embargo, la tasa de fecundidad persiste alta. A nivel municipal, Larreynaga-Malpaisillo en 2005 del total de la población 5,419 eran adolescentes de estas 261 se registraron embarazadas en el primer semestre de ese año, teniendo como principales factores asociados a este la disfunción familiar, educación sexual pobre y abandono escolar.<sup>8, 9, 15, 16.</sup>

Se ha observado que existe una amplia variedad de factores asociados al embarazo adolescente, entre ellos factores individuales, familiares, sociales, económicos, psicológicos, culturales, educativos, procedencia entre muchos otros.

Pero al final todos contribuyen a generar consecuencias, afectando la salud, potencial de ingresos, poniendo el futuro en riesgo y atraparse en una vida dura de pobreza, exclusión, impotencia y pérdida de la capacidad para resolver problemas. Muchos de estos factores podrían estar asociados a la población de estudio, pero también podrían encontrarse algunos nuevos.

La tasa de embarazo en adolescentes tiene peso social y ha sido de interés para diversas instituciones, pero no se han entendido las dinámicas sociodemográficas, y los procesos intrínsecos del embarazo en población muy joven.<sup>26</sup>

Las intervenciones a tratar la depresión posterior al parto no han demostrado generar cambios en la calidad del vínculo madre-bebé, por ello la importancia de identificar la depresión prenatal y otros factores psicosociales asociados al embarazo. Todo lo anterior nos lleva a preguntarnos:

**¿Cuál es la prevalencia y los factores psicosociales que se asocian al embarazo de las adolescentes en el sector urbano del municipio Larreynaga-Malpaisillo en el período Marzo- Diciembre 2018?**

## Justificación

El embarazo en adolescentes actualmente se ha considerado como un problema de salud pública y un fenómeno social de estado alarmante por el significado otorgado al embarazo a temprana edad. Es un proceso biológico que cruza fuera de su ciclo vital, es decir durante el estado de crecimiento y desarrollo de un adolescente, implicando así riesgo para la reproducción observada en países subdesarrollados.

Este trabajo investigativo se realizó con el objetivo de describir la prevalencia y factores psicosociales asociados al embarazo de adolescentes en el sector urbano del municipio de Malpaisillo. Este proporciona datos estadísticos importantes, información eficiente de calidad, sustentada por fuente primaria e identificar si existen factores psicosociales relevantes asociados al embarazo de adolescentes.

La información obtenida puede ser utilizada en proyectos futuros para control de este problema de salud pública, plantearse una solución específica e implementar medidas de prevención y promoción en salud, intervenir en los factores psicosociales asociados a embarazos en adolescentes y reducir la morbimortalidad.

Las intervenciones a tratar la depresión posterior al parto no han demostrado generar cambios en la calidad del vínculo madre-bebé, por ello la importancia de identificar la depresión prenatal, realizar visitas domiciliarias, promoción de pensamientos positivos orientados a mejorar la calidad de vida, entorno familiar y promover una vida placentera. Las personas deprimidas enfrentan estresores y muestran déficits de las habilidades cognitivas para generar soluciones adecuadas. Las razones mencionadas influyen negativamente al desempeñar una actividad laboral, además la evaluación y tratamiento de la depresión en embarazadas adolescentes representa un costo económico significativo en salud para la familia y sociedad.

## Objetivos

➤ **Objetivo General.**

Describir la prevalencia y factores psicosociales asociados al embarazo adolescente en el sector urbano del municipio Larreynaga- Malpaisillo en el período Marzo - Diciembre 2018.

➤ **Objetivos específicos.**

- 1- Describir características sociodemográficas de las adolescentes del municipio Larreynaga-Malpaisillo en el período Marzo - Diciembre 2018.
- 2- Determinar la prevalencia, características sociodemográficas y preconcepcionales de la población adolescente embarazada.
- 3- Identificar factores psicosociales asociados al embarazo en la población a estudio.

## Marco teórico

### Definición de adolescencia.

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, caracterizada por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.<sup>17</sup>

La adolescencia es una fase fascinante de la vida y quizás la más compleja, una época de gente joven que asume nuevas responsabilidades y experimenta nuevas sensaciones de independencia. Los jóvenes buscan su identidad, ponen en práctica valores aprendidos en la infancia y desarrollan habilidades que les permitan convertirse en adultos atentos y responsables.<sup>18</sup>

Todos los cambios, en la segunda etapa de la vida, transforman el cuerpo infantil en un cuerpo adulto con capacidad reproductora, maduración gonadal, manifestaciones de caracteres sexuales secundarios, crecimiento somático y maduración ósea. Esta etapa entraña múltiples cambios biopsicosociales, en las niñas el desarrollo mamario representa la primera manifestación normativa de los cambios, que sucede entre los 8.3-13.3 años. Tras el brote mamario es habitual la aparición del vello púbico y vello axilar. La primera menstruación ocurre 2 años después de iniciar el brote mamario y marca el inicio de la madurez sexual de las niñas.<sup>14, 19, 20</sup>

## **Cambios biológicos del desarrollo.**

Un artículo ha resumido los diversos cambios biológicos durante el desarrollo, estos se deben a la activación del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, aumentando la secreción pulsátil de gonadoliberina (GnRH), que estimula la glándula pituitaria para producir hormona luteinizante (LH) y hormona folículo estimulante (FSH).

Estas realizan interacciones bioquímicas y morfológicas en células neuronales y gliales a través de estímulos de moléculas de adhesión, factores de transcripción, derivados lipídicos y factores de crecimiento.<sup>14, 19, 21,23</sup>

Las técnicas de neuroimagen describen cambios cerebrales, destacándose los encontrados en la corteza pre frontal y las regiones límbicas corticales y subcorticales. En la corteza pre frontal se observa un aumento en la densidad sináptica debido a la ocurrencia de sinaptogénesis, este es un proceso de abundantes conexiones neuronales que no han sido utilizadas. El proceso de mielinización es otro de los cambios destacable, se observa aumento progresivo de la sustancia blanca que mejora la eficacia y la velocidad de la comunicación neuronal.<sup>21</sup>

La conexión límbico-cortical, influye en análisis de situaciones de riesgo, planeación, toma de decisiones, autorregulación conductual y control de impulsos influidos por factores neuroendocrinos y ambientales. La secreción de estrógeno y andrógenos alcanzan niveles tan elevados en el cerebro que inducen cambios en las capacidades cognitivas, aprendizaje, memoria, comportamiento y emociones. La corteza pre frontal se encarga de la autorregulación conductual.<sup>14, 21, 22</sup>

## Etapas de la adolescencia.

La pubertad inicia por cambios neurohormonales, cuyo fin es conseguir la capacidad reproductiva de cada sexo. Esto ocurre gracias a interacciones entre SNC, hipotálamo, hipófisis y gónadas. La adolescencia, se puede dividir en tres etapas.<sup>23-25</sup>

**Adolescencia temprana** (10 a 13 años) muestran preocupación por lo físico y emocional. La característica de esta fase es el rápido crecimiento somático, la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Estos cambios hacen perder la imagen corporal previa, creando preocupación y curiosidad por cambios físicos. Esta etapa donde el adolescente presenta preocupación por lo emocional.

Desde el ámbito psicosocial se encuentran características como: duelo por el cuerpo, relación infantil con los padres, reestructuración de esquema e imagen corporal, ajustes a cambios sexuales, físicos y fisiológicos; necesidad de compartir problemas con los padres, fluctuaciones de ánimo, autoconciencia de necesidades, relaciones grupales con el mismo sexo, movimientos de regresión, avance en la exploración y abandono de la independencia.<sup>24, 25</sup>

La capacidad de pensamiento es concreta, no perciben implicaciones futuras de sus actos y decisiones presentes. Creen ser el centro de una audiencia imaginaria que los observa constantemente, muchas de sus acciones están moduladas por este sentimiento. Su orientación existencialista, narcisista y egoístas.<sup>25</sup>

**Adolescencia media** (14 a 17 años) Preocupación por la afirmación personal y social. El crecimiento y maduración sexual prácticamente han finalizado, adquiriendo el 95% de la talla adulta, los cambios son más lentos, esto permite restablecer la imagen corporal. La capacidad cognitiva es capaz de utilizar el pensamiento abstracto, es concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés.

Tienen sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico que no les sucederá un percance; esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad (alcohol, tabaco, drogas, embarazo, etc.)

este período de la vida puede determinar parte de patologías posteriores en la época adulta. Esta etapa presenta una preocupación por la aceptación personal de la sociedad.

El binomio psicosocial destaca las siguientes características: diferencias del grupo familiar, duelo parental por la pérdida del hijo fantaseado, deseo del atractivo sexual y social, emergentes impulsos sexuales, grupos heterosexuales, capacidades personales, interés de nuevas actividades, la pareja como extensión del yo y la búsqueda de autonomía.<sup>24, 25</sup>

Las relaciones con el otro sexo son notables, pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge.

**Adolescencia tardía** (17 a 19 años). Muestran preocupación por lo social. El crecimiento ha terminado y son físicamente maduros. El pensamiento abstracto está plenamente establecido, aunque no todo el mundo lo consigue. Están orientados al futuro, son capaces de percibir y actuar según las implicaciones futuras de sus actos.<sup>24</sup>

El ámbito psicosocial muestra las características de esta última etapa de la adolescencia: búsqueda del proyecto personal-social, reestructuración de las relaciones familiares, locus de control interno, desarrollo de la adultez, exploración de opciones sociales, avance en la elaboración de la identidad, duelo parental por la separación física, grupos afines (laboral, educacional y comunitario), relaciones de pareja con diferenciación e intimidad, capacidad de auto cuidado y cuidado mutuo.<sup>25</sup>

Además del crecimiento fisiológico, de estos años se pueden extraer tareas clave de desarrollo intelectual, psicológico y social. El propósito fundamental de estas tareas es formar la propia identidad y prepararse para la edad adulta.<sup>24</sup>

Entre ellos está:

**1) Desarrollo físico.**

Antes de la adolescencia media, se completa la mayor parte del crecimiento fisiológico de los adolescentes, casi alcanzaron su estatura y peso de adultos y ahora cuentan con la capacidad física de tener bebés.

**2) Desarrollo intelectual.**

La mayoría de los niños y niñas entran a la adolescencia percibiendo el mundo a su alrededor en términos concretos: Las cosas son correctas o no, maravillosas o terribles. Raras veces ven más allá del presente, esto explica la incapacidad de los adolescentes de considerar las consecuencias que sus acciones tendrán a largo plazo.

