



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA,  
UNAN – LEÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFÍA Y SALUD**

*“ Salí de un infierno a otro ”  
Embarazo en niñas de 10 a 14 años en  
una comunidad semirural en León,  
Nicaragua.*

**Un abordaje cualitativo**

**Investigador:** Mariano Salazar Torres MD. CIDS UNAN León.

**Tutor:** Eliette Valladares Ph.D . Directora CIDS UNAN León.

Tesis de Maestría en Ciencias con Mención en Epidemiología  
Centro de Investigación en Demografía y Salud CIDS UNAN León

## **Resumen.**

Este estudio tiene como objetivo explorar cuales son los determinantes del embarazo temprano y sus consecuencias en niñas de 10 a 14 años en el área semi-rural del municipio de León.

Se utilizó un diseño cualitativo para recolectar y analizar la información. Para este fin se realizaron 5 entrevistas a profundidad hasta que se alcanzó la saturación de la información, con mujeres que habían estado embarazadas antes de los 15 años. Las informantes tenían entre 14 y 21 años al momento de recolectar los datos. Los datos fueron analizados utilizando la técnica de Teoría Fundamentada y comparados con el conocimiento y las teorías existentes.

Entre los resultados que surgieron del análisis de los datos, encontramos que las niñas se encuentran usualmente enfrentando factores socioculturales (trabajo infantil, mujeres como objetos, virginidad) y familiares negativos (maltrato materno, padrastro abusivo, hija de una madre adolescente, no amor paterno), que las fuerzan a salir del hogar materno hacia un ambiente adulto, aún cuando ellas no están preparadas ni mental o físicamente para enfrentarse a esta realidad. En este contexto se encuentran con hombres adultos que son percibidos como una vía de escape del ambiente hostil en la casa materna, con quienes finalmente terminan iniciando relaciones de "pareja" que llevan invariablemente al sexo y posteriormente al embarazo. Como resultado de esta relación con hombres adultos, además del embarazo, las niñas sufren abuso sexual y Violencia de Pareja Intima severa.

De estos hallazgos, concluimos que el embarazo en esta edad es una desventaja para las niñas, este se traduce en la imposibilidad de tener una transición saludable de la niñez a la adultez, limitando su habilidad para prepararse para una vocación, completar su educación, obtener independencia económica y desarrollar habilidades para tener relaciones saludables con sus parejas y adultos en general.

**Palabras claves: Embarazo en la adolescencia temprana, Violencia de Pareja Intima, Abuso Sexual, Metodología Cualitativa.**

# Índice

<b>Contenido</b>	<b>Pág.</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>2. OBJETIVO GENERAL.....</b>	<b>5</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>6</b>
3.1 DEFINICIONES .....	6
3.2 ADOLESCENCIA COMO UN PERÍODO DE TRANSICIÓN .....	7
3.3 EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. ....	7
3.4 DETERMINANTES DE LA SALUD ADOLESCENTE. ....	9
3.5 FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES PARA EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. ....	10
3.6 POBREZA Y EMBARAZO ADOLESCENTE. ....	13
3.7 ABUSO SEXUAL.....	14
<b>4. MATERIAL Y MÉTODOS.....</b>	<b>17</b>
4.1 DESCRIPCIÓN DEL SITIO DE ESTUDIO.....	17
4.2 DISEÑO .....	18
4.3 PARTICIPANTES Y MUESTREO.....	19
4.4. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	20
4.5 DESCRIPCIÓN DEL INVESTIGADOR.....	21
4.6. LIMITANTES.....	21
4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	21
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>
<b>6. EL MODELO .....</b>	<b>31</b>
<b>7. DISCUSIÓN.....</b>	<b>33</b>
<b>8. CONCLUSIONES .....</b>	<b>39</b>
<b>9. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>40</b>
<b>9. REFERENCIAS. ....</b>	<b>41</b>
<b>10. APÉNDICE .....</b>	<b>44</b>
10.1 CÓDIGOS Y CATEGORÍAS.....	44
10.2 GUÍA DE ENTREVISTA. ....	47
10.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	48



## **1. INTRODUCCIÓN**

El embarazo adolescente es un problema significativo a nivel mundial, especialmente en los países en desarrollo como Nicaragua. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) [1], se reconoció que las condiciones que fuerzan a las niñas al matrimonio, el embarazo y la reproducción a edad temprana acarrearán grandes riesgos para su salud, reducen drásticamente las oportunidades de educación y empleo de las niñas y, probablemente, perjudicarán a largo plazo la calidad de su vida y de la vida de sus hijos.

En la literatura consultada se han descrito severas consecuencias en la vida de las adolescentes embarazadas, sus familias, sus hijos y en la sociedad, asociándose frecuentemente con pobreza, baja calidad de vida, enfermedad y aún la muerte [2, 3].

Muchas de estas consecuencias son comunes para todas las madres adolescentes, sin embargo se ha demostrado que las niñas embarazadas entre 10 y 14 años tienen más probabilidades de no acceder a controles prenatales adecuados y de presentar complicaciones obstétricas, tales como labor de parto prolongada, partos obstruidos, partos prematuros, partos abdominales [2, 4, 5] e incluso mayor riesgo de muerte materna [6]. En este sentido, se ha descrito que la mortalidad materna en estas niñas es cinco veces mayor que en mujeres de 20 a 24 años [7]. Además, los bebés de estas madres tienen más probabilidades de presentar bajo peso al nacer y mayor riesgo de muertes perinatales y neonatales [2, 4, 5].

Los factores asociados a la génesis de los embarazos han sido estudiados en adolescentes mayores de 15 años. Estos han sido clasificados en determinantes sociales, familiares e individuales. Algunos de los determinantes sociales descritos son: La pobreza, valores religiosos extremos, machismo, virginidad valorizada [3] y paternidad adulta [8-11]. Así mismo, algunos factores familiares referidos son las familias mononucleares, los hijos de padres divorciados, la violencia intrafamiliar, familias disfuncionales [3, 12] y la falta de confianza o una pobre relación con la madre [13]. A nivel individual, se ha identificado

la baja autoestima [3, 13], el bajo conocimiento sobre salud reproductiva, el inicio temprano de vida sexual activa [12] y el abuso sexual [3, 14-16] entre otros.

El embarazo en la adolescencia temprana tiene efectos más severos para las estas niñas-madres debido a su falta de madurez emocional y física, además de su limitado desarrollo social. Algunas de estas consecuencias referidas por otros estudios son: El abandono escolar, con su respectiva pérdida de oportunidades de preparación, mayor riesgo de violencia de pareja íntima, disminución de su capacidad para un empleo, [5] y un alto riesgo de embarazos a repetición [9, 12].

Nicaragua se encuentra entre los 20 países con las más altas tasas de fertilidad adolescente del mundo [17], constituyendo un serio reto de salud pública. Cifras de una encuesta nacional en el año 2001 [18] muestran que la tasa de fertilidad adolescente fue de 119 nacimientos x 1 000 mujeres entre 15 y 19 años, siendo esta mayor en las zonas rurales (153 nac. X 1 000). Así mismo, la Organización Mundial de la Salud [19] reportó en el mismo año que las madres adolescentes representaban el 28% de todos los partos. Datos del Ministerio de Salud de Nicaragua muestran que en el 2001 el 3.4% (1,040) de todos los partos en adolescentes, correspondieron a madres entre 10 y 14 años.

Estudios en otros países han encontrado que los embarazos en mujeres menores de 14 años van en aumento [4, 6]. Nicaragua no es la excepción, el MINSA ha reconocido que estos embarazos se incrementan año con año [20], representando el 3.1 % de todos los embarazos adolescentes en el 2002, 3.6% en el 2003 y 4.1% en el 2004. En Nicaragua se han realizado múltiples estudios sobre embarazo adolescente [3, 21, 22], pero raramente un estudio incluye a niñas menores de 15 años, grupo que como se demostró previamente tiene más probabilidades de presentar complicaciones y consecuencias severas en los ámbitos físico, emocional y social. Por este motivo identificar los factores asociados a estos embarazos (valores, normas, experiencias, actitudes) es esencial para poder entender y prevenir este fenómeno en Nicaragua.

Este estudio utilizó el abordaje cualitativo debido a las ventajas que presenta esta metodología ante lo sensible del tema a estudio. Según Cresswell, el Método Cualitativo, *“ es un proceso de investigación y entendimiento que explora un problema social y humano, que permite construir una imagen holística y detallada del problema en estudio en su ambiente natural.”* [23]

## **2. OBJETIVO GENERAL**

Explorar los factores asociados y las consecuencias del embarazo en niñas de 10 a 14 años del área semirural del municipio de León.



### **3. MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 Definiciones**

W.H.O [24] define la adolescencia como el período entre los 10 y los 19 años de edad, que se corresponden con el inicio de la pubertad y la edad legal para la adultez. UNESCO [24] y Kimmel [25] proponen que el inicio de la adolescencia se define por la edad biológica, es decir los cambios físicos de la pubertad (tales como el rápido incremento en la talla, el desarrollo de los senos en las muchachas, y el crecimiento de los testículos y el pene en los hombres). El final de la adolescencia varía en cada cultura, y se relaciona con la edad social, es decir cuando se adquieren roles y comportamientos que son considerados como adultos. En algunas sociedades, se espera que los adolescentes carguen con responsabilidades antes de llegar a ser adultos; en otras culturas estas responsabilidades vienen más tarde en la vida. La W.H.O [26] considera que existe una diferencia considerable entre una niña de 12 o 13 años y una mujer joven de 19 por lo que hace la distinción de dos grupos de edad: adolescentes de 15–19 años y adolescentes de 10–14 años.

Issler [27] clasifica la adolescencia en las siguientes fases:

1. Adolescencia Temprana (10 a 13 años): Biológicamente, es el periodo peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

2. Adolescencia media (14 a 16 años): Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre

generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

3. Adolescencia tardía (17 a 19 años): Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

### **3.2 Adolescencia como un período de transición**

Kimmel [25] ,describe la adolescencia como un periodo de transición entre la niñez y la adultez. Este es un período de cambios, crecimiento y desequilibrios. Havighurst , descrito por Kimmel [25], propone que la vida humana es un proceso de desarrollo en el cual se van realizando " tareas de desarrollo " que deben de ser adquiridas en secuencia y una vez dominadas permiten el avance hacia niveles más altos de desarrollo.

Fieldman mencionado por Raphael [28], describe las principales " tareas " que los adolescentes deben de dominar durante su crecimiento. Estas son: Obtener su independencia, ajustarse a la maduración sexual, establecer relaciones de cooperación con sus pares, prepararse para una vocación y adquirir un conjunto de creencias y valores.

Raphael [28] , refiere que una adolescencia saludable implica que los adolescentes sean capaces de adquirir habilidades para sobrellevar situaciones y mantener un estado general de bienestar. Otros conceptos relacionados con una adolescencia saludable son: La ausencia de enfermedades físicas y mentales y la adquisición de comportamientos saludables.

### **3.3 Embarazo en la adolescencia.**

Es el embarazo que se produce entre los 10 y los 19 años. UNESCO [24], reporta que al menos 15 millones de nacimientos de madres adolescentes anualmente, los cuales representan 1/5 de todos los nacimientos. Aunque tener un hijo antes de los 15 años es

raro, al menos el 3% de las mujeres de los países en vías de desarrollo dan a luz en estas edades [24].

McIntyre [29], menciona que en muchos países el matrimonio a edades tempranas está íntimamente asociado al embarazo adolescente. Este autor, describe que en general el matrimonio es considerado como un lugar seguro, un "refugio" para los riesgos de la adolescencia. En los países en vías de desarrollo, el matrimonio es visto por los adultos y por los tomadores de decisiones como un "jardín amurallado" donde los valores culturales y familiares protegen a las mujeres jóvenes de la profanación y el estigma.

McIntyre [29], plantea que, particularmente en áreas pobres y rurales, existe una presión de los padres para casar a sus hijas cuando aún están muy jóvenes, antes de que se conviertan en un peso económico. Debido a esto, millones de muchachas entran al matrimonio a regañadientes cuando todavía son unas niñas, que acaban de madurar sexualmente pero no aptas emocional ni físicamente para este profundo cambio. Asimismo, el casamiento antes de los 18 años, y particularmente el casamiento muy temprano antes de los 16 años, distorsiona el patrón de vida de las muchachas jóvenes. Usualmente pone fin a su educación formal y a sus esperanzas de tener un ingreso independiente. Coloca a la joven en una posición de aislamiento de su familia y amigos y la fuerza a vivir en un hogar ajeno, donde puede que no sea valorada hasta que haya probado su fertilidad.

Una novia adolescente que se embaraza, recibe un nuevo estatus como la madre que va a ser, pero también enfrenta nuevos peligros. El embarazo y el parto llevan grandes riesgos para la nueva madre, quienes muchas veces no están ni física ni psicológicamente listas para tener hijos.

En el caso de las madres muy jóvenes los riesgos se originan debido a que su cuerpo no está completamente desarrollado y preparado para ser madre. Usualmente la joven embarazada no sabe nada sobre su propio cuerpo o sobre los signos de peligro en un embarazo. También, no posee los recursos económicos y el estatus dentro de su nuevo hogar para acceder a cuidados prenatales o para que su parto sea atendido por un personal

adecuado. Estas circunstancias llevan a la muerte durante el embarazo a muchas jóvenes, donde por cada adolescente que muere durante el embarazo, 30 sufren enfermedad, lesiones o discapacidad.

### **3.4 Determinantes de la salud adolescente.**

Raphael [28] , describe dos modelos de determinantes de la salud de los adolescentes. El primer modelo es el “ Quality of Life Domains ” (Esferas de Calidad de Vida) desarrollado por el Centro Para la Promoción de la Salud de la Universidad de Toronto. Este modelo considera las características del adolescente, aspectos de su ambiente inmediato y las actividades diarias del adolescente.

Centro Para la Promoción de la Salud de la Universidad de Toronto. Esferas de calidad de vida.

<b>Esferas</b>	<b>Descripción</b>
<b>Ser físico</b>	Salud física, movilidad, nutrición, ejercicio, buena forma física y apariencia.
<b>Ser psicológico</b>	Independencia, autonomía, auto aceptación, libertad del estrés
<b>Ser espiritual</b>	Valores personales y creencias religiosas
<b>Pertenencia física</b>	Aspectos físicos del ambiente inmediato
<b>Pertenencia social</b>	Relaciones con la familia, amigos y conocidos
<b>Pertenencia comunitaria</b>	Disponibilidad de recursos y servicios sociales
<b>Apropiamiento práctico</b>	Actividades del hogar, la escuela y trabajo
<b>Apropiamiento tiempo libre</b>	Actividades al aire libre , recursos recreacionales
<b>Apropiamiento del crecimiento</b>	Aprendizaje, mejoría de habilidades y relaciones, adaptación a la vida

Fuente: Raphael, D (2006). Determinants of health of North-American adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agenda. J Adolesc Health , Vol. 19. Issue 1. pp. 6-16

El segundo modelo es el propuesto por Lindstrom, que detalla los factores sociales y estructurales que se relacionan con la calidad de vida y salud de los niños y adolescentes. Este modelo examina 4 esferas: Personal, interpersonal, externas y globales. La esfera “ personal ” incluye recursos físicos, mentales y espirituales. La “ interpersonal ” incluye la estructura de la familia y su funcionabilidad, los amigos íntimos y las redes sociales extendidas. La esfera “ externa ”, incluye aspectos del trabajo, ingresos y vivienda.

Finalmente la esfera “ global ” incluye los aspectos del macroambiente social, aspectos culturales, derechos humanos, y políticas de beneficencia. En esta esfera, el autor hace un análisis de la distribución social de los recursos y de la beneficencia social general.

### **3.5 Factores de riesgo y protectores para embarazo en la adolescencia.**

Blum [30] en un metanálisis sobre los factores de riesgo y protectores de embarazo adolescente encontró los siguientes factores claves:

#### Factores biológicos y de desarrollo.

Tres variables asociadas con desarrollo fisiológico y la madurez física fueron encontradas como significativas: La edad de la entrevistada, desarrollo puberal temprano y edad al casamiento. Dos estudios encontraron que mientras más mayor es la adolescente es más probable de que se embarace. En Nepal y en Brasil, las adolescentes mayores tuvieron más probabilidades de quedar embarazadas que aquellas de menor edad.

Blum [30], plantea que no es sorprendente que al aumentar la edad aumente la posibilidad de embarazos , debido que al incrementarse los niveles hormonales y la presión del medio social para tener sexo, aumenta la posibilidad de un embarazo.

El autor menciona que en dos estudios en este metanálisis, se encontró que aquellas adolescentes que alcanzaban la pubertad más rápidamente tenían mayor riesgo de quedar embarazadas. De hecho, entre las adolescentes en Sudán, el inicio temprano de la pubertad fue el predictor más fuerte de embarazo adolescente. El casamiento a edades tardías en la adolescencia también fue identificado como un factor de riesgo para embarazo, particularmente en el África Sub sahariana.

#### Educación.

Las adolescentes con mayores niveles educativos tienen menos riesgo de embarazarse que aquellas con menos educación. Un total de 4 estudios en este metanálisis encontró esta relación , por ejemplo, las jóvenes entre 15-19 años en Brasil que tenían bajos

niveles educativos presentaban 4 veces mas probabilidades de quedar embarazadas que aquellas que tenían niveles educativos altos.

Es interesante mencionar que, aquellos adolescentes que tenían empleo presentaban mayores riesgos de estar embarazadas o, en el caso de los hombres, de embarazar a su pareja. Dos estudios encontraron que las adolescentes que se encontraban empleadas tenían 4 veces más probabilidades de estar embarazadas que aquellas que no se encontraban trabajando. El autor de este metanálisis, sugiere que este se puede explicar debido que aquellos individuos que tienen un empleo, tienen menos posibilidades de estar en la escuela.

Relacionado con la educación y con el empleo, el hecho que los adolescentes tengan aspiraciones y metas futuras es importante para la prevención del embarazo no deseado. Dos estudios en este metanálisis encontraron que los adolescentes con bajas expectativas del futuro tenían más riesgo de embarazarse que aquellas que tenían mayores aspiraciones y metas.

#### Conocimiento sobre anticoncepción.

Dos estudios encontraron que tener conocimientos sobre anticoncepción protegía significativamente de un embarazo. De hecho, en Ecuador los adolescentes con altos conocimientos sobre anticoncepción tenían 14 veces menos posibilidades de embarazarse que aquellas con niveles bajos de conocimiento en esta área, siendo este hecho uno de los mayores predictores protectores.

#### Uso de drogas

El uso de drogas incrementa las posibilidades de tener sexo sin protección y por lo tanto, de un embarazo adolescente. En China, 3 estudios en la provincia de Taiwán, encontraron que fumar y consumir alcohol aumentaba significativamente el riesgo de embarazo temprano, este hecho afecta tanto a hombres como a mujeres.

### Factores a nivel de los pares y del compañero

En el metanálisis, dos estudios encontraron que las adolescentes que reportaron tener tenía una amiga embarazada, presentaban hasta 4 mayor riesgo de embarazo. En Chile, las adolescentes que reportaron que su pareja las había convencido para tener sexo, tenían 4.3 veces más probabilidades de presentar un embarazo no deseado.

En Sudáfrica, las adolescentes que discutieron sobre sexo con su novio, también presentaban 4 veces más probabilidades de salir embarazadas.