Al final de la adolescencia, muchos jóvenes han llegado a apreciar la sutileza de situaciones y proyectarse hacia el futuro. Su capacidad de resolver problemas complejos se ha agudizado considerablemente. Pero debido a su poca experiencia en la vida, los adolescentes mayores aplican estas destrezas de manera erráticas que recién encontraron, por lo tanto, pueden actuar sin pensar.

**3) Desarrollo emocional.**

La independencia de los adolescentes les exige distanciarse de mamá y papá. La marcha hacia la autonomía puede tomar muchas formas: menos afecto expresivo, más tiempo con los amigos, comportamiento polémico, desafiar los límites etc. Pero aún los adolescentes frecuentemente se sienten confundidos sobre abandonar la seguridad y protección del hogar.

**4) Desarrollo social.**

Hasta ahora, la vida de un niño se ha desarrollado principalmente dentro de la familia. La adolescencia tiene el efecto de una roca que cae al agua, porque su círculo social repercute al incluir amistades con los miembros del mismo sexo o

del sexo opuesto, diferentes grupos sociales, étnicos y otros adultos, como un maestro o entrenador favorito. Finalmente, los adolescentes desarrollan la capacidad de enamorarse y formar relaciones amorosas. Existe frustración por el anhelo de salir adelante por sí mismo; pero todavía dependen económicamente de mamá y papá. Luchar por sí mismo, pero al mismo tiempo, desear desesperadamente adaptarse a sus compañeros.

### **El periodo de transición de la adolescencia.**

Los determinantes biológicos de la adolescencia son universales; sin embargo, la duración y características de este periodo pueden variar entre culturas a lo largo del tiempo, esto depende de los contextos socioeconómicos. En siglos pasados, se han registrado muchos cambios en esta etapa vital, en particular el inicio temprano de la pubertad, postergación de edad del matrimonio, urbanización, mundialización de comunicaciones y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.<sup>17</sup>

Este periodo de preparación para la edad adulta, donde se producen varias experiencias de importancia para el desarrollo. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, desarrollo de identidad, adquisición de aptitudes necesarias para establecer relaciones entre adultos, mejorar la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, el contexto social puede tener una influencia determinante.<sup>17</sup>

### **El apoyo de la familia y la comunidad.**

Los adolescentes dependen de su familia, comunidad, escuela, servicios de salud y su lugar de trabajo, adquirir competencias importantes para ayudarles a hacer frente a presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la adultez.

Los padres, miembros de la comunidad, proveedores de servicios e instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo, adaptación de adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas.<sup>17</sup>

Cuando los adolescentes reciben apoyo y aliento de los adultos, desarrollan formas inimaginables, convirtiéndose en miembros plenos de sus familias y comunidades dispuestos a contribuir.<sup>18</sup>

### **Presiones para asumir conductas de alto riesgo.**

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y empezar a tener relaciones sexuales en edades tempranas, sometiéndose a elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Los patrones de conducta se establecen durante este proceso, el consumo o no consumo de drogas, los riesgos o medidas de protección de las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos en la salud y el bienestar del individuo.<sup>17</sup>

## **Embarazo en adolescencia.**

### **Aspectos epidemiológicos.**

El embarazo en adolescentes se ha normalizado internacionalmente a través de la tasa de fecundidad, establecida como el número mujeres entre los 14 y 19 años de edad que han tenido al menos un hijo nacido vivo o que al momento de la medición estén embarazadas, por cada 1000 mujeres en ese rango etario, para poder ser contrastada en el tiempo y el espacio.

La tasa de embarazo en adolescentes tiene peso social, porque la edad es un problema socialmente construido, pero no se entienden las dinámicas sociodemográficas, y los procesos intrínsecos del embarazo en población muy joven. Sin embargo, los padres, familias y la comunidad son fundamentales porque son influyentes en el comportamiento y la salud de este grupo de edad.<sup>1, 26</sup>

Desde 1990, se han registrado variaciones en la tasa de natalidad, aunque es irregular en las tasas de los adolescentes, unos 16 millones (11% de todos los nacimientos en el mundo) se producen en adolescentes entre las edades de los 15-19 años, 1 millón de adolescentes menores de 15 años dan a luz anualmente. El 95% de esos nacimientos ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

Según las estadísticas sanitarias mundiales del 2014, indica que la tasa media de natalidad en adolescentes de 15-19 años es de 49 por cada 1000 muchachas. Las tasas nacionales de 92 nacimientos por cada 1000 muchachas. El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil, siendo la segunda causa de muerte en adolescentes de 15-19 años, esto constituye el círculo de enfermedad y pobreza. Cada año unos 3 millones de adolescentes de 15-19 años se someten a abortos peligrosos.<sup>1</sup>

Para Colombia, la tasa de embarazo en mujeres entre los 10-14 años es alrededor de 2.7 por cada 1000 mujeres. Una de cada 5 mujeres de 15-19 años ha estado embarazada y una prevalencia de embarazo adolescente del 21.5% predominantemente entre las edades de 16-19 años.<sup>13, 26</sup>

### Carácter sociodemográfico.

Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. El 64% de estos embarazos no fueron planeados, no es raro observarlos fuera del matrimonio, algunas muchachas pueden recibir presión social para contraer matrimonio, cerca del 14% de las menores de 15 años contraen matrimonio y el 30% de las muchachas contraen matrimonio antes de los 18 años.<sup>1,13</sup>

En el mundo, alrededor del 18% de la población está representada por individuos en este rango de edad, cada sub-región tiene procesos de transición demográfica diferenciados: algunos más desarrollados a presentan una menor dinámica de

reproducción y participación. Estos son grupos más jóvenes en la población total, paradójicamente se ha establecido una menor tasa de reproducción en la población más joven como indicador. En los países de América Latina y el Caribe, este grupo de población representa alrededor de 109 millones de personas con una transición demográfica moderada a intermedia en el presente siglo.<sup>27, 28</sup>

La tasa de embarazo en adolescentes (tasa de fecundidad), estadísticamente no se comporta de manera consistente, en los países de América Latina y el Caribe la tasa global de fecundidad indica que el problema tiene profundas raíces culturales sobre el significado del embarazo, la maternidad y la misma adolescencia.<sup>26, 29</sup>

Es importante entender que el rango de edad para el inicio de embarazo adolescente es a los 15 años de edad. Socialmente se espera que ninguna mujer (niña) menor de 15 años presente embarazos. Sin embargo, es una realidad y debe analizarse. Según la metodología empleada se trata de mujeres que hasta los 19 años de edad tengan hijos o embarazos en el momento de la medición, ello incluye a aquellas mujeres que en cualquier edad anterior (incluso antes de los 15 años) reporten hijos nacidos vivos.<sup>26</sup>

En términos estadísticos a mayor edad, menor tasa de fecundidad, pero en el grupo de adolescentes, el porcentaje de embarazos aumenta significativamente en cada año de edad, mientras que el porcentaje de embarazos totales en este rango es de 5.2% en las mujeres menores de 15 años, las mujeres hasta 19 años representan el 38.4% del total.<sup>26</sup>

Los datos de La Asociación Pro bienestar de la Familia Colombiana, demuestra que más de la mitad de las adolescentes, 55.0%, entrevistadas en la Encuesta Nacional de Salud 2010, no tienen ningún nivel educativo formal, la mayoría tampoco alcanza el nivel medio, alrededor del 60.0% pertenecen a los niveles bajo en términos económicos.

Sin embargo, no existe certeza estadística de que la pobreza o el bajo nivel educativo expliquen el mayor riesgo del embarazo en adolescentes quizá por los estratos socioeconómicos altos el problema tenga un tratamiento social y público diferente<sup>26</sup>

En Bucaramanga había 1200 jóvenes en gestación proveniente de cinco colegios de educación media, se destacó la relación embarazo y deserción escolar. El 66.7% no logró terminar sus estudios de secundaria, con mayor dependencia económica de la joven respecto a su familia pues solo el 26.7% de las adolescentes constituyó su propia familia y la gran mayoría vive con subdivisiones familiares, concluyendo que, embarazos a temprana edad causan mayor dependencia económica o promueve el trabajo informal entre las nuevas madres.<sup>29</sup>

### **Factores psicosociales que contribuyen al embarazo.**

Se entiende por un complejo de problemas de morbi-mortalidad específica de los adolescentes en relación con la tradición cultural de la población, su situación de riesgos psicosociales, estructura familiar, economía del entorno del adolescente, condiciones de salubridad, acceso a educación, información y comunicación.<sup>26, 30</sup>

### **Factores sociales.**

Son etapas de dificultades en el ámbito de la conducta y del aprendizaje, especialmente relacionada con la indisciplina, la rebeldía injustificada y la equivocación acelerada. Al mismo tiempo, es considerada etapa de concesiones al individuo, como etapa de moratoria.<sup>26</sup>

Existen condiciones sociales y culturales que definen aspectos centrales como el desarrollo del sujeto: construcción del proyecto de vida, conflicto generacional por diferentes aspiraciones, contextos de socialización, estrés emocional, incluso ser niño y ser adulto en una sociedad en particular.<sup>26</sup>

Los cambios sociales influyen al ciclo vital, ponen de manifiesto un conflicto por la manera como construye la adolescencia en una etapa problemática, que requiere de mecanismos de regulación e intervención directa, involucran tanto al Estado como a diversas organizaciones sociales.<sup>30</sup>

La valoración de embarazo como un problema de salud pública, debe prevenirse por las consecuencias médicas individuales<sup>21</sup> y su extensión como problema en las esferas familiares, económicas y sociales que conlleva a homogeneizar a todas las adolescentes madres.<sup>31</sup>

La contabilidad de embarazos en adolescentes, es reciente en las mediciones sociales, el propio tema de maternidad en la adolescencia es utilizada como argumento, a menor tasa de fecundidad en adolescentes mejor nivel de salud sexual y reproductiva tiene una población en particular. Si bien es muy importante contar con mediciones periódicas y específicas, necesarias para contextualizar esas mediciones en la cultura a que hacen referencia.<sup>26, 27</sup>

Las situaciones de crisis humanitaria y los entornos frágiles, afectan a la salud de los adolescentes. Los jóvenes deben asumir responsabilidades de los adultos y tienen que trabajar o cuidar de sus hermanos. También se pueden ver obligados a abandonar la escuela para casarse, mantener relaciones sexuales a cambio de dinero para satisfacer sus necesidades básicas de supervivencia. Todo ello puede causar malnutrición, lesiones involuntarias, embarazos no deseados, enfermedades diarreicas, agresiones sexuales, enfermedades de transmisión sexual y problemas de salud mental.<sup>32</sup>

Se demostró que existe asociación causal entre los factores dependientes de la vida familiar y personal de las adolescentes y la incidencia de gestaciones precoces.