### Factores familiares y del hogar

Uno de los factores protectores más intensos encontrados, fue el hecho que la adolescente viva con ambos padres (especialmente si el padre biológico se encuentra presente). Un total de seis estudios encontraron esta asociación.

Otros factores familiares que pueden tener un efecto sobre el riesgo de embarazo adolescente, pero los resultados son no concluyente son: La presencia de violencia doméstica en la casa, la educación de los padres, hija de una madre adolescente, presencia del padrastro en el hogar materno y baja supervisión de parte de los padres.

### Factores comunitarios

Trent , mencionado por Blum [30], estudio los factores estructurales en 50 países, encontrando resultados que se contradicen con los resultados anteriormente descritos a nivel individual. Trent encontró que el hecho de tener mayor edad al casamiento fue el factor más importante para disminuir los embarazos adolescentes. Específicamente, Trent encontró que, mientras más alta es la edad de la mujer al casamiento, menor es la tasa de fertilidad adolescente. Este hallazgo indica la importancia de los patrones de casamiento en los países en vías de desarrollo.

Otros factores estructurales, como la fuerza laboral de la mujer y el índice de desarrollo social no tuvieron efecto. Además, aquellas naciones que tenían programas masivos de planificación familiar, no presentaban una disminución en la fertilidad adolescente, lo

que indicaría que estos servicios no llegan a los suficientes jóvenes para tener un impacto en las tendencias nacionales.

### **3.6 Pobreza y embarazo adolescente.**

Según Alatorre Rico [2] , la maternidad temprana marca el inicio de una responsabilidad económica a largo plazo para la cual las madres jóvenes cuentan con pocos recursos y se estresan más ante las limitadas oportunidades laborales. La familia de origen, aún cuando apoya a la nueva familiar no cuenta con recursos y más bien la joven y sus hijos son una carga extra para los familiares.

Alatorre Rico [2] expone que, existe una fuerte asociación entre, embarazo temprano en una generación y la edad del embarazo de la siguiente, ya que es más probable que una mujer que fue madre tempranamente sea hija de una mujer que también fue madre adolescente. Por lo tanto, si el embarazo adolescente se origina principalmente en condiciones de pobreza y a su vez tiene consecuencias económicas y sociales, la repetición intergeneracional del embarazo adolescente puede ser un mecanismo intermediario en la reproducción intergeneracional de la pobreza.

En primer lugar, se considera que las características socioeconómicas afectan el riesgo de embarazo tanto por el contexto normativo como por las oportunidades socioeconómicas disponibles para esas jóvenes. Por ejemplo, un contexto de privaciones económicas puede imponer desventajas a las madres adolescentes a través de una baja escolaridad y capacitación para el trabajo. En México y grupos hispanos en Estados Unidos, generalmente las madres adolescentes tienen baja escolaridad y abandonan la escuela antes del embarazo. Por otro lado, la maternidad adolescente puede profundizar la desventaja socioeconómica, a través de un mayor número de hijos y la formación de uniones inestables. Es más frecuente encontrar madres solteras o en unión libre dentro del grupo de madres adolescentes que entre aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 19 años. Esta condición conyugal lleva a las mujeres a trabajar o a depender económicamente de los familiares.



Otros autores han propuesto que la desventaja socioeconómica de las madres adolescentes descansa sobre todo en los antecedentes familiares y socioeconómicos de las mujeres, más que en características asociadas a su edad al embarazo. Es decir, que independientemente de la maternidad adolescente estas mujeres enfrentarían condiciones de pobreza. Se considera también que se han desestimado las consecuencias del embarazo adolescente.

### Repetición Intergeneracional del Embarazo Adolescente

Las mujeres que fueron madres durante la adolescencia tienen mayor probabilidad de que sus hijas también sean madres adolescentes en comparación a aquellas que fueron madres en la adultez.

En las familias en donde se repite la maternidad adolescente pueden existir normas o creencias construidas culturalmente y refinadas mediante las interpretaciones compartidas por la gente sobre una variedad de factores, incluyendo la longevidad, el acceso a las oportunidades económicas y sociales, la pertenencia a organizaciones sociales, restricciones ambientales y necesidades familiares. Los tiempos de las transiciones en el curso de vida, pueden ser más acelerados; y la maternidad temprana puede representar una opción viable de desarrollo personal disponible en el contexto familiar.

### **3.7 Abuso sexual.**

Save the Children [31] define propone la siguiente clasificación del abuso sexual:

Abuso sexual. Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias o proposiciones verbales explícitas.

Agresión sexual. Cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal con violencia o intimidación y sin consentimiento.

Exhibicionismo. Es una categoría de abuso sexual sin contacto físico.

Explotación sexual infantil. Una categoría de abuso sexual infantil en la que el abusador persigue un beneficio económico y que engloba la prostitución y la pornografía infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil.

Dentro de explotación sexual infantil, existen diferentes modalidades a tener en cuenta, puesto que presentan distintas características e incidencia: Tráfico sexual infantil, Turismo sexual infantil, Prostitución infantil.

Save the Children , [31] propone dos criterios para hablar de abuso:

1. Coerción. El agresor utiliza la situación de poder que tiene para interactuar sexualmente con el menor.
2. Asimetría de edad. El agresor es significativamente mayor que la víctima, no necesariamente mayor de edad.

“En realidad, esta asimetría de edad determina muchas otras asimetrías: asimetría anatómica, asimetría en el desarrollo y especificación del deseo sexual (que no se especifica ni se consolida hasta la adolescencia), asimetría de afectos sexuales (el fenómeno de la atracción en prepúberes tiene menos connotaciones sexuales), asimetría en las habilidades sociales, asimetría en el experiencia sexual.... Por todo ello, ante una diferencia de edad significativa no se garantiza la verdadera libertad de decisión. Esta asimetría representa en sí misma una coerción. “

Félix López y Amalia del Campo.

Es fundamental no concebir el abuso sexual como una cuestión únicamente concerniente a la sexualidad del individuo, sino como un abuso de poder fruto de esa asimetría. Una persona tiene poder sobre otra cuando le obliga a realizar algo que ésta no deseaba, sea cual sea el medio que utilice para ello: la amenaza, la fuerza física, el chantaje.

La persona con poder está en una situación de superioridad sobre la víctima que impide a ésta el uso y disfrute de su libertad. Pero igualmente importante es entender que el “poder” no siempre viene dado por la diferencia de edad, sino por otro tipo de factores. El

abuso sexual entre iguales es una realidad a la que no debemos cerrar los ojos. En este caso, la coerción se produce por la existencia de amenazas o por que hay seducción, pero la diferencia de edad puede ser mínima o inexistente. Aún así, se consideraría abuso sexual.

## 4. MATERIAL Y MÉTODOS

### 4.1 Descripción del sitio de estudio.

Nicaragua es el país más grande de Centroamérica con un área de 130.244 km<sup>2</sup>. Esta dividido en 15 departamentos y 2 regiones autónomas. En el 2003 presentaba una población estimada de 5 480 341 habitantes, 56% en áreas urbanas. 43% de la población general era menor de 15 años; Así mismo, el 23.3% de la población reportó ser analfabeta [19]. En este mismo período, la expectativa de vida al nacimiento era de 70.3 años. En el 2001, Nicaragua presentaba con una tasa global de fecundidad de 3.2 hijos por mujer, con una tasa de fertilidad adolescente de 119 por 1 000 mujeres entre 15 y 19 años [19].

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en el 2001, 45% de la población se encontraba debajo de la línea de la pobreza y 15% vivían en condiciones de extrema pobreza. La pobreza rural era 2.6 veces más alta que la pobreza urbana, por lo tanto 6 de cada 10 nicaragüenses pobres se encontraban en la zona rural; Más importante aún , 8 de cada 10 personas extremadamente pobres residían en el área rural [32].

El sitio de estudio se encuentra ubicado en Poneloya, León. El territorio forma parte de las tierras reclamadas por la comunidad indígena de Sutiava, aunque sus habitantes difieren poco de los típicos habitantes de León.

Poneloya, tiene características semirurales: La mayor parte de sus habitantes tienen acceso a servicios básicos como electricidad, agua potable y servicios de recolección de basura. Los pobladores se encuentran en constante contacto con la ciudad más cercana, León, puesto que el sitio es visitado por turistas todo el año.

No hay datos disponibles sobre el nivel de pobreza en el área, sin embargo no hay razón para asumir que los niveles de pobreza son diferentes al resto de las zonas semirurales del país , donde el 61.7% de la población vive bajo la línea de pobreza [19].

Para el año 2006, el área tiene un estimado de 3 119 habitantes, 35% de ellos menores de 14 años. El 50% de la población es de sexo mujer, con 32.4% en edad reproductiva (10-49 años). Existen aproximadamente 100 niñas entre 10-15 años\* . En Poneloya parece predominar el tipo de familia extendida, aunque los hogares con madres solteras no son la excepción.

La principal fuente de ingresos es la pesca tradicional y la recolección y venta de conchas y mariscos. Tradicionalmente, el área ha sido una popular playa turística. En los períodos de gran afluencia, los habitantes trabajan proveyendo servicios a los visitantes, principalmente la venta de comida.

Otra importante fuente de empleo es el trabajo doméstico en las casas de playa de gente de la ciudad. Existe una planta procesadora de mariscos, sin embargo sólo un pequeño porcentaje de sus empleados provienen de las áreas circundantes. Debido que las fuentes de trabajo son escasas, muchos pobladores (especialmente hombres) migran a las ciudades cercanas o a otros países como Costa Rica y El Salvador en busca de trabajo.

Poneloya cuenta con un puesto de salud que presta servicio de lunes a viernes. El puesto tiene un personal de 2 médicos y tres enfermeras que atienden niños y mujeres principalmente. Así mismo, existe una escuela de educación primaria y secundaria, 1 iglesia católica y 5 iglesias evangélicas. El área sufrió un maremoto en 1992 que destruyó muchas casas y forzó a parte de la población fuera reubicada en un nuevo vecindario llamado "ciudadela" en las afueras del poblado.

#### 4. 2 Diseño

Estudio de tipo cualitativo, que aplica un diseño emergente [23]. Se utilizaron entrevistas a profundidad cuyo contenido fue analizado utilizando la técnica de Teoría Fundamentada.

---

\* Estadísticas INEC.

### 4.3 Participantes y muestreo

Se entrevistaron adolescentes y mujeres jóvenes que hubieran tenido un parto antes de los 15 años. Se escogieron mujeres del área rural debido a que la tasa de fertilidad adolescente es mayor en el campo [18]. Diez mujeres fueron identificadas con la ayuda de informantes claves [33] (líderes comunitarios). Posteriormente se procedió a elaborar una lista de posibles participantes y se entrevistó a la primera mujer de la lista. Después de realizada la entrevista, esta fue transcrita textualmente y analizada para poder entrevistar a la siguiente informante. Este procedimiento fue repetido hasta alcanzar la saturación con 5 entrevistas. Durante el proceso 2 mujeres declinaron ser entrevistadas. Al momento de la recolección de la información las participantes tenían entre 14 y 21 años. Las dos mujeres que declinaron participar estaban en el mismo rango de edad. Aunque las mujeres provenían de una misma área geográfica no se encontraban emparentadas. Las entrevistadas compartían algunas características socioeconómicas pero sus historias familiares son diferentes.

Tabla N. 1. Características personales y familiares de las entrevistadas.

<b>Descripción</b>	<b>“María”</b>	<b>“Juana”</b>	<b>“Carla”</b>	<b>“Jessica”</b>	<b>“ Aminta ”</b>
<b>Edad al primer embarazo</b>	14 años	14 años	13 años	12 años	14 años
<b>Edad a la entrevista</b>	20 años	15 años	15 años	14 años	21 años
<b>Años de educación formal</b>	5 años	5 años	Ninguno	4 años	4 años
<b>Estado civil</b>	Vive con el padre de sus hijos pero no esta casada	Vive con el padre de sus hijos pero no esta casada	Soltera vive con su madre.	Soltera vive con su madre.	Casada vive con esposo
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	Ama de casa	Ama de casa	Empleada doméstica	Ama de casa
<b>Numero de hijos</b>	2	1	1	1	1 (muerto)
<b>Historia de embarazo adolescente en la familia</b>	Madre a los 14 años	Madre a los 14 años	Madre a los 15 años	Madre a los 15 años	Madre a los 14 años, hermana a los 15 años
<b>Edad del compañero en el primer embarazo</b>	23 años	20 años	21 años	17 años	24 años

#### 4.4. Recolección y análisis de los datos

La información fue recolectada a través de entrevistas a profundidad. Como lo sugiere la literatura [34], se utilizó una guía de preguntas temática y dinámica<sup>†</sup>. Esta contenía preguntas generales sobre el tipo de relación de la informante con su madre, su padre y padre de su vástago. Otros temas que se abordaron fueron, el ambiente en la casa materna, experiencias sexuales previas, historia de abuso sexual, uso de anticonceptivos y consecuencias percibidas del embarazo. La guía de preguntas se fue modificando a medida que surgieron temas emergentes en las entrevistas previas.

Se utilizó una grabadora de voz para documentar los datos; estas grabaciones fueron transcritas textualmente. Cada entrevista fue conducida en privado, fuera de la casa de la participante, en un sitio neutral para impedir la interrupción de familiares y extraños y para preservar la confidencialidad y privacidad.

Durante el proceso se reentrevistó a 3 informantes con el objetivo de clarificar dudas sobre el contenido de las entrevistas. Estas reentrevistas también fueron grabadas y transcritas. Posterior a la entrevista, se utilizó un diario de campo para documentar observaciones sobre el comportamiento de las entrevistadas, los antecedentes y características familiares y cualquier otro aspecto que las informantes mencionaron.

La técnica de Teoría Fundamentalada<sup>‡</sup> fue utilizada para analizar los datos debido a que permite crear generalizaciones empíricas a partir de observaciones de la realidad. La codificación describe nuevos hallazgos. Posteriormente, nueva teoría es creada identificando y definiendo categorías y sub categorías, así como relaciones entre estas para llegar a un modelo conceptual [23].

---

<sup>†</sup> Una guía temática contiene una lista de los temas a ser cubiertos en una entrevista semiestructurada. La guía dinámica contiene las preguntas que se van a realizar, mantiene el flujo de la conversación y motive al sujeto a hablar de su experiencia.

<sup>‡</sup> TF es un proceso sistemático de generación de teoría a partir de los datos que utiliza procesos de razonamiento tanto inductivo como deductivo (Glaser & Strauss 1967).

Para la codificación de las entrevistas se utilizó OpenCode versión 2.1 [35]. El análisis inició con la codificación abierta del texto. El segundo paso fue la selección de los códigos, los cuales fueron agrupados en categorías. A continuación se eligió la categoría principal y se utilizó la estrategia de “Las seis C”<sup>§</sup> para crear los códigos teóricos, que dieron lugar a un modelo emergente. Los hallazgos preliminares fueron discutidos con el equipo de investigación y comparados con la teoría existente.

Para aumentar el nivel de validez del estudio se discutieron los resultados con una antropóloga, una ginecóloga y una psicóloga. También se realizó una descripción del ambiente socioeconómico de las entrevistadas.

#### 4.5 Descripción del investigador.

El investigador principal es médico general. Ha trabajado en el campo de salud sexual y reproductiva durante los últimos tres años. Actualmente se desempeña como asistente de investigación en el Centro de Investigación en Demografía y Salud (CIDS) UNAN León.

#### 4.6. Limitantes

Todas las participantes tienen un bajo estatus socioeconómico por lo tanto este modelo no puede ser aplicado a mujeres con un mejor estatus económico. Este estudio fue realizado con adolescentes de un área semi rural por lo que el modelo no puede ser usado para explicar el embarazo en la adolescencia temprana en adolescentes totalmente rurales o totalmente urbanas.

#### 4.7 Consideraciones éticas

El protocolo del estudio fue enviado a arbitraje y evaluación ética a la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN León y se cumplieron todas las recomendaciones del árbitro.

---

<sup>§</sup> Este incluye códigos relacionados a causas, consecuencias, condiciones, contextos, contingencias y covarianzas.



El entrevistador fue entrenado en las técnicas de entrevista a profundidad. Los objetivos del estudio y sus posibles consecuencias fueron explicados a las informantes y sus familias.

A las 2 informantes adultas se les pidió el consentimiento informado por escrito. A las 3 las informantes menores de edad se les pidió el consentimiento informado por escrito a ellas y a su a tutor (en un caso al esposo y en 2 casos a la madre). Al inicio de cada entrevista se pidió autorización verbal para grabar el encuentro, así mismo se informó que podían detener la conversación en cualquier momento si así lo deseaban, así como negarse a responder cualquier pregunta si lo consideraban necesario.

La seguridad de las informantes y del investigador se priorizaron durante todo el proceso de investigación. La privacidad y la confidencialidad fueron preservadas durante la entrevista, como se describe en la sección de " recolección y análisis de los datos " de este capítulo.

Para asegurar la confidencialidad las cintas de audio originales se destruyeron al terminar su transcripción. En la descripción y análisis de los hallazgos, se proveyó de un seudónimo a cada participante. Servicios de apoyo estuvieron disponibles para los participantes que lo necesitaron, 3 mujeres fueron referidas a la Comisaría de la Mujer de la ciudad de León, Nicaragua.

## **5. RESULTADOS**

Se entrevistaron a 5 mujeres con historia de embarazo adolescente entre los 10-14 años. Todas las entrevistadas habitan en el poblado semirural de Poneloya, León. Del análisis emergente de las entrevistas a profundidad, surgieron algunos determinantes y consecuencias del embarazo adolescente. Muchos de estos factores ya han sido previamente identificados en investigaciones con adolescentes de 15 años o mayores, sin embargo, lo particular y novedoso de este estudio es que describe la dinámica de los mismos en niñas menores de 15 años.

Al leer las transcripciones se encontró que el trabajo infantil, la dinámica disfuncional del hogar materno, caracterizado por el maltrato de la madre, el comportamiento abusivo de los padrastros, la falta del cariño y amor paterno percibido, constituyen circunstancias familiares y personales que son comunes a las informantes.

El maltrato materno se expresa como violencia psicológica y física, evidenciada cuando la madre trata de controlar comportamientos de las hijas, especialmente sus relaciones con muchachos de su misma edad.

*“Mi madre siempre me regañaba...ella comenzó a maltratarme cuando tenía 8 años...ella solía pegarme mucho porque me gustaba irme a la playa con mis amigos”.*  
(“Jessica”)

Este maltrato llega a ser tan fuerte que las muchachas prefieren “escapar” de su progenitora antes que seguir tolerando la violencia a la que están expuestas.

*“Yo prefiero aguantarle a mi marido que aguantarle a mi mama...yo pienso... ¿por qué he de vivir con mi madre si ella esta siempre peleando conmigo?, así no, prefiero vivir con mi esposo.”* (“Maria”)

En ocasiones, a esta situación se le suma un padrastro abusivo, cuyo abuso es representado por violencia verbal, física y acoso sexual, llegando incluso, en algunos casos al abuso sexual.

*“Mi padrastro siempre estaba furioso con nosotros, siempre nos insultaba por cualquier cosa que hiciéramos...el solía decir que como nosotros no trabajábamos no debíamos comer. Cuando el bebía nos pegaba, una vez trato de pegarme con un machete cuando estaba embarazada”. (“Carla”)*

Este abuso sexual se agrava, en algunos casos, debido a la negligencia de los parientes adultos que están supuestos a proteger a las niñas por su condición de vulnerabilidad.