El no tener relaciones adecuadas con los padres, no recibir apoyo espiritual y económico de la pareja, no mantener relaciones estables de pareja, no conversar

con los padres aspectos de sexualidad y reproducción fueron factores que al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto sobre la población expuesta.<sup>33</sup>

### **Factores dependientes de la vida familiar.**

La familia desempeña un papel esencial en la salud y enfermedad. Esta se origina de una pareja, formando el subsistema conyugal, cualquier cambio en este puede influir en los miembros que la integran, afectando la salud de los mismos. La calidad de relación familiar se observa mediante la forma de compartir intereses, valores, objetos y punto de vista, así como las vivencias expresadas sobre la relación.<sup>34</sup>

Las relaciones familiares son cambiantes debido al paso del tiempo y a factores familiares como: el tipo de relación de pareja, existencia de hijos, etapas del ciclo vital familiar, transición entre etapas y algunos acontecimientos vitales estresantes relacionados con la disfunción familiar. La familia tiene importantes repercusiones públicas, tanto en el campo social, laboral y clínico como en el educativo.<sup>34</sup>

### **Tipos de educación recibida por los padres.**

Rígida: se considera aquella que los adolescentes transcurrieron los primeros años de vida, en un clima familiar donde predomina la tensión, temor, frustración y desconfianza por inadecuada relación emocional entre los integrantes de la familia.

Tolerante: se considera aquella que se desarrolla en un clima desfavorable basado en exceso de cariño y preocupación por ambos cónyuges, abuelos u otros familiares que producen actitudes desde la temprana infancia, donde el joven espera demasiado, lo que obstaculiza el desarrollo de la capacidad de amar.

Adecuada: se considera aquella que el joven desarrolla en una atmósfera de confianza, seguridad, amor y protección lo que le transmite una experiencia positiva y un adecuado desarrollo de su personalidad.<sup>33</sup>

**Convivencia con los padres.** Se refiere al hecho que la joven creció con el cuidado y protección de los padres dentro del hogar, dividiéndose en: Las que conviven con los padres son el grupo no expuesto. Las que no conviven con los padres son el grupo expuesto.

- *Relaciones con los padres.*

Relación adecuada: relación armónica entre padres e hijos, en una atmósfera de solidaridad y respeto en el seno familiar, una buena comunicación entre sus integrantes que garantizaran un desarrollo integral. Los jóvenes en esta condición forman el grupo no expuesto.

Relación inadecuada: cuando la población estudiada no mantiene esta relación con sus padres, constituye el grupo expuesto.<sup>33</sup>

- *Conversación con los padres sobre los aspectos de la sexualidad y la reproducción.*

Es preciso la existencia de comunicación entre jóvenes y padres, en los aspectos de sexualidad manteniendo un intercambio en todos los aspectos referentes a la misma, esto permite alcanzar la confianza necesaria para mejorar la posibilidad de gestación, se solicita la cooperación para decidir lo correcto. Las gestantes adolescentes con este tipo de relación afectiva se agruparon en las no expuestas, mientras que el resto constituyeron el grupo expuesto.<sup>33</sup>

- *Factores dependientes de la vida personal.*

Responsabilidad de la pareja.

Hace referencia a responsabilidades individual donde el varón tiene conciencia de su actuación reconociendo su error, tomando decisiones independientes en pleno conocimiento de la consecuencia de sus actos y su preocupación como pareja, además de brindar apoyo espiritual y económico a la gestante adolescente.

Esta variable se dividió en: las que su pareja no tenía responsabilidad en la relación y no tenían pareja, grupo expuesto y las que su pareja tenía responsabilidad en la relación, grupo no expuesto.<sup>33</sup>

### ***Uso de anticonceptivos.***

El problema objeto de estudio, representa el uso de algún método anticonceptivo para evitar una gestación no deseada, dividiéndose su uso en: las que no utilizaban anticonceptivos, grupo expuesto y las que utilizaban anticonceptivos, grupo no expuesto.<sup>33</sup>

- *Estabilidad en la relación de pareja.*

Se considera estable cuando existe una relación afectiva e íntima de manera mantenida independiente de estar legalizada o no. Las adolescentes con esta condición, constituyen el grupo no expuesto a diferencia de las que presentaban inestabilidad en su relación o negaron tener pareja que conformaron el grupo expuesto.

- *Promiscuidad.*

En este atributo se tiene en cuenta aquellas personas y grupos de personas en estado de salud aparente que su comportamiento sexual pudiera aumentar la probabilidad de tener una gestación en edades tempranas de la vida, clasificándose dichas variables en:

- Promiscuas: todas aquellas adolescentes que independientemente de su estado civil refirieron relaciones sexuales simultáneamente o sucesivamente con más de un compañero sexual constituyen el grupo expuesto. El grupo expuesto, en los aspectos de la vida familiar y personal de adolescentes contribuye al embarazo precoz. Al actuar sobre ellos lograríamos un mayor impacto en la población afectada.<sup>33</sup>

- No promiscuas: las féminas que no presentaron este comportamiento conforman el grupo no expuesto.<sup>33</sup>

La sexualidad es una importante dimensión en la vida humana, fuente permanente de comunicación, afecto y satisfacción, influye de manera diferente en el estado de salud de cada persona. Para lograr una sexualidad placentera y enriquecedora es preciso diferenciar de manera consciente la función sexual y la reproductiva; la primera es más importante en pleno derecho a la felicidad y la segunda es objeto de interés específico, en muy pocas ocasiones repercute negativamente en la educación integral del ser humano.

En diversos países europeos hay buenos resultados de educación basada en confianza y desarrollo de aptitudes naturales entre la sexualidad de hembras y varones. Los mismos han experimentado la desnudez como algo natural y evidente tanto de la familia como en el círculo infantil.<sup>35</sup>

### Factores Psicológicos

En una sociedad represiva la sexualidad pasa a ser fuente de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial. Esta insatisfacción sexual no se tolera y causa separación de parejas. Se considera que el embarazo adolescente es multifactorial, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin compartir las mismas características.<sup>36</sup>

Los factores psicológicos de adolescentes, los involucran en relaciones sexuales por razones no sexuales, sus valores asociados al sentimiento de rechazo hacia las figuras de autoridad, las realizan como un medio de satisfacer aquellas necesidades afectivas. También se han encontrado factores de personalidad que afectan el embarazo adolescente como: dificultad para establecer metas apropiadas, gratificación por sus logros, escasa tolerancia a la frustración, labilidad emocional, falla en el control de impulsos, afectividad empobrecida y escaso nivel de madurez emocional.

Otro factor de personalidad es la presencia de autoestima disminuida, por esas razones buscan en el sexo llenar una necesidad de autoafirmación.

Las relaciones sexuales pueden iniciarse por las siguientes razones:

- a) Por accidente o sin estar planeado, el juego sexual puede concluir en una relación completa
- b) Presiones de grupo: tanto los varones como las muchachas pueden verse presionados a tener relaciones sexuales para no sentirse excluidos del grupo, esto puede conllevar a un embarazo no deseado.
- c) Necesidad de reafirmación de sí mismo: En la búsqueda de su identidad, necesita probarse y despejarse dudas en cuanto a su capacidad de responder y provocar sexualmente.
- d) Fantasía de alcanzar la madurez y adultez: Muchos jóvenes tienen la creencia de que tener relaciones sexuales implica inmediatamente ser adulto y lograr respeto de los demás, ignorando las consecuencias.<sup>37</sup>

Dentro de otras causas psicológicas se mencionan:

- Desear tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
- Para conseguir un marido que las acompañe y ayude a sobrevivir económicamente.
- Para castigar a los padres por su incompreensión.
- Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
- Agradar al novio.<sup>36</sup>

Los múltiples cambios que viven los adolescentes, los ponen en una situación de riesgo y conducta sexual precoz. Un pensamiento deductivo aún no desarrollado en las primeras etapas de la adolescencia, los sentimientos de invulnerabilidad, omnipotencia y egocentrismo, un adolescente que busca experiencias nuevas como separarse de su familia. Un incompleto desarrollo de su identidad, en este

momento no puede prever consecuencias de sus actos, ni anticiparse a los resultados de su conducta.<sup>37</sup>

### **Depresión**

La depresión es un trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Puede diagnosticarse de forma fiable y puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.<sup>38</sup>

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Hollon y Beck (1979), definen la depresión como el síndrome que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.

Para algunos autores, los síntomas depresivos en adolescentes son: aburrimiento, fatiga, nerviosismo, falta de concentración, llamadas de atención, conducta sexual anárquica, hipocondría y agresividad (Weiner H. Glaser D. Malmquist C.P.) Toolan, M. (1.996) sin embargo, son trastornos del comportamiento: desobediencias, faltas injustificadas a clase, cólera, fugas injustificadas, auto destructividad, tendencias masoquistas, predisposición a los accidentes y conceptos (agresividad, problemas escolares e inestabilidad) citados por Bakwin H. en 1956. Existe un infra diagnóstico de la depresión en la adolescencia, debido a interpretación de variabilidad de los estados de ánimo como cambios hormonales propios de esta etapa.<sup>39</sup>

A partir de 1974, la OMS empieza a prestar atención a la temática de salubridad adolescente, plantea que, el embarazo en adolescentes es un problema creciente de importancia, debido a que constituyen un fenómeno de gran impacto social que genera graves consecuencias en la salud individual, familiar y colectiva.

Las cifras provenientes del Fondo para la Población de las Naciones Unidas, menciona que el embarazo en adolescentes representa más del 10% de todos los nacimientos en el mundo. En los Estados Unidos de Norteamérica, presenta anualmente más de medio millón de embarazos en adolescentes. Para 1996 en Canadá se embarazaron alrededor de cuarenta mil adolescentes. En Europa las cifras mayores corresponden a Alemania y Gran Bretaña.<sup>40</sup>

Un embarazo en la etapa temprana de la adolescencia se caracteriza por inmadurez biológica, incapacidad para cuidar un hijo(a) y formar una familia. Sin embargo, no existen bases para asumir que todos los embarazos no son deseados, o no planeados, es común encontrar menores cuyo embarazo significa la salida de un hogar descompuesto, las adolescentes que reciben maltrato o rechazo constante. Las jóvenes en situación de embarazo se enfrentan a un entorno adverso: el rechazo familiar, expulsión de la escuela o pérdida de la red social de amistades, con la consecuente depresión, aislamiento y baja autoestima.<sup>41</sup>

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un auto informe de lápiz y papel compuesto por 21 ítems. El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. De hecho, es el quinto test más utilizado por los psicólogos españoles (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010). Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de pacientes psiquiátricos con depresión.