*“ Yo no quería a mi padrastro porque el me enamoraba... yo le dije a mi mama pero ella no me creyó!!!... hasta que un día ella lo escucho enamorándose y lo corrió de la casa...pero después lo perdonó.” (“Juana”)*

El ambiente familiar disfuncional, los comportamientos paternos y maternos negativos , percibidos por las niñas como rechazo, abandono, preferencia por otros hermanos y falta de amor, tienen un poderoso efecto en la salud mental de nuestras informantes, contribuyendo a una baja autoestima y a una profunda necesidad de amor insatisfecha.

*“ Yo quisiera ver a mi padre para preguntarle... ¿por qué nunca ha sido un padre para mí?, él solo se preocupa de sus otros hijos y no de mi, es como si yo no valiera nada.” (“Juana”)*

*“ Yo quiero a mi madre y siempre la voy a querer....el día de las madres se acerca...la voy a ir a visitar, le voy a llevar un regalo aunque ella piense que yo no valgo nada, voy a ir porque yo soy su hija y la quiero.” (“Maria”)*

Así, todas estas circunstancias se conjugan para forzar a las niñas a dejar la poca protección del hogar materno y adentrarse en el mundo de los adultos, impulsadas también por la necesidad de trabajar producto de la pobreza en que se encuentran sus familias.

En palabras de “Maria “: “ *Yo no soy originaria de Poneloya, soy de Nagarote, yo venía a vender quesillos aquí y me quedaba con una amiga...fue aquí que conocí al papá de mis hijos... ”*

“ *Cuando tenía 8 años mi hermana y yo salíamos a vender limones, pescado, arroz...a veces íbamos hasta Managua a vender quesillos....” (“ Aminta ”).*

Esta es una difícil transición, puesto que acceden a este nuevo ambiente en una posición de desventaja, es decir, llenas de carencias emocionales, sin apoyo familiar y sin un adecuado proceso de adaptación psicológico y social. En este nuevo mundo, se relacionan con hombres adultos, que en muchas ocasiones son percibidos como una puerta de escape de su difícil situación en el hogar materno y como proveedores del amor y cariño que se encuentra ausente en sus vidas.

“ *Mi padrastro me pegaba mucho...para mí la única manera de escapar de mis problemas era irme de la casa con el padre de mis hijos” (“ Aminta ”)*

Usualmente, estos hombres se acercan a las niñas con una imagen de una persona cariñosa y amable llenos de promesas de amor y ofreciéndoles iniciar una familia para crear un hogar. Esta oferta, explícita o implícita, es aceptada con ilusión por las niñas, dado que se opone a su situación real.

“*Cuando nosotros nos enamoramos, él me dijo que me amaba. Yo me fui de la casa de mi mamá con él, porque no quería seguir sufriendo con mi mamá, me cansé de que mi mamá me estuviera pegando...él me dijo que me iba a dar un hogar”.* (“ Carla ”)

Muchas niñas se enamoran de este " hombre ideal ", encontrándose súbitamente en una " relación de pareja " con este adulto; sin embargo en ninguno de los casos estudiados , las promesas de un futuro mejor fueron cumplidas, dejando a las muchachas con sentimientos de decepción y daño.

*"Cuando él era mi novio era bien cariñoso conmigo,...en ese momento yo no sabía que me iba a engañar y dejarme embarazada."* (" Aminta ")

Estos hombres, también son percibidos como proveedores por las familias de las niñas, ya que se presentan como individuos capaces de dar apoyo material y contribuir al bienestar del núcleo familiar. Por lo tanto, casar o " juntar " a una hija con esta persona puede ser una salida al estado de pobreza de su familia.

*"Su nombre era Armando, cuando lo conocí el tenía 20 años y yo 12 años. Armando estaba trabajando como soldador en Poneloya... solía venir a mi casa a coquetear conmigo y quería que yo fuera su novia, pero a mi no me gustaba. Finalmente, tuve que decir que si porque mi madre insistió e insistió...ella quería que yo estuviera con él porque el trabajaba y me daba regalos."* (" Carla ")

En este entorno socio-cultural, los hombres no reconocen la condición de las niñas, percibiéndolas como " mujeres chiquitas " que obran con condición propia y voluntad, por lo tanto el entrar a una " relación de pareja " con un adulto las lleva invariablemente al sexo y al embarazo temprano. En esta situación, es claro el desbalance en las relaciones de poder, siendo hombre quien lo ejerce. En la práctica, esto se traduce, en la disminución de la capacidad de las niñas para negociar el uso de anticonceptivos, entre otras cosas.

*"El me llevo a su casa y cuando llegamos, él quería que tuviera relaciones sexuales inmediatamente...entonces me llevo a la cama...Yo le decía y le decía que no quería tener relaciones sexuales pero él lo hizo de todos modos"* (" Carla ")

El no tener control de eventos tan importantes en su vida deja a las niñas con sentimientos de frustración y furia que posteriormente se traducen en resignación y aceptación de su situación actual (embarazo, violencia de pareja íntima) como si fuera un “destino inevitable”.

*“ Cuando salí embarazada muchas cosas cambiaron en mi vida, pero fueron cambios para mal...si yo no hubiera salido embarazada todavía estuviera estudiando...pero ahora creo que este era mi destino y como mi destino tengo que aprender a vivir con él”*  
(“ Maria ”)

No es de extrañar que en este contexto exista un ambiente permisivo para estos embarazos, debido a la historia familiar de embarazo adolescente. Este hecho es un poderoso factor en este estudio. Todas las madres de las informantes fueron madres adolescentes como ellas, algunas comenzaron a tener hijos antes de los 14 años. El efecto de esta maternidad temprana en las madres de las informantes es evidente no solo en estas, sino también en sus hermanas. Dos de las informantes tienen hermanas que también son madres adolescentes.

*“Mi madre tuvo su primer hijo cuando tenía 14 años...ahora yo tengo 7 hermanos y hermanas. Somos tres mujeres, la mayor tiene 19 años, la segunda tiene 17 años y después vengo yo.....todas ya somos mamá.”* (“ Juana ”)

Al ambiente permisivo, se le suma el hecho que culturalmente la virginidad de las mujeres es una cualidad altamente valorada para las informantes y sus familias, que define el valor que tiene una mujer ante otras mujeres, los hombres y la sociedad en general.

*“El me llevo a su casa (para tener relaciones sexuales) porque pensó que yo no era virgen...el pensó que solo iba a usarme y dejarme como hacen los hombres con mujeres que no son vírgenes, después de que tuvimos relaciones el estaba asustado porque se dio cuenta de que yo era virgen”* (“ Carla ”)

Este hecho toma importancia, debido que el primer compañero sexual de una mujer se convierte en una persona muy importante, tan importante en este estudio, que las niñas piensan que es con esta persona con la que deben de permanecer toda su vida.

*“El fue el primero, el que tomo mi virginidad, como el fue el primero es con el con el que me debo de quedar...me quede con el aunque yo no quería”* (“Maria”)

Más aún, muchas veces la familia de la adolescente exige, a manera de retribución por el “daño hecho”, que el hombre se case con la adolescente para que asuma la responsabilidad económica del nuevo bebe, forzando a las niñas a una relación impuesta.

*“Le dije a mi madre que el quería tener relaciones sexuales conmigo...entonces mi madre lo confronto y le dije...vos sabes que una mujer necesita ropa, zapatos, que una mujer come, así que quiero saber si vos estas preparado para asumir esa responsabilidad...y el respondió que si.”* (“Juana”)

*“Cuando mi mama se dio cuenta que yo ya no era virgen, ella se vino a Poneloya a encararlo...ella le dijo que como le había sido el que me había deshonrado el tenia que casarse conmigo...su primera reacción fue decir que el era pobre y que por eso no se iba a casar conmigo, pero después que mi mama lo presiono el accedió a casarse.”* (“Aminta”)

Otro factor contribuyente al ambiente social tolerante, es la visión de las mujeres como “objetos”, como tales pueden ser controladas y no tener independencia. Son “objetos” que pertenecen a alguien y que tienen que apegarse a los deseos de su “dueño”. Usualmente los eventos en su vida no están bajo su control sino en manos de su familia o compañero.

*“Cuando tenía 10 años, me fui para Costa Rica con un hombre que era el esposo de mi mamá cuando yo nací...me fui con él porque él se hizo cargo de mi mamá cuando estaba embarazada de mí, por eso yo nací en su **poder**” (“ Juana ”)*

*“ Una señora vino de León y le pregunto a mi madre si me podía prestar para ir a trabajar en su casa, así que me fui **prestada** pues ” (“ Carla ”)*

Así mismo esta visión de las mujeres como objetos hace que sus compañeros desarrollen un sentido de propiedad sobre ellas imponiendo sus deseos y ejerciendo control sobre su vida.

*“ El me llevo a su casa y me obligo a tener relaciones sexuales con él...yo le decía...llévame a mi casa, llévame a mi casa...y él me contesto...para que te vas a ir si vos ya sos mi mujer ” (“ Jessica ”)*

Finalmente, como consecuencia de los factores descritos y de su embarazo, las jóvenes experimentan Violencia de Pareja Intima severa y abuso sexual, situación descrita como *“ Vida Infierno ”*. En este estudio, todas las niñas que todavía viven con el padre de su hijo sufren violencia de pareja íntima física, verbal y sexual que inició mientras estaban embarazadas. La violencia se intensifica, cuando las niñas salen del hogar materno para vivir en la casa del compañero, donde no cuentan con la protección de sus familiares.

*“La vida ha sido difícil para mí... ha sido difícil porque siempre estoy peleando con mi compañero...él solía pegarme bastante cuando estaba embarazada. Una vez que tenía 8 meses de embarazo me pateo y me arrastro del pelo hacia el patio” (Maria).*

La violencia no es un hecho nuevo en la vida de las informantes. Algunas de ellas vienen de hogares con historia de violencia doméstica, donde observaron a sus madres ser golpeadas por sus padres o padrastros, en otras palabras crecieron viendo a la violencia como algo normal, como parte de la vida diaria, por lo tanto no es difícil para ellas aceptar esta situación cuando la experimentan.



*“Mi padre era muy celoso, el solía pegarle bastante a mi madre, igual que mi marido me pega a mi”. (“Maria”)*

El abuso sexual es consecuencia del entorno socio-cultural permisivo. Usualmente pasa durante el primer encuentro sexual con el adulto. Este primer encuentro es usualmente impuesto, forzado, en ocasiones hasta percibido como una violación.

*“La primera vez que tuve relaciones sexuales con mi esposo fue horrible. Yo le decía que se detuviera pero le no quería, esa noche el hizo lo que quiso conmigo.” (Carla)*

## 6. El modelo

Los determinantes anteriormente descritos fueron agrupados en 3 categorías, siguiendo el proceso de análisis de la " Teoría Fundamentada ":

1. Ambiente sociocultural negativo. Este engloba 3 subcategorías que representan algunos valores sociales identificados en esta comunidad. Estos fueron nombrados como: " Virginitad Valorizada ", " Mujeres como Objetos ", " Hombres Como Escape ". Así mismo, se incorpora dentro de esta categoría al Trabajo Infantil.

2. Familia disfuncional. Describe las antecedentes del hogar materno hostil, (" Hija de una Madre Adolescente "), el tipo de relación de la entrevistada con sus padres biológicos (" Maltrato Materno " y " No Amor Paterno ") y en algunos casos con el padrastro (" Padrastro Abusivo ").

3. Indefensión. Esta categoría grupa los sentimientos (" Baja Autoestima " y " Impotencia ") y carencias efectivas (" Necesidades Insatisfechas de Amor ") generadas por los determinantes a nivel social y familiar.

Así mismo, se identificaron dos consecuencias del embarazo adolescente. La primera representa las experiencias de violencia de pareja íntima que experimentan las entrevistadas durante su relación con el padre de su hijo, la cual fue denominada como " Vida Infierno ". La segunda " Abuso Sexual " representa la violencia sexual que sufrieron algunas de estas de las informantes.

Posteriormente, las categorías y las consecuencias fueron, a través el proceso de codificación teórica, integradas en un modelo conceptual, el cual se presenta a continuación.

### Modelo de Embarazo Adolescente Temprano.



Este modelo muestra como los elementos en el ambiente socio-cultural influyen el surgimiento de los factores a nivel familiar y personal. Por lo tanto el Ambiente Socio-cultural Negativo es definido como la categoría principal. De la interacción entre las categorías surgen las dos consecuencias del embarazo temprano: Vida inferno y Abuso sexual.

El modelo final comparte características con el modelo ecológico de la violencia utilizado primero por Belsky [36] , y posteriormente por Heise [37] y Ellsberg [38], ya que agrupa los factores identificados en niveles sociales , familiares y personales. Asimismo, se asemeja al modelo de determinantes de la salud adolescente propuesto por Lindstrom [28], cuando en la categoría " Indefensión " examina los recursos y estado mental-sicológico con el que cuentan estas niñas. Igualmente, el modelo construido explora la estructura familiar y su funcionabilidad (categoría " Familia Disfuncional ") y algunos

aspectos del ambiente socio-cultural, que se corresponden con la esfera “ interpersonal ” y “ global ” de Lindstrom respectivamente.

## 7. Discusión

La necesidad de buscar los medios para su propia sobrevivencia, expresado en el trabajo infantil, es un mecanismo que influye significativamente en la génesis de estos embarazos tempranos. Uno de sus efectos es la limitación de las oportunidades de las niñas para educarse, hecho que se ha asociado al aumento de la fertilidad tanto en mujeres adultas [39] como adolescentes [28, 30]. En Nicaragua, una investigación previa [39], encontró que la baja escolaridad en las mujeres estaba asociada a altos niveles de fertilidad.

El bajo nivel educativo no solo afecta la fertilidad de las adolescentes, sino que a largo plazo, también limita el acceso a empleos bien remunerados y por ende a una mejor situación económica para ellas y sus familias. Este es un factor clave debido que contribuye a la perpetuación del círculo de la pobreza y aumenta las posibilidades de transferir esta a sus hijos [2].

Por otro lado, el trabajo infantil, es uno de los factores que obligan a las niñas a salir de la escasa protección que les brinda el hogar materno hacia el mundo de los adultos. Una vez que las niñas se encuentran en este “ mundo adulto ”; algunas concepciones socioculturales facilitan su embarazo temprano.

Una de estas concepciones, es que los hombres de este entorno perciben muchas veces a las mujeres, y por ende a las niñas, como objetos. Esta percepción ha sido previamente identificada en otras investigaciones en Centroamérica [40, 41]. Vistas como objetos, las mujeres adolescentes tienen más “ valor ” que las mujeres adultas porque son “ nuevas ”; “ sin usar ”; “ inexpertas ” y pueden ser fácilmente controladas. Por otro lado, las mujeres adultas son “ viejas ”; “ usadas ”; con menos valor. Partiendo de esta concepción se deduce que las relaciones sexuales con adolescentes jóvenes son consideradas como un

signo de de hombría y prestigio [40, 41], puesto que “ *mientras más nueva, mejor* “. Esta actitud permisiva contribuye a que estos embarazos no sean percibidos como anormales.

Otra concepción que facilita los embarazos tempranos, es el hecho que la virginidad femenina es una característica valiosa para las niñas en este estudio, en muchos casos define su valor ante su familia, amigos y ante la sociedad en general. Un estudio cualitativo en Nicaragua encontró datos similares [3]. En este estudio se describió este fenómeno como “ *Síndrome de la Virgen Maria* “, reportado primero por Collinson [42], que “ *provee una imagen idealizada de las mujeres como madres, personas pasivas, sumisas y objetos sexuales que se deben de quedar con el primer hombre con el que tienen relaciones sexuales* “.

Esta idea de que el hombre que “ *toma* “ la virginidad de una mujer es con el que se deben de casar contribuye que algunas de las niñas de este estudio se encuentren en “ relaciones de pareja “\*\* que realmente no desean. 3 de las informantes de este estudio fueron presionadas por sus familiares para ingresar en estas uniones, asumiendo que el adulto se haría cargo de la manutención de la niña y del bebé que esperaba, sin embargo esto no fue el caso. Resultados similares fueron encontrados en un estudio mexicano sobre pobreza y embarazo [2].

Otro factor que contribuye a la salida de las niñas del hogar materno, es el ambiente hostil del mismo, caracterizado por maltrato materno, padrastros abusivos y padres ausentes. El maltrato materno conlleva a una pobre relación madre-hija, que dificulta la comunicación y despoja a la adolescente de una importante fuente de apoyo y protección, exponiéndola a riesgos tales como el abuso sexual, presente en 3 de las participantes de este estudio. Estos hallazgos coinciden con un estudio encontró que las niñas que reportan bajo cuidado materno tienen mas probabilidades de reportar abuso sexual [16]. La historia de abuso sexual es un factor de riesgo para embarazo adolescente, se ha descrito que las adolescentes víctimas de abuso sexual tienen más probabilidades de tener relaciones

---

\*\* Puesto que en realidad no se puede hablar de relaciones de pareja entre un adulto y una niña.

sexuales consensuales [15] y de embarazarse [14-16] que las adolescentes que no han estado expuestas al abuso.

La presencia de un padrastro en el hogar materno es en si factor de riesgo para embarazo adolescente descrito por la literatura [16], más aún, si como ocurre a algunas de las informantes de este estudio, el padrastro también es posible abusador sexual, que las maltrata psicológica y físicamente. Por eso, no es de extrañar, que un estudio cuantitativo realizado en Nicaragua [43] haya encontrado que la presencia del padrastro en la casa materna era el mayor predictor para inicio sexual temprano y embarazo en adolescentes.

La ausencia del padre, tanto física como emocionalmente, con el consiguiente escaso apoyo material y afectivo, es una característica común de todas las informantes. Este es un hecho significativo, debido que la ausencia del padre en la casa ha sido identificado como un factor de riesgo para el inicio de noviazgos antes de los 13 años [44] y para embarazo adolescente [3, 30]. Pareciera ser que el rechazo y la falta de apoyo paterno percibido por las informantes afecta a las entrevistadas de manera muy profunda influyendo en una baja autoestima, hallazgo que se ha asociado al embarazo adolescente [3, 45]. Este hallazgo parece ser especialmente cierto con las adolescentes menores de 15 años; un estudio en Ecuador con 201 niñas embarazadas menores de 15 años encontró que ninguna de ellas vivía en una estructura familiar completa (padre y madre) [12].

Es necesario mencionar que no siempre el tener una familia nuclear previene el abuso sexual. Según estadísticas de la Policía Nacional de Nicaragua en el 2004, el 18% de los abusos cometidos contra niños y niñas fueron por parte de un familiar cercano entre ellos sus mismos padres, tios, primos y hermanos. Asimismo, la familia completa tradicional (padre y madre), actua como un factor protector para el embarazo adolescente solamente si existe comunicación, confianza y respeto entre sus miembros.

Como consecuencia de los factores ya descritos, estas niñas se encuentran en desventaja en el ambiente adulto en el que son forzadas a desenvolverse, no sólo por su limitado desarrollo sicosocial, sino también por su baja autoestima. Es importante resaltar que

múltiples estudios han identificado la baja autoestima como un factor de riesgo para el embarazo adolescente [3, 28, 46, 47].