El BDI-II ha experimentado algunas modificaciones respecto a las versiones anteriores para representar mejor los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos recogidos en DSM-IV y CIE-10 (<biblio>). La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión\*

Estos altibajos son considerados normales..... 1-10

Leve perturbación del estado de ánimo.....11-16

Estados de depresión intermitentes. .... 17-20

Depresión moderada. ....21-30

Depresión grave. ....31-40

Depresión extrema. ....+ 40

Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

## **Ansiedad**

Los trastornos de ansiedad son la patología psiquiátrica con tasas más altas de prevalencia en los adolescentes, afectando de 9-21% de la población general. El miedo y la ansiedad son reacciones normales de defensa ante el estrés ambiental, no obstante, cuando esa reacción es desproporcionada en intensidad y en frecuencia, limita la actividad diaria del sujeto y se convierte en un trastorno psiquiátrico.

Los trastornos de ansiedad abarcan los siguientes tipos:

- Ansiedad a la separación.
- Ansiedad generalizada.
- Fobias simples, la fobia escolar y la fobia social.
- El trastorno obsesivo-compulsivo.
- El trastorno de estrés postraumático.

La ansiedad se define como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer, alarma y molestia. Se trata, por lo tanto, de una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno. Esta entidad pone en curso una sobre activación del sistema nervioso que puede provenir de problemas endógenos o exógenos momentáneos, resultando una activación del sistema simpático y endocrino al secretarse hormonas provenientes de las glándulas suprarrenales. Así, la combinación de la activación del sistema simpático con la segregación de adrenalina genera los signos de ansiedad.<sup>42, 43</sup>

## Diseño metodológico

### - Tipo y diseño general del estudio.

El estudio realizado fue analítico de corte transversal sobre la prevalencia y factores psicosociales que se asocian al embarazo en adolescente del sector urbano del municipio Larreynaga-Malpaisillo en el periodo de Marzo - Diciembre 2018.

### - Población de estudio

La población de estudio se basó en toda mujer adolescente que estuvieran o no embarazada entre los 10-19 años de edad, que habitan en el casco urbano de este municipio, se estudiaron los resultados de las fichas de recolección de datos a partir de la información proveniente de las participantes. En total según los registros del censo de adolescentes del municipio, proporcionado por el centro de salud Fanor Urroz, incluyo un total de 681 mujeres adolescentes en el casco urbano.

### Criterios de inclusión

- Todas las adolescentes que habitan en el casco urbano del municipio Larreynaga - Malpaisillo
- Adolescentes que fueran originarias de otros municipios pero que tuvieran más de 2 años de habitar en el área urbana de la población a estudio.
- Que tanto el tutor como ella misma firmaran su consentimiento informado puesto que era una población vulnerable y menor de edad.
- Pacientes asistentes e inasistentes inscritas en el C/S Fanor Urroz.
- De cualquier nivel educativo (a mujeres analfabetas se les leerá el instrumento)

### Criterios de exclusión:

- Todas aquellas adolescentes que cumplieran con las edades comprendidas, que pertenecieran al municipio de estudio, que hubieran firmado el tutor y ella misma el consentimiento para la encuesta pero que no contaran con las facultades mentales adecuadas para contestar, puesto que daría datos

falsos o incompletos para el análisis.

## **Selección y tamaño de la muestra.**

### **Muestra**

Se calculó en base al programa EPI INFO 7 StatCalc con una población de 681 adolescentes con una frecuencia esperada referente de 18% en América latina según la OMS<sup>1</sup> con un intervalo de confianza del 95%, un margen de error del 5% obteniendo de esa manera una muestra de 170 adolescentes. A dicho número se decidió aumentar el 10% para compensar las no respuestas o no aceptación de la adolescente para la aplicación de la encuesta, quedando una muestra total de 187 adolescentes.

### **Muestreo**

Para el muestreo se tuvo que el municipio Larreynaga- Malpaisillo en el sector urbano se encuentra estructurado por 9 barrios (Mario José Pereira, Walter Ferreti, Pancasan I, Pancasan II, Cayetano Sánchez, Erasmo Cuadra, Raúl Salgado, Pedro Ortiz y Alcides Padilla) entre los cuales se dividió el tamaño de la muestra (187 adolescentes) para obtener una cuota fija equitativa por cada barrio correspondiente a 20 adolescentes cada uno. (Ver Figura 1)

Una vez obtenida la cuota fija se utilizó un muestreo probabilístico donde todas las adolescentes tuvieran igual posibilidad de participación y de esta forma la muestra estudiada fuera significativo.

Se utilizó el método “Random Walk” donde en todos y cada uno de los barrios se inició el llenado en la esquina Noreste del mismo y se aplicó la encuesta por cada tres casas, sin cruzar de calle y hasta completar la cuota de adolescentes establecidas. En caso de que en la casa seleccionada (una de cada tres) la adolescente no se encontrara, se dejó la vivienda marcada y pendiente de encuestar, regresando en una segunda visita. Si en la casa no habitaba ninguna adolescente se continuó con el mismo procedimiento y se buscó otra participante en las tres casas posteriores; si habitaba más de una adolescente por casa, se seleccionó a aquella cuya fecha de cumpleaños fuera la más cercana a la fecha

de la aplicación del formato de encuesta.

### **Fuentes de datos**

Se tomaron como referencia fuentes primarias obtenidas directamente de las encuestas aplicadas a las adolescentes de las cuales se obtuvieron los diversos factores psicosociales asociados.

### **Procedimiento para la recolección de datos e instrumento de recolección.**

Se realizó una carta dirigida a las autoridades del Centro de Salud Fanor Urroz de Malpaisillo para solicitar datos estadísticos poblacionales del casco urbano, así mismo identificar la población expuesta y hacer énfasis en población adolescente que haya cursado con embarazo en dicho periodo con el fin de evitar sesgos de información (Ver anexo 1).

Los encuestadores iniciaron desde el extremo noreste del municipio y culminaron hasta el extremo sur. Una vez situado en la vivienda de la adolescente, Los entrevistadores fueron debidamente capacitados e identificados, portando la gabacha y carnet estudiantil para transmitir la importancia del estudio y confianza a las participantes. Se explicó sobre el propósito del estudio que es académico y sobre los beneficios que podría aportar en el futuro, reduciendo los embarazos a temprana edad. Una vez dicho eso se le invito a participar en el estudio por medio de una encuesta que previamente fuera aceptada y firmada por su tutor y por ella misma. (Ver anexo 2).

El Instrumento de recolección (ver Anexo 3), estuvo estructurado por características sociodemográficas en las cuales se abordaron: (edad, nivel escolar, estado civil etc.) Factores sociales asociados (tipo de familia, incidencia de embarazos en adolescente en la familia, etc.) alteraciones psicológicas que condicionan el embarazo [depresión, autoestima, ansiedad.] (Ver anexo 4 y 5)

El instrumento de recolección se sometió a una prueba piloto con 20 adolescentes del casco urbano del departamento de León, escogidas de manera aleatoria para probar la claridad de las preguntas y comprensión de las participantes, con el

objetivo de mejorarlo para una aplicación más eficaz.

A su vez se pudo estimar el tiempo de aplicación de la encuesta que comprendió un periodo aproximado entre 10-15 minutos por cada adolescente encuestada.

De igual forma los encuestadores se reunieron para supervisar y revisar los conceptos abordados en el instrumento de recolección y después de garantizar la unificación de términos, adquisición de información completa, y confirmada para evitar sesgos de confusión al momento del análisis de datos.

Para evitar el sesgo de información se dejó en claro al tutor en qué consistía la encuesta, para ello se explicó cada acápite de la misma, así mismo se informó del requerimiento de su autorización y espacio libre para el binomio encuestada- entrevistador y evitar que la adolescente pudiera ocultar respuestas por temor a los padres y a su vez evitar la intervención de ellos en las respuestas.

- **Plan de análisis.**

Posteriormente las fichas de datos se organizaron por fecha de recolección y código, con estas fichas se realizó una base de datos en el programa software SPSS versión 22.0. Se introdujeron los datos al programa de forma cuidadosa por un solo integrante garantizando la introducción correcta, y evitando la confusión entre cada ficha, Luego se hizo una depuración y limpieza de la base de datos escogiendo una encuesta aleatoria y verificando un llenado correcto de los datos.

El análisis de los datos se llevó a cabo con el mismo orden que lo indican los objetivos de forma que tendríamos lo siguiente:

- a) Las características generales de la población adolescente se analizaron mediante la prueba de frecuencia absoluta y porcentaje.
- b) Luego las características de la población adolescente embarazada utilizando las mismas dos pruebas anteriores.
- c) Para la identificación de los factores asociados se utilizó la prueba de Ji cuadrado considerando su valor de  $P < 0,05$ . Además, se calculó la razón de prevalencia de dichos factores con un intervalo de confianza del 95%. (IC95%).

- d) La prevalencia de embarazos en adolescentes se obtuvo al dividir la cantidad de embarazadas encontradas aleatoriamente entre la población total estudiada que constituye 187 mujeres adolescentes y posteriormente multiplicada por cien.
- e) Se analizaron los resultados de los test de depresión de Beck y el cuestionario de GADI para medir los niveles de depresión y ansiedad respectivamente según los parámetros plasmados en la operacionalización de variables.
- f) Por último, se calculó el OR crudo y ajustado mediante la regresión logística pero, estos resultados no se mostraron porque no se encontró significancia estadística entre los factores psicosociales.

**- Consideraciones éticas:**

Primeramente, se dirigió una carta de solicitud al centro de salud del municipio para el director, con el fin de obtener los datos sobre cantidad de adolescentes mujeres que habitan en el municipio. Se realizó un consentimiento informado (Ver anexo 2) con el compromiso de no revelar la identidad de las participantes ni sus procedencias específicas y evitar dañar la integridad psicológica de estas (susceptibilidad de la población a estudio por ser menores de edad y presentan vulnerabilidad las embarazadas según los criterios de Helsinki.) o sus familiares.

Nos limitamos al estudio descriptivo para valorar la prevalencia de embarazos en adolescentes y factores psicosociales asociados al mismo. Se les informo sobre la importancia de su participación y los beneficios a largo plazo en los que podrían ayudar a contribuir para evitar embarazo a temprana edad. (Ver anexo 2)

### Operacionalización de variables

Variable	Concepto	Escala
Edad en años de la adolescencia	Comprende el periodo de vida de la primigestas adolescente entre los 10 a 19 años y se divide en adolescencia temprana, media y tardía.	- Adolescencia Temprana 10-13 años - Adolescencia media 14-16 años. - Adolescencia tardía 17-19
Procedencia	Área donde residen las personas de forma permanente	-Mario José -Walter Ferreti -Pancasan I -Pancasan II -Cayetano Sánchez -Erasmus Cuadra -Raúl Salgado -Pedro Ortiz -Alcides Padilla
Estado civil	Estado conyugal al momento de la entrevista	-Soltera -unión estable -casada
Ocupación	Labores cotidianos de la adolescente al momento de la entrevista	-Estudiante -Ama de casa -Domestica -Comercio
Nivel educativo	Es el grado o nivel académico aprobado por la adolescente en la actualidad	-Analfabeta -Primaria incompleta -Primaria completa -Secundaria Incompleta -Secundaria completa -Técnico medio -Universidad

Prevalencia y factores psicosociales asociados al embarazo de las adolescentes en el sector urbano del municipio Malpaisillo.

IVSA	Es el inicio de la vida sexual activa de la mujer adolescente. Hace énfasis al primer contacto sexual en la vida. Para este estudio la catalogaremos en temprana, media o tardía.	-IVSA temprana: 10-13 años -IVSA media: 14-16 años -IVSA tardía: 17-19 años
Antecedente de embarazo adolescente	Edad del primer embarazo antes de los 19 años en la madre o hermana de la adolescente	-Si -No
Embarazo adolescente	Es toda aquella adolescente que este o no este cursando con un embarazo actual	-Si -No
Embarazo deseado	Conformidad de la adolescente embarazada respecto a la gestación en curso	-Si -No
Intento de aborto	Intención imaginada o practica de interrupción del embarazo antes de su periodo completo	-Si -No -No aplica
Intento de suicidio	Intención de auto privación de la vida al enfrentarse a la situación de embarazo	-Si -No -No aplica
Tipo de familia	Medio ambiente donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable que promueva el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Según percepción de la adolescente.	-Familia funcional -Familia disfuncional
Relación familiar	Interacción socio-afectiva que procura la mantención de un equilibrio, se expresan en subsistencia interdependientes entre la relación que tienen los miembros de la pareja en función de los hijos. Según percepción de la adolescente.	-Buena - Mala
Soporte económico	Estado económico de la familia en que habita. Según la percepción de la adolescente.	-Bueno -Malo

Prevalencia y factores psicosociales asociados al embarazo de las adolescentes  
en el sector urbano del municipio Malpaisillo.

Proyecto de vida	Es la acción siempre abierta y renovada de superar el presente y abrirse camino hacia el futuro a la conquista de ella misma y del mundo en que vive.	-Construcción de proyecto de vida -conflicto para generar proyecto de vida														
Autoestima	Valoración que tiene la persona acerca de la concepción de sí misma, de la imagen que el sujeto tiene de sí, como cree que es y de los que otros piensan de él, es el grado de satisfacción que el individuo manifiesta de sí mismo. Según la percepción de la encuestada.	-Buena -Mala														
Estado psicológico	Depresión: es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	<table> <thead> <tr> <th>Puntuación</th> <th>Nivel de depresión</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Normal.....</td> <td>1-10</td> </tr> <tr> <td>Leve perturbación del esta.....</td> <td>11-16</td> </tr> <tr> <td>Depresión intermitentes.....</td> <td>17-20</td> </tr> <tr> <td>Depresión moderada.....</td> <td>21-30</td> </tr> <tr> <td>Depresión grave.....</td> <td>31-40</td> </tr> <tr> <td>Depresión extrema.....</td> <td>+40</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Nivel de depresión	Normal.....	1-10	Leve perturbación del esta.....	11-16	Depresión intermitentes.....	17-20	Depresión moderada.....	21-30	Depresión grave.....	31-40	Depresión extrema.....	+40
Puntuación	Nivel de depresión															
Normal.....	1-10															
Leve perturbación del esta.....	11-16															
Depresión intermitentes.....	17-20															
Depresión moderada.....	21-30															
Depresión grave.....	31-40															
Depresión extrema.....	+40															
Estado psicológico	Ansiedad: es un signo emocional que acompaña todos los aspectos de la vida y que al encontrarse en un monto excesivo puede provocar alteraciones en la salud.	<table> <tbody> <tr> <td>Bajo nivel de ansiedad.....</td> <td>0-22</td> </tr> <tr> <td>Nivel de ansiedad normal.....</td> <td>23-44</td> </tr> <tr> <td>Nivel de ansiedad elevado....</td> <td>44-66</td> </tr> <tr> <td>Nivel de ansiedad muy alto...</td> <td>66-88</td> </tr> </tbody> </table>	Bajo nivel de ansiedad.....	0-22	Nivel de ansiedad normal.....	23-44	Nivel de ansiedad elevado....	44-66	Nivel de ansiedad muy alto...	66-88						
Bajo nivel de ansiedad.....	0-22															
Nivel de ansiedad normal.....	23-44															
Nivel de ansiedad elevado....	44-66															
Nivel de ansiedad muy alto...	66-88															

## Resultados

1. En cuanto a las principales características sociodemográficas de la población adolescente del municipio de Malpaisillo, se encontró que el 62.6% del total de adolescentes estaban en adolescencia tardía, estaban solteras, manifestaron como labor cotidiana ser estudiante y el 47.1% alcanzo una secundaria incompleta, (Ver tabla 1).

**Tabla 1. Distribución porcentual de las Características sociodemográficas de las adolescentes del municipio Larreynaga - Malpaisillo en el periodo marzo 2018-diciembre 2018. (N=187).**

Variabes sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad de la adolescente según grupo.</b>		
Adolescencia temprana 10-13 años	29	15.5
Adolescencia media 14-16años	41	21.9
Adolescencia tardía 17-19 años	<b>117</b>	<b>62.6</b>
<b>Procedencia</b>		
Mario José	21	11.2
Walter Ferreti	21	11.2
Pancasan I	21	11.2
Pancasan II	21	11.2
Cayetano Sánchez	21	11.2
Erasmus Cuadra	21	11.2
Raúl salgado	21	11.2
Pedro Ortiz	20	10.7
Alcides padilla	20	10.7
<b>Estado civil</b>		
Soltera	<b>148</b>	<b>79.1</b>
Unión estable	34	18.2
Casada	5	2.7
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	<b>157</b>	<b>84</b>
Ama de casa	27	14.4
Domestica	2	1.1
Comercio	1	0.5
<b>Escolaridad</b>		
Primaria incompleta	11	5.9
Primaria completa	11	5.9
Secundaria incompleta	<b>88</b>	<b>47.1</b>
Secundaria completa	48	25.7
Técnico medio	4	2.1
Universidad	25	13.4

2. La prevalencia de embarazo en adolescentes del Municipio Larreynaga Malpaisillo de marzo- diciembre del 2018 fue 18.7%, de una población de 187.

Dentro de las características de las adolescentes embarazadas se encontró mayor frecuencia en la adolescencia tardía (29) estado civil en unión estable (24), amas de casa (20), IVSA media (19), embarazo deseado (19), secundaria incompleta (13) y otros factores psicosociales y preconceptionales, (Ver tabla 2)

**Tabla 2. Distribución porcentual de las características sociodemográficas y preconceptionales en población adolescente embarazada del municipio Larreynaga-Malpaisillo Marzo-diciembre 2018, (N= 35)**

Características de las embarazadas	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Edad de la adolescente</b>		
Adolescencia temprana 10-13 años	2	5.7
Adolescencia media 14-16 años	4	11.4
Adolescencia tardía 17-19 años	<b>29</b>	<b>82.8</b>
<b>Estado civil</b>		
Soltera	7	20
Unión estable	<b>24</b>	<b>68.5</b>
casada	4	11.4
<b>Ocupación</b>		
estudiante	13	37.1
Ama de casa	<b>20</b>	<b>57.1</b>
domestica	2	5.7
<b>Nivel educativo</b>		
Primaria incompleta	5	14.2
Primaria completa	1	2.85
Secundaria incompleta	<b>13</b>	<b>37.1</b>
Secundaria completa	10	28.5
Técnico medio	1	2.85
Universidad	5	14.2
<b>IVSA</b>		
IVSA temprana 10-13 años	6	17.1
IVSA media 14-16 años	<b>19</b>	<b>54.2</b>
IVSA tardía 17-19 años	10	28.5
<b>Embarazo deseado</b>		
Si	19	54.2
No	16	45.7

3. Los factores psicosociales evaluados no se asociaron al embarazo en las adolescentes, en estos no se incluye el intento de suicidio puesto que la población afirmo de manera unánime negarse a realizarlo. Mostrando que no hubo relación estadísticamente significativa. Se realizó regresión logística para valorar variables confusoras entre ellas mismas, mediante el cálculo del OR ajustado y ninguno mostró ser estadísticamente significativo. A pesar de los resultados anteriores se observaron porcentajes que llaman la atención en esta población estudiada así como el mal soporte económico (21.4%), el antecedente de embarazo en adolescente de la familia (19.1%), la mala relación familiar (19.1%). (Ver tabla 3)

**Tabla 3. Factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes del casco urbano del municipio de Larreynaga-Malpaisillo del periodo marzo-diciembre 2018. (N=187).**

Factor psicosocial	Embarazo adolescente		Total de adolescentes		Valor de P	RP	IC95%	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%				
<b>Antecedente de embarazo adolescente en la familia</b>								
si	<b>27</b>	<b>19.1</b>	141	<b>75</b>	<b>0.070</b>	<b>1.10</b>	0.538	2.252
no	8	17.4	46	25				
<b>Tipo de familia</b>								
Familia disfuncional	<b>27</b>	<b>19.1</b>	141	<b>75</b>	<b>0.070</b>	<b>1.10</b>	0.538	2.252
Familia funcional	8	17.4	46	25				
<b>Relación familiar</b>								
mala	<b>7</b>	<b>24.1</b>	29	<b>15</b>	<b>0.663</b>	<b>1.36</b>	0.658	2.819
buena	28	17.7	158	85				
<b>Soporto económico</b>								
Malo	<b>18</b>	<b>21.4</b>	84	<b>45</b>	<b>0.737</b>	<b>1.29</b>	0.715	2.358
Bueno	17	16.5	103	55				