Una vez que las niñas se encuentran en el mundo adulto, los hombres adultos juegan un rol muy importante en la gesta de los embarazos adolescentes. 4 de los 5 padres de los bebés de las adolescentes de este estudio son adultos, es decir hombres que al momento del embarazo de las informantes tenían al menos 20 años o más (ver tabla N.º 1).

Aunque la mayoría de los estudios sobre embarazo adolescente no exploran la edad del compañero, la paternidad adulta de los embarazos adolescentes ha sido reportada; un estudio en California encontró que los adultos eran responsables del 49% de los embarazos adolescentes [11]. Este era un hecho especialmente importante para las madres más jóvenes (menores de 15 años), quienes tenían más probabilidades de tener un compañero 5 o más años mayor que ellas [48]. Se ha descrito que a menor edad de la madre, mayor era el compañero. Un estudio encontró que, la mayoría de los embarazos en mujeres menores de 15 años fueron procreados con hombres que les llevaban 6 o 7 años [8], lo que se corresponde con los hallazgos de este trabajo.

Aunque pareciera que tener relaciones sexuales con un adulto debería proteger a las adolescentes de los embarazos e infecciones de transmisión sexual debido a la mayor experiencia del adulto, este no es el caso. El riesgo de embarazo en este tipo de relación es alto. El tener relaciones sexuales con un hombre adulto no necesariamente significa que sea sexo seguro [3]. Los condones pueden no ser usados porque el adulto piensa que las adolescentes no tienen infecciones de transmisión sexual. Asimismo, los adultos que tienen sexo con menores usualmente dejan la responsabilidad de la anticoncepción a las adolescentes debido a que esta es la manera como se comportan con sus compañeras adultas [3, 49]. Este es un hecho importante que pone a las adolescentes en un serio riesgo de contraer VIH SIDA [49].

La relación entre un hombre adulto y una niña en sí perjudicial, porque la coloca en una posición desigual de poder. En este ambiente, pareciera ser que las niñas se sienten

impotentes debido que en muchas ocasiones tienen dificultades para resistir las relaciones sexuales no deseadas, negociar el uso de anticonceptivos [9] o defenderse en situaciones de violencia de pareja íntima [50] [49], como es el caso las informantes de este estudio. Los sentimientos de impotencia son en general reforzados cuando la víctima trata de parar el abuso pero no es escuchada [51]. Estos resultados son similares a los que encontró el Estudio Multicultural de Salud de la Mujer y Violencia Doméstica de W.H.O [52]. En este estudio, el 30% de las mujeres que reportaron haber tenido relaciones antes de los 15 años describieron esta primera experiencia como forzada.

En esta situación, esta investigación coincide con McIntyre [29], cuando se observa que la Violencia de Pareja Íntima (VPI) es magnificada por el hecho que la niña se encuentra aislada de su familia, en un hogar ajeno donde recibe escaso apoyo y/o protección de los habitantes de su nuevo grupo familiar. Si bien se pensaría que el embarazo es un factor protector para la violencia, todas las informantes reportaron que la VPI inició durante su embarazo, dato que coincide con Valladares [53] quien encontró que el 48% de las mujeres adolescentes embarazadas en un estudio comunitario reportaron VPI. Aunque esta tesis no pretende explorar las causas de la VPI que sufren las niñas, uno de los posibles orígenes de esta son los embarazos no deseados por parte del compañero, sin embargo esta relación no está clara y debe de explorarse con mayor profundidad en estudios posteriores.

Como se describió con anterioridad, es claro que para las niñas de este estudio la “*relación de pareja*” con los adultos es nociva; sin embargo es importante resaltar que la misma también es un delito antes las leyes Nicaragüenses. En el Código Penal de Nicaragua [54], Capítulo. VII, Art. 195 se establece que “*comete el delito de violación el que usando la fuerza, la intimidación, o cualquier otro medio que prive de voluntad, razón, o de sentido a una persona, y tenga acceso carnal con ella.....*”. Asimismo, la ley es explícita cuando se refiere a la diferencia de edad entre la pareja, y al consentimiento o no de la menor para tener relaciones sexuales. En el art. 195 del mismo código, se señala textualmente que “*se presume la falta de consentimiento cuando la*



*víctima sea menor de 14 años o cuando sea una mujer casada o en unión de hecho estable, a quien el violador hace creer que es su marido.*”

Otra figura jurídica que se aplica a la relación entre la niña y el adultos es la del estupro. El art. 196 del Código Penal de Nicaragua [54], describe que comete estupro “ *el que tuviera acceso carnal con otra persona, mayor de 14 años y menor de 16 años interviniendo engaño* “. Ambas situaciones (violación y estupro) se corresponden con las experiencias de las informantes de este estudio.

Finalmente, la historia familiar de embarazo adolescente, donde la madre también fue madre adolescente es un hecho significativo en este estudio. Pareciera ser que influye por lo menos en dos vías: Por un lado, contribuye a que los embarazos de las niñas no sean considerados como anormales puesto que sus madres también fueron madres adolescentes. Por otro lado, los hijos de madres adolescentes están mas expuestos a un ambiente familiar inestable y por lo tanto, tienen mayor riesgo de reproducir el patrón reproductivo de la madre [3]. Esto coincide con la literatura consultada ha descrito que la familia provee modelos específicos de comportamientos de salud [28]. En este caso, la historia reproductiva de la madre es esencial , si la madre se embarazo antes de los 19 años, el riesgo de que la hija también tenga un embarazo adolescente es mucho mayor [2, 3, 44].

## **8. Conclusiones**

Los resultados encontrados en este trabajo son consistentes con estudios previos realizados en Nicaragua con adolescentes mayores de 15 años. Sin embargo el presente estudio muestra hallazgos valiosos que no han sido descritos anteriormente a profundidad y que tienen implicaciones en materia de salud pública. El primer hallazgo es el rol que juega el trabajo infantil en el embarazo precoz de estas niñas, donde se observa que además de limitar su educación formal, las expone prematuramente a los riesgos de ambiente adulto sin un adecuado desarrollo socicosocial. Este es un hecho clave, pues refuerza la necesidad de mantener a las niñas en sistema educativo formal para disminuir el riesgo de embarazo.

Otro descubrimiento novedoso en este ambiente, es el rol esencial que juegan los hombres adultos en la paternidad de estos embarazos. La asimetría de edad entre el adulto y la niña, cuestiona el carácter consensual de la relación sexual. Es claro que las “*relaciones de pareja*” que viven estas niñas enmascaran el abuso sexual que esta presente de facto, donde se muestra claramente la violación a las leyes nicaragüenses que prohíben las uniones entre un niña y un adulto. Ante estos casos, las autoridades nacionales competentes, deben de actuar para prevenir y castigar este tipo de relación. Asimismo, es necesario que las intervenciones para prevenir los embarazos adolescentes tomen en cuenta la paternidad adulta de los mismos.

Asimismo, como se muestra en este estudio, es necesario reforzar la autoestima de las niñas, a través de acciones educativas empoderadoras en las escuelas. Estas intervenciones deberán hacer énfasis en los derechos de las niñas y sobre todo en los conceptos de cuidado y control de su propio cuerpo, con el objetivo de potenciar el autocuidado ante los abusos sexuales.

De estos resultados podemos concluir que el embarazo para estas niñas es una desventaja significativa para su vida y que las consecuencias son más severas debido a su falta de desarrollo emocional, físico y social. Para estas mujeres jóvenes no se pudo lograr una

saludable transición entre la niñez y la adultez. El embarazo mismo y sus consecuencias no permitieron que estas mujeres alcanzaran su independencia, se prepararan para una vocación, completaran su educación o desarrollaran habilidades para tener relaciones saludables con sus compañeros y otros adultos, habilidades que necesitaran para poder desarrollar su vida de manera satisfactoria.

## **9. Recomendaciones**

1. Es necesario realizar investigaciones que permitan conocer las características del fenómeno en las zonas urbanas del país. Asimismo, se sugiere medir la frecuencia de los factores identificados en este trabajo, en estudios comunitarios con el objetivo de conocer la prevalencia de estos en la población.
2. Las instituciones competentes del estado deben de aplicar las leyes concernientes a la relación entre una niña y un adulto, para prevenir el abuso sexual presente. Es necesario educar a la población sobre las leyes concernientes al abuso sexual para desmitificar el hecho de que las relaciones sexuales entre un adulto y una niña son lícitas, y por ende contribuir a la denuncia de estos delitos.
3. Se debe de aplicar las leyes concernientes al trabajo infantil, de manera que este no interrumpa con la educación de las niñas ni las exponga a ambientes nocivos, donde puedan ser abordados por posibles abusadores.
4. Es necesario crear y aplicar programas que permitan disminuir el impacto de los embarazos en la vida de estas niñas.