**Continuación Tabla 3. Factores psicosociales asociados al embarazo en adolescentes del casco urbano del municipio de Larreynaga-Malpaisillo del periodo marzo- diciembre 2018. (N=187).**

<b>Proyecto de vida</b>								
Conflicto para generar proyecto de vida	<b>6</b>	<b>25.0</b>	24	<b>13</b>	<b>0.715</b>	<b>1.40</b>	0.652	3.027
Construcción de proyecto de vida.	29	17.8	163	87				
<b>autoestima</b>								
mala	<b>4</b>	<b>26.7</b>	15	<b>8</b>	<b>0.678</b>	<b>1.48</b>	0.603	3.631
buenas	31	18.0	172	92				
<b>Depresión</b>								
con depresión	<b>8</b>	<b>15.7</b>	51	<b>27</b>	<b>0.423</b>	<b>0.79</b>	0.384	1.624
Sin depresión	27	19.9	136	73				
<b>Ansiedad</b>								
con ansiedad	<b>1</b>	<b>11.1</b>	9	<b>5</b>	<b>0.359</b>	<b>0.58</b>	0.145	5.447
sin ansiedad	34	19.1	178	95				

## Discusión

La prevalencia de embarazo en la adolescencia fue alta y en contraste con las demás fuentes existe cierta variedad; la OMS afirma que el 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen en la adolescencia. En cambio, el estudio realizado en Perú afirma que la prevalencia esta alrededor del 13%, en Ecuador la prevalencia varia ligeramente siendo de 10.5% de tal manera que puede decirse que en el estudio aplicado en Malpaisillo es el que presenta la prevalencia más alta.<sup>1, 6, 16.</sup>

De acuerdo con las características sociodemográficas de las adolescentes embarazadas estudiadas se encontró que el grupo etario predominante en contraer embarazo fue la adolescencia tardía. Dicho grupo es el principalmente relacionado a embarazo puesto que tiene mayor probabilidad de inicio de vida sexual activa a medida que aumenta la edad de las adolescentes. Esto coincide con los datos publicados por la OMS en su última actualización, asimismo concuerda con el estudio realizado por FUNIDES (Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social) desde 2006 donde a pesar de la reducción en la fecundidad global de mujeres nicaragüenses durante las últimas décadas, aún persisten altas tasas de fecundidad en adolescentes en dicho rango, a su vez encaja con otras investigaciones realizadas en Perú, Costa rica, México y España.<sup>1, 6, 8, 10.</sup>

En estado civil las adolescentes embarazadas en su mayoría se encontraron en unión estable, a diferencia de la población adolescente no embarazada que cursaba soltera. Debido a dicha unión libre hay mayor probabilidad de tener precozmente un segundo embarazo, alta paridad y pocas probabilidades de matrimonio debido a poca experiencia en las adolescentes. Esto coincide con el estudio de la Universidad de Cuenca en Ecuador; por una revisión realizada a nivel nacional en el Hospital de Estelí y otros países centroamericanos que muestran porcentajes bastante similares y donde este tipo de unión es bastante consensuada.<sup>7, 8, 9, 15, 36, 37</sup>

En la mayoría de adolescentes embarazadas, la ocupación que desempeñaban era ama de casa, con un mínimo porcentaje de trabajo remunerado, al igual que un estudio en Estelí sobre los factores biológicos, preconceptionales y socio-demográficos presentes en las embarazadas. Eso mismo las obliga a abandonar sus estudios, influyendo en su nivel de escolaridad y alcanzando como máximo una secundaria incompleta, con poca oportunidad de empleo, abandono de la familia, dependencia económica y rechazo social, ocurriendo esto aproximadamente en el 63% de las embarazadas que no estudian ni trabajan, afirma FUNIDES. <sup>8, 27, 32.</sup>

Un alto porcentaje de estas adolescentes tiene un inicio de vida sexual activa durante la adolescencia media, esto representa un hallazgo bastante común en la actualidad, en uno de sus artículos la universidad de medicina de costa rica, refleja que la actividad sexual temprana en la adolescencia, representa un problema de salud pública por las consecuencias que conlleva, como el embarazo adolescente, el aumento de las infecciones de transmisión sexual, y los problemas familiares, económicos y sociales que se generan.<sup>44</sup>

Más de la mitad de las adolescentes que resultaron con embarazo aseguraron haberlo planeado. La OMS plantea que algunas adolescentes planean y desean su embarazo. Los embarazos en la adolescencia son más probables en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. En algunos países, los embarazos fuera del matrimonio no son raros, porque no saben cómo evitar el embarazo, pues en muchos de ellos no hay educación sexual. <sup>1, 17, 32.</sup>

No obstante en nuestro medio a pesar de la promoción de los diferentes métodos anticonceptivos se considera que no hay una aceptación total de ello, probablemente por la negativa de los adultos a aceptar la anticoncepción de las adolescentes, factores culturales, religiosos, problemas de oferta de servicios dirigidos a jóvenes, problemas de personal entrenados para abordaje de los adolescentes, entre otros factores. También participan factores como regular a baja autoestima, la utilización del tiempo libre en actividades sedentarias no les

permite formar un adecuado proyecto de vida y prepararse para el desempeño de funciones sociales, así como desarrollar un juicio crítico de los riesgos para prever el embarazo y sus consecuencias psicosociales.

Ninguno de los factores psicosociales que se estudiaron mostró una relación estadísticamente significativa con el embarazo en adolescentes, por lo contrario la mayoría de los estudios concuerda en que dichos factores si influyen en la prevalencia de embarazo en estas edades.

Esta contradicción podría estar relacionada a que en el contexto de la población de estudio (Larreynaga - Malpaisillo) los factores psicosociales no sean muy determinantes para las adolescentes al contraer un embarazo. Puesto que el ámbito psicosocial depende en su mayoría de la psiquis de cada individuo y es un proceso dinámico y subjetivo de manera que no todas las poblaciones adolescentes responden con igual magnitud ante dicha problemática.

Otra posible explicación sobre la no significancia estadística de dichos factores podría relacionarse con un cambio cultural de las habitantes de dicha región, a partir de las experiencias de generaciones antiguas, pues la mayoría de las adolescentes estudiadas tenía como factor de riesgo un antecedente de embarazo temprano en su familia y aun con la presencia de ese factor no todas las que lo poseían contrajeron un embarazo, existiendo así una proporción muy similar tanto en el grupo de adolescentes embarazadas como en el grupo de adolescentes no embarazadas. Por tanto se observó que toda la población tiene los mismos riesgos y exposición a embarazo, no obstante los factores psicosociales no representan una desventaja significativa para dicho problema de salud pública.

Cabe destacar que otra razón que posiblemente influyo sea un sesgo de medición en el estudio puesto que los test que evaluaron depresión y ansiedad son escalas dirigidas para población en general y no para una población meramente adolescente. También se realizó el proceso de validación y pruebas de pilotaje de los formularios de encuestas en el departamento de León; pero a pesar de ello, al

aplicarlo en Malpaisillo se encontró que aunque sea un municipio del mismo departamento la cultura e interpretación de las preguntas por parte de estas adolescentes fue totalmente distinta. Por tanto se ha considerado que para fortalecer esta área en investigaciones siguientes se realice una búsqueda aún más exhaustiva de cuestionarios para medir estos factores de forma específica para la población adolescente.

Por ultimo a pesar de lo antes expuesto el hecho de que este estudio fuera de tipo corte transversal (de investigación observacional que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido), es posible que en estudios posteriores si se pueda encontrar la relación de los factores psicosociales con el embarazo adolescente.

## Conclusiones

De acuerdo al análisis de los resultados presentados se arrojaron las siguientes conclusiones:

- ✚ La prevalencia de embarazo en la adolescencia en esta área de estudio fue bastante alta y corresponde al 18.7%
- ✚ Dentro de las principales características sociodemográficas de la población adolescente embarazada se tiene que cursan en la fase de adolescencia tardía, asimismo se observó que una pequeña parte de madres adolescentes se encuentran en unión estable, su labor cotidiana actual manifestó ser amas de casas como consecuencia del mismo embarazo y el nivel académico máximo que poseían era una secundaria incompleta.
- ✚ Los factores psicosociales estudiados no mostraron una relación estadísticamente significativa con el embarazo adolescente, sin embargo hay porcentajes de interés en la población estudiada tales como: antecedente de embarazo adolescente en la familia y el entorno familiar en que estas adolescentes en general se desarrollan no es nuclear, sino más bien conformado por familias disfuncionales, la relación familiar resulto ser mala al igual que el soporte económico.
- ✚ La totalidad de adolescentes estudiadas estuvieron en desacuerdo con algún intento de suicidio. La autoestima se clasifico como buena y no se evidencio que posean algún grado importante de depresión para ambos grupos de estudio. Los niveles de ansiedad encontrados fueron muy bajos. Por tanto se puede concluir que ambos grupos estudiados comparten los mismos factores psicosociales sin predominio de un grupo, de tal manera que todas corren el mismo riesgo de embarazo.
- ✚ Por ultimo a pesar de lo antes expuesto el hecho de que este estudio fuera de tipo corte transversal, es posible que en estudios posteriores si se pueda encontrar relación de los factores psicosociales con el embarazo adolescente.

## Recomendaciones

La prevención del embarazo adolescente es una prioridad para el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los derechos reproductivos, con importantes implicaciones para el desarrollo social y la salud pública que impactan en la salud de las madres adolescentes y de los recién nacidos. Es por eso que recomendamos:

- 1- Fortalecer la educación sexual en los centros educativos desde edades tempranas, con temáticas que incluyan la salud reproductiva en todos sus aspectos, de una manera acorde a su edad y de una forma práctica por un personal capacitado.
- 2- Promover la estabilidad familiar, haciendo énfasis en la importancia de la integridad familiar y la convivencia en el hogar.
- 3- Considerando que el embarazo adolescente representa un problema para ellos, sus familias y para la sociedad entera, es importante incluirlos a todos en las acciones para su prevención contempladas en los programas de adolescentes.
- 4- Para estudios posteriores elegir instrumentos para medir factores psicosociales específicamente en poblaciones adolescentes.

## Referencias bibliográficas

- 1- Organización mundial de la salud. OMS. El embarazo en la adolescencia actualización Septiembre 2014. Nota descriptiva No 364 [consultado 03 abril 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- 2- Olhaberry M. Escobar C. Mena C. ELSEVIER. Suma Psicológica. Intervención grupal para reducir la sintomatología depresiva y promover la sensibilidad materna en embarazadas chilenas. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012143811500017X>
- 3- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on development: A review. *Infant Behavior and Development*, 34,114. <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2010.09.008>
- 4- Jadresic, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(4),269–278. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272010000500003](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003)
- 5- Torres-Obregon, R., et al. Validación de la *Sexual Assertiveness Scale* en mujeres mexicanas. *Suma Psicológica* (2017), <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121438117300012>
- 6- Mendoza W. Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* vol.30 No.3. Lima Julio. 2013. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000300017&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342013000300017&script=sci_arttext&lng=pt)
- 7- UNFPA. América latina y el caribe. Trabajando para que los y las jóvenes ingresen a la edad adulta como ciudadanos empoderados. [consultado 03 abril 2017]. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/publications/una-qu%C3%ADa-para-implementar-la-estrategia-mundial-para-la-salud-de-la-mujer-el-ni%C3%B1o-y-e-0>

- 8- Altamirano A. Pacheco C. Huelva Lylliam, et al. FUNIDES. Embarazo adolescente en Nicaragua. Causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo adolescente en Nicaragua. Octubre 2016. Serie de documento de trabajo No 7: 9-15. Disponible en: [http://funides.com/media/publications/Causas\\_y\\_consecuencias\\_del\\_embarazo\\_adolescente\\_en\\_Nicaragua\\_Octubre\\_2016.pdf](http://funides.com/media/publications/Causas_y_consecuencias_del_embarazo_adolescente_en_Nicaragua_Octubre_2016.pdf)
- 9- López J. Rivas M. Managua-Nicaragua. Impacto de diferentes factores psicosociales antes y durante el primer embarazo de las adolescentes que asisten a control prenatal de las unidades de salud cabecera del SILAIS GRANADA periodo septiembre- Noviembre 1997. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1442/1/59000.pdf>
- 10-Laureano J. Gil E. Mejía M. et al. Embarazo en adolescentes de Jalisco, México: una mirada desde la marginación social. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 62, núm. 3, 2016, pp. 211-220 Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, San Isidro, Perú. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322016000300002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000300002)
- 11-Rojas M. Méndez R. El embarazo en adolescentes: Una lectura social en clave cuantitativa. Rev. Univ. Ind Santander Salud. 2016; 48(1): 81-90. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072016000100011&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072016000100011&script=sci_abstract&tlng=es)
- 12-Jiménez N. Lima J. Lima M. Relación entre variables familiares y el ajuste conyugal. Atención primaria. Disponible 20 julio 2017 en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716302426>
- 13-Restrepo Martínez M. et al. Abuso sexual y situaciones de negligencia como factores de riesgo de embarazo adolescente. Rev. Colombiana de Psiquiatría 2016. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745016300373?via%3Dihub>

- 14-Mercader-Yus E. et al. Ansiedad, autoestima e imagen corporal en niñas con diagnóstico de pubertad precoz. Rev. Colombiana de Psiquiatría 2017. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-avance-resumen-ansiedad-autoestima-e-imagen-corporal-S0034745017300690>
- 15-Palma H. Martínez A. factores sociales determinantes de embarazo en adolescentes del municipio Larreynaga- Malpaisillo en el periodo 15 Abril al 30 de Mayo del 2005. León- Julio 2005. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/2111/1/199048.pdf>
- 16-Rionaula M. Romero K. Zani S. Prevalencia y factores de riesgo asociados a embarazo en adolescentes que acuden a consulta externa del Hospital Básico Limón Indanza. Cuenca- Ecuador 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20973/1/Tesis%20Pregrado.pdf.pdf>
- 17-Organización mundial de la salud (OMS). Desarrollo de la adolescencia. [Revista on-line] 2004 [Consultado 17 de junio 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- 18-Fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF). Adolescencia una etapa fundamental [Revista on-line] New york, 2002. [Consultado 17 de junio 2017]. Disponible en: [https://www.unicef.org/ecuador/pub\\_adolescence\\_sp.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/pub_adolescence_sp.pdf)
- 19-Kim E. Lee M. Psychosocial aspects in girls with idiopathic precocious puberty. Psychiatry Investig. 2012;9: 25–8.2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3285737/>
- 20-Vigil P. Orellana R. Cortés M. et al. Endocrine modulation of the adolescent brain: A review. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011:1-8. Disponible en: [https://www.teenstarhispanosusa.com/uploads/2/3/6/2/23620222/cerebro\\_a\\_adolescente.pdf](https://www.teenstarhispanosusa.com/uploads/2/3/6/2/23620222/cerebro_a_adolescente.pdf)
- 21-Ruiz-Mejía A. Mockus-Sivickas I. Conceptos actuales sobre mecanismos reguladores de la pubertad. Rev. Fac Med.2012;60: 50–9. Disponible en:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/31235>

- 22-Oliva A. Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. Apunt. Psicol. 2012;30: 477–486. Disponible en: <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/06/Riesgos-en-la-adolescencia.pdf>
- 23-Casas R, Gonzales C. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. [Artículo on-line] Madrid, 2009. Unidad de Medicina del Adolescente. Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles. [Consultado 10 junio 2017]. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo\\_adolescente\(2\).pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/puericultura/desarrollo_adolescente(2).pdf)
- 24-Healthy children de la American Academy of Pediatrics. Edades y etapas de la adolescencia. [Revista en línea]. Consultado 5 de junio 2017. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
- 25-Krauskopf, D. Scielo. El desarrollo en la adolescencia: las transformaciones psicosociales y los derechos en una época de cambios. [Revisión en línea] 2011. [Consultado 1 junio 2017]. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-41851999000200004](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004)
- 26-Rojas M. Méndez R. El embarazo en adolescentes: Una lectura social en clave cuantitativa. Rev UnivInd Santander Salud. 2016; 48(1): 81-90 Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/5419/5968>
- 27-UNICEF. Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia: una época de oportunidades. Nueva York : UNICEF, 2011. Disponible en: [https://www.unicef.org/spanish/publications/index\\_57468.html](https://www.unicef.org/spanish/publications/index_57468.html)
- 28-Flórez C. Fecundidad adolescente: diferencias sociales y geográficos 2005. Revista de la información, DANE. 2010, 4(2): 1-19. Disponible: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7222/1/S0701053\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7222/1/S0701053_es.pdf)

- 29-Martínez E. Cuatro jóvenes se embarazan cada día en Bucaramanga. Vanguardia Liberal. 20 de Mayo de 2013. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/3438/343844022011/>
- 30-Niño L. Hakspiel M. Rincón A. et al. Cambios persistentes en conocimientos actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes y jóvenes escolarizados de cuatro municipios de Santander – Colombia; Rev. Univ. Ind Santander Salud. 2012; 44(2): 21-33. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/2924>
- 31-Sunkel G. El papel de la familia en la protección social en América Latina. Santiago de Chile: CEPAL, 2006. Serie Políticas Sociales No.120.
- 32-OMS centro de prensa disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/yearly-adolescent-deaths/es/>
- 33-Alarcon R. Coello G. Cabrera J.Monier G. Factores que influyen en el embarazo en la adolescencia. Rev Cubana Enfermer v.25 n.1-2 Ciudad de la Habana ene.-jun. 2009. Disponible en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192009000100007&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192009000100007&script=sci_arttext&tlng=en)
- 34-Jiménez-Picón N. et al. Relación entre variables familiares y el ajuste conyugal. Aten Primaria. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.02.012>
- 35-Castro Espín M. Programa crecer en la adolescencia. Ciudad de la Habana, 1998.
- 36-Martinez R. Perez M. Tesis monográfica para optar al título de licenciada en ciencias de enfermería. Factores psicosociales y económicos de las adolescentes en relación al embarazo, asistente al centro de salud Mantica Berio, León, febrero-mayo 2010.
- 37-Canales R. tesis para optar al título de doctor en medicina y cirugía. Factores que determinan el embarazo en adolescentes del municipio de Totogalpa, municipio de Madriz, enero-junio 2006. Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3697/1/201081.pdf>

- 38-Organización Mundial de la Salud. OMS. Tema de Salud, Depresión. Consultado el 17 de julio 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- 39-Bakwin H. (1.953) “Clinical management of behavior disorders in children” Sanders, C.O. USA. Dispon <sup>52</sup> en: <https://www.abebooks.com/book-search/title/clinical-management-behavior-disorders-children/>
- 40-Rivero M. Schinini J. Feu M. et al. Adolescencia y embarazo: Es un factor de riesgo. Revista médica del nordeste 2002 Dic: 3: 39-42. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/fisiologia/revista3/adolescencia.pdf>.
- 41-Bojanini B. Gómez D. Resultados obstétricos y perinatales en adolescentes. Revista colombiana de obstetricia y ginecológica 2004 Jun; 55 (2):114-121. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-74342004000200003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342004000200003)
- 42-Jarne A, Talarn A, Armayones M, Horta E, Requena E. Psicopatología. Editorial UOC; Barcelona, España: 2006; p. 119
- 43-Felipe L, González E, Álvarez A, Hernández Y. Psicología Clínica Trastornos neurológicos, hormonales y psicológicos. Editorial Universidad de Guanajuato; México: 2010; p. 62. [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-71382013000200006](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006)
- 44- Tatiana C, Daniela C, Davis G, et al. ITS en adolescents: descripción, prevención y marco legal. Revista de medicina legal de costa rica. Vol.26 Heredia, Sep 2009. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152009000200008](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152009000200008)
- 45-Estudio “Completar la escuela en Centroamérica: los desafíos pendientes”, elaborado por UNICEF y el CECC-SICA, 2012.
- 46- Información estadística, CEPAL: [http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/estadisticasIndicadores.asp?idioma=e)

## Anexos

Estimada Directora:

Primeramente, deseando el bienestar de su persona y de todos los miembros del centro asistencial nos dirigimos a ustedes.

Somos estudiantes del sexto año de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN- León, pretendemos realizar un estudio sobre "Prevalencia y Factores Psicosociales que se asocian al embarazo adolescente". En vista de existir un solo antecedente de estudio en esta zona solicitamos por este medio la autorización para aplicar este tema en el Centro de Salud Fanor Urroz y presentarlo como tesis para optar al título de Médico y Cirujano General para el año 2019.

Dicha tesis se divide en dos etapas, la primera es la realización del protocolo de investigación que debe finalizarse en el año 2018, si es aprobado por los jueces del jurado se podrá proceder a la segunda fase que consiste en la aplicación directa del protocolo y construcción para tesis.

Por ello se solicita de su colaboración e información sobre datos estadísticos del municipio en su totalidad sobre la cantidad de población adolescente embarazada del centro y los puestos que lo constituyen, en el periodo de Marzo 2018- Diciembre 2018. Para contar con un número inicial de embarazos en la adolescencia y plasmarlo en dicho protocolo, como población de estudio. Como mínimo requerimos datos porcentuales respecto a la población total, la procedencia de las pacientes para posteriormente buscarlas, previo al consentimiento informado de su tutor o responsable y poderles realizar un cuestionario de preguntas que formarían la matriz de la investigación para su posterior análisis e interpretación de resultados.

Agradeciendo su pronta respuesta procedemos a despedirnos.

\_\_\_\_\_  
Br. Rafael Steven López Rivas.

\_\_\_\_\_  
Br. Erikson Everto López Morales

\_\_\_\_\_ Dra. Indiana López- Tutor metodológico.

## Anexo 2

### Consentimiento Informado

Estimado tutor de la unidad de análisis. Somos estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de UNAN- León, cursando VI año de medicina y estamos realizando una investigación sobre la “Prevalencia y factores psicosociales asociados al embarazo de adolescentes del sector urbano de este municipio”. Se trata de una encuesta totalmente anónima, con preguntas directas orientadas al tema central de la investigación. Dirigida para todas aquellas adolescentes entre 10 a 19 años, se evaluarán características individuales, familiares, sociales y psicológicas importantes.

Por tratarse de una población vulnerable y menor de edad ante la ley, requerimos de su previo consentimiento para la aplicación de la encuesta. Tiene usted el derecho de permanecer con el entrevistador durante todo el proceso y de retirarse en el momento que lo desee.

Con esta investigación se realiza algo fuera de lo ordinario en su comunidad. Es posible que si otros miembros de la comunidad saben que usted participa le hagan preguntas. Nosotros no compartiremos la identidad de ninguno. La información que recojamos se mantendrá confidencial, será puesta fuera del alcance y únicamente los investigadores podrán procesar los datos. Tendrá un número en lugar de su nombre y solo se compartirán los datos globales a instituciones interesadas en ejecutar planes de acción para mejorar dicho problema de salud pública.

**He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas realizadas. Por tanto, consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.**

**Código de la participante** \_\_\_\_\_

**Firma del tutor** \_\_\_\_\_

**Firma de la participante** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**Anexo 3 Instrumentos de recolección de datos. No 1- Marque con una x la respuesta que considere correcta.**

**Perfil de la adolescente**

- 1- Edad** \_\_\_\_\_
- 2- Procedencia**
- a) Barrio \_\_\_\_\_
- 3- Estado civil**
- a) Soltera \_\_\_\_\_
- b) Unión estable \_\_\_\_\_
- e) Casada \_\_\_\_\_
- 4- Ocupación**
- a) Estudiante \_\_\_\_\_
- b) Ama de casa \_\_\_\_\_
- c) Domestica \_\_\_\_\_
- d) Comerciante \_\_\_\_\_
- 5- Nivel educativo**
- a) Analfabeta \_\_\_\_\_
- b) Primaria incompleta \_\_\_\_\_
- c) Primaria completa \_\_\_\_\_
- d) Secundaria-Incompleta \_\_\_\_\_
- e) Secundaria-completa \_\_\_\_\_
- f) Técnico medio \_\_\_\_\_
- h) Universidad \_\_\_\_\_

**Características del embarazo adolescente y su familia.**

- 6- Edad en años cuando tuvo su primera menstruación**  
\_\_\_\_\_
- 7- Antecedente de embarazo adolescente en su familia**
- a) Si \_\_\_\_\_
- b) No \_\_\_\_\_
- 8- Edad de inicio de vida sexual activa** \_\_\_\_\_
- No aplica** \_\_\_\_, si es así por favor pasar a la pregunta número 17
- 9- Ha cursado con un embarazo.**
- a) Si \_\_\_\_\_
- b) No \_\_\_\_\_
- 10-Su embarazo fue deseado**
- a) Si \_\_\_\_\_
- b) No \_\_\_\_\_
- 11-Ha intentado o pensó abortar**
- a) Si \_\_\_\_\_
- b) No \_\_\_\_\_
- 12-Ha intentado suicidarse (quitarse la vida)**
- a) Si \_\_\_\_\_
- b) No \_\_\_\_\_
- 13- Tipo de familia**
- a) Familia funcional o nuclear (padres y hermanos) \_\_\_\_\_
- c) Familia disfuncional o incompleta (Solo uno de los padres y hermanos) \_\_\_\_\_
- 14-Relación familiar**
- a) Excelente \_\_\_\_\_
- b) Mala \_\_\_\_\_
- 15-Soporte económico**
- b) Bueno \_\_\_\_\_
- d) Malo \_\_\_\_\_
- 16-Proyecto de vida**
- a) Construcción de proyecto de vida \_\_\_\_\_
- b) Dificultad para generar un proyecto de vida \_\_\_\_\_
- d) Otros, especifique \_\_\_\_\_

### 17-Autoestima

a) Buena

b) Mala

### 18-Estado psicológico

#### Anexo 4 Instrumento No 2.

- 1)** a- No me siento triste  
b- Me siento triste.  
c- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
d- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
- 2)** a- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro  
b- Me siento desanimado respecto al futuro.  
c- Siento que no tengo que esperar nada.  
d- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
- 3)** a-No me siento fracasado  
b-Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.  
c-Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.  
d-Me siento una persona totalmente fracasada.
- 4)** a-Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
b- No disfruto de las cosas tanto como antes.  
c-Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.  
d-Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
- 5)** a-No me siento especialmente culpable.  
b-Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
c-Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
d-Me siento culpable constantemente.

#### CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

- 6)** a-No creo que esté siendo castigado  
b-Me siento como si fuese a ser castigado o.  
c- Espero ser castigado.  
d- Siento que estoy siendo castigado.
- 7)** a-No estoy decepcionado de mí mismo o.  
b-Estoy decepcionado de mí mismo.  
c-Me da vergüenza de mí mismo.  
d-Me detesto.
- 8)** a-No me considero peor que cualquier otro.  
b-Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.  
c- Continualmente me culpo por mis faltas.  
d- Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9)** a-No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
b- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.  
c-Desearía suicidarme.  
d-Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10)** a-No lloro más de lo que solía llorar.  
b- Ahora lloro más que antes.  
c- Lloro continuamente.  
d- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11)** a- No estoy más irritado de lo normal en mí.  
b- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Prevalencia y factores psicosociales asociados al embarazo de las adolescentes  
en el sector urbano del municipio Malpaisillo.

c- Me siento irritado continuamente.

d- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

**12) a-** No he perdido el interés por los demás.

b- Estoy menos interesado en los demás que antes.

c- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás

e- He perdido todo el interés por los demás.

**13) a-** Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho

b- Evito tomar decisiones más que antes.

c- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

d- Ya me es imposible tomar decisiones.

**14) a-** No creo tener peor aspecto que antes

b- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo

c- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo

d- Creo que tengo un aspecto horrible.

**15) a-** Trabajo igual que antes.

b- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo

c- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

d- No puedo hacer nada en absoluto.

**16) a-** Duermo tan bien como siempre.

b- No duermo tan bien como antes.

c- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

d- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

**17) a-** No me siento más cansado de lo normal.

b- Me canso más fácilmente que antes.

c- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

d- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

**18) a-** Mi apetito no ha disminuido.

b- No tengo tan buen apetito como antes.

c- Ahora tengo mucho menos apetito.

d- He perdido completamente el apetito.

**19) a-** Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

b- He perdido más de 2 kilos y medio.

c- He perdido más de 4 kilos.

d- He perdido más de 7 kilos.

e- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

**20) a-** No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

b- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

c- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más .

d- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

**21) a-** No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

b- Estoy menos interesado por el sexo que antes.

c- Estoy mucho menos interesado por el sexo.

d- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

**Anexo 5 - Instrumento No. 3, Cuestionario GADI- TEST DE ANSIEDAD**

Intente responder el test de forma sincera, usted misma se ayuda con su sinceridad.

**1. Estoy ansioso/a la mayoría de los días**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**2. Me canso fácilmente**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**3. Me preocupo por los acontecimientos cotidianos**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**4. Encuentro dificultad para relajarme**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**5. Me siento «al límite»**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**6. Me despierto por la noche**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**7. Experimento sofocos o escalofríos**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**8. Tengo malestar por mi ansiedad**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**9. Tengo la boca seca**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**10. Temo perder el control, desmayar me o volverme loco/a**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**11. Estoy molesto/a por la inquietud**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**12. Sufro mareos**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**13. Estoy molesto/a por tener temblores y sacudidas**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**14. Tengo dificultad para coger el sueño**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)

**19. Tengo dificultad para controlar mi ansiedad**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)

- e) Extremadamente (4 puntos)

**15. Sufro por la tensión o dolor de los músculos**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**16. Estoy molesto/a por la dificultad con la respiración**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**17. Me asusto fácilmente**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**18. Tengo dificultad para concentrarme**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**20. Estoy molesto/a por hormigueos o insensibilidad en las manos**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**21. Me preocupo excesivamente**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)

- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**22. Estoy irritable**

- a) En absoluto (0 puntos)
- b) Un poco (1 punto)
- c) Algo (2 puntos)
- d) Mucho (3 puntos)
- e) Extremadamente (4 puntos)

**Cronograma de actividades**

Actividades	2018									
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Noviembre	Diciembre	
Elección del tema y revisión bibliográfica										
Establecimiento de objetivos y diseño metodológico										
Elaboración de marco teórico										
Desarrollo de materiales y métodos										
Elaboración de la ficha para la recolección de datos										
Elaboración de anexos										
Entrega de Protocolo										
Trabajo de campo (recolección de datos)										
Análisis e interpretación de los datos										
Comunicación de los resultados										

**Figura 1 Mapa del municipio Larreynaga - Malpaisillo**