## **9. Referencias.**

1. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. 1994, O.N.U: El Cairo. p. 115.
2. Alatorre Rico, J. and L.C. Atkin, *El embarazo adolescente y la pobreza*, in *Mujeres pobres: Salud y trabajo*, P.y.V.S. Bonfil, Editor. 1998, Gimtrap: Mexico. p. 13-30.
3. Zelaya, E., *Teenage sexuality and reproduction in Nicaragua: Gender and social differences*, in *Epidemiology and Public Health Department*. 1996, Umea University: Umea, Sweden. p. 365.
4. Menacker, F., et al., *Births to 10-14 year-old mothers, 1990-2002: trends and health outcomes*. Natl Vital Stat Rep, 2004. **53**(7): p. 1-18.
5. Satin, A.J., et al., *Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years*. Am J Obstet Gynecol, 1994. **171**(1): p. 184-7.
6. Donoso, E., J.B. Valdivieso, and L. Villarroel, *Natalidad y riesgo reproductivo en adolescentes de Chile, 1990-1999*. Revista Panamericana de Salud Pública, 2003. **14**(1): p. 3-8.
7. Children, s.t., *Children having children. State of the World's Mothers 2004*, T. Geoghegan, Editor. 2004, Save the Children: Westport, Connecticut. p. 38.
8. Males, M.A., *Adult involvement in teenage childbearing and STD*. Lancet, 1995. **346**(8967): p. 64-5.
9. Agurcia, C.A., et al., *The behavioral risks and life circumstances of adolescent mothers involved with older adult partners*. Arch Pediatr Adolesc Med, 2001. **155**(7): p. 822-30.
10. Kaestle, C.E., D.E. Morisky, and D.J. Wiley, *Sexual intercourse and the age difference between adolescent females and their romantic partners*. Perspect Sex Reprod Health, 2002. **34**(6): p. 304-9.
11. Taylor, D., et al., *Risk factors for adult paternity in births to adolescents*. Obstet Gynecol, 1997. **89**(2): p. 199-205.
12. Chedraui, P.A., et al., *Determinant factors in Ecuador related to pregnancy among adolescents aged 15 or less*. J Perinat Med, 2004. **32**(4): p. 337-41.
13. Romans, S.E., J.L. Martin, and E.M. Morris, *Risk factors for adolescent pregnancy: how important is child sexual abuse? Otago Women's Health Study*. N Z Med J, 1997. **110**(1037): p. 30-3.
14. Stock, J.L., et al., *Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls*. Fam Plann Perspect, 1997. **29**(5): p. 200-3, 227.
15. Fiscella, K., et al., *Does child abuse predict adolescent pregnancy?* Pediatrics, 1998. **101**(4 Pt 1): p. 620-4.
16. Fergusson, D.M., L.J. Horwood, and M.T. Lynskey, *Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization*. Child Abuse Negl, 1997. **21**(8): p. 789-803.
17. Bank, W. 2006 *World Development Indicators. Table 2.16*. [cited November 13 Th, 2006]; Available from: <http://devdata.worldbank.org/wdi2006/contents/Section2.htm>.

18. **Censos, I.N.d.E.y.,** *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001.* 2001, **Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC):** Managua.
19. PAHO, *Perfil de país.* Boletín Epidemiológico, 2003. **24**(1).
20. Martínez, M. and R. Collado, *Las niñas-madres: un drama nacional,* in *El Nuevo Diario.* 31 de julio 2006: Managua.
21. INIM, *Un cuarto de siglo en la bibliografía nacional sobre embarazo en adolescentes.* 1997, Instituto Nacional de la Mujer-Fondo de Población de las Naciones Unidas: Managua, Nicaragua. p. 62.
22. Nicaragua., O.P.S.R., *Diagnóstico de Situación de Adolescencia.* 1999, OPS-OMS: Managua, Nicaragua. p. 70.
23. Dahlgren, L., M. Emmelin, and A. Winkvist, *Qualitative Methodology for International Public Health.* 2004, Umea, Sweden: Umea University. 219.
24. UNESCO, *Handbook for educating on adolescent reproductive and sexual health, Book One: Understanding the adolescent and their reproductive and sexual health: Guide to better educational strategies.* 1998, Bangkok: UNESCO Principal Regional Office for Asia and the Pacific. Regional Clearing House on Population Education and Communication. 38.
25. Kimmel, D. and I. Weiner, *Adolescence. A Developmental Transition.* 2 ed. 1995, New York / Chichester / Brisbane / Toronto / Singapore: John Wiley and Sons, INC. 125.
26. W.H.O, *Adolescent Pregnancy. Issues in Adolescent Health and Development.* 2004, Geneva: W.H.O. 86.
27. Issler, J., *Embarazo en la Adolescencia.* Revista de Postgrado de de la Cátedra VI Medicina., 2001(107): p. 11-23.
28. Raphael, D., *Determinants of health of North-American adolescents: evolving definitions, recent findings, and proposed research agenda.* J Adolesc Health, 1996. **19**(1): p. 6-16.
29. McIntyre, P., *Married adolescents: No place of safety.* 2006, Geneva: W.H.O. 35.
30. Blum, R., *Risks and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries.* 2005, World Health Organization and John Hopkins Bloomberg School of Public Health: Geneva. p. 199.
31. CHILDREN, S.T., *ABUSO SEXUAL INFANTIL:MANUAL DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES,* ed. S.t. Children. 2001: Save the Children.
32. Mayorga, D.M. and J.F. Rocha, *Perfil y características de los pobres en Nicaragua. 2001.* 2002, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.: Managua. p. 159.
33. W.H.O, *Qualitative Research For Health Programmes.* 1994, Geneva: World Health Organization. 102.
34. Kvale, S., *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing.* 1996, Thousand Oaks, California.: SAGE Publications,Inc. 309.
35. UMDAC and Epidemiology, D.o.P.H.a.C.M.U.U., Sweeden, *OpenCode.* 2001, Umea University: Umea, Sweeden.
36. Belsky, J., *Child maltreatment: An ecological integration.* N C Med JJ, 1980. **34**(4): p. 320-335.
37. Heise, L.L., *Violence against women: an integrated, ecological framework.* Violence Against Women, 1998. **4**(3): p. 262-90.

38. Ellsberg, M.C., *Candies in hell. Research and action on domestic violence against women in Nicaragua.*, in *Department of Public Health and Clinical Medicine*. 2000, Umea University, Sweden: Umea. p. 95.
39. Pena, R., et al., *Fertility and infant mortality trends in Nicaragua 1964-1993. The role of women's education.* J Epidemiol Community Health, 1999. **53**(3): p. 132-7.
40. OIT-IPEC, *Explotaciòn Sexual Comercial y Masculinidad. Un estudio regional cualitativo con hpmbres de la poblaciòn en general.* 1ra ed. 2004, San Josè, Costa Rica.: Oficina Internacional del Trabajo. 207.
41. CODENI and F.C.d.I.N.y. *Adolescencia, Así piensan y actúan los abusadores y explotadores sexuales. Una visiòn masculina de violencia sexual.* 2005, Managua: CODENI. Comisiòn de No Violencia. 79.
42. Collinson, H., *Women and Revolution in Nicaragua.* 1990, London: Zed Books.
43. Zelaya, E., et al., *Gender and social differences in adolescent sexuality and reproduction in Nicaragua.* J Adolesc Health, 1997. **21**(1): p. 39-46.
44. Marques, N.M. and G.J. Ebrahim, *The antecedents of adolescent pregnancy in a Brazilian squatter community.* J Trop Pediatr, 1991. **37**(4): p. 194-8.
45. Claussen, A.H. and P.M. Crittenden, *Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment.* Child Abuse Negl, 1991. **15**(1-2): p. 5-18.
46. Lipovsek, V., et al., *Correlates of adolescent pregnancy in La Paz, Bolivia: findings from a quantitative-qualitative study.* Adolescence, 2002. **37**(146): p. 335-52.
47. Litt, I.F., *Through the looking glass: self-esteem in adolescents.* J Adolesc Health, 1996. **19**(1): p. 1.
48. Lindberg, L.D., et al., *Age differences between minors who give birth and their adult partners.* Fam Plann Perspect, 1997. **29**(2): p. 61-6.
49. Luke, N., *Confronting the 'sugar daddy' stereotype: age and economic asymmetries and risky sexual behavior in urban Kenya.* Int Fam Plan Perspect, 2005. **31**(1): p. 6-14.
50. Radhakrishna, A., R. Gringle, and F. Greensdale, *Identifying the Intersection: Adolescent Unwanted Pregnancy, HIV-AIDS and Unsafe Abortion*, C.E. Hord, Editor. 1997, IPAS: Carrboro, N.C. p. 20.
51. Finkelhor, D. and A. Browne, *The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization.* Am J Orthopsychiatry, 1985. **55**(4): p. 530-41.
52. W.H.O, *W.H.O multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.* 2005, World Health Organization: Geneva.
53. Valladares, E., *Partner Violence During Preganacy Psychosocial Factors and Child Outcomes in Nicaragua*, in *Department of Public Health and Clinical Medicine*. 2005, Umea: Umea, Sweden. p. 57.
54. *Código Penal de la República de Nicaragua.* 1999, Managua: BITECSA. 251.

## **10. Apéndice**

### **10.1 Códigos y categorías**

<b>Códigos</b>	<b>Sub categorías</b>	<b>categorías</b>
Trabajo-niña Trabajo-embarazada Vida difícil	<b>Trabajo Infantil</b>	
Pertenece-hombre Hombre-derecho	<b>Mujeres como objetos</b>	
Hacerme/el/mal/y/dejarme Virginidad Asumir-consecuencias	<b>Virginidad valorizada</b>	
Mama-interesada Hombre-rico Marido-viejo Hombre-depredador Engaño Daño Promesas Enamorarse	<b>Hombre como escape</b>	<b>Ambiente sociocultural negativo</b>
Padre-negó Padre no apoya Mipapa-duele. Papa-noquiere Padre-ausente	<b>No amor paterno</b>	
Mama-noquiere Rechazo Nocariño-materno Mi-mama-meduele Madre-celosa	<b>Maltrato materno.</b>	
Padraastro-humilla Padraastro-acosa No-aguantar Padraastro-corre Hogar-hostil	<b>Padraastro abusivo</b>	
Madre-niña	<b>Madre adolescente</b>	

<b>Códigos</b>	<b>Sub categorías</b>	<b>categorías</b>
Mama-da-por-menos Madre-prefiere padrastro No querida Sentirse mal Porquea-ellay- noami Papa-no-quiere Orgullo-herido Mama-abandono	<b>Baja autoestima</b>	<b>Indefensión</b>
Necesita-amor Necesita.madre Necesita.padre Celos Quiero q me quieran Falta-atención Falta-amor Tristeza	<b>Necesidad de cariño insatisfechas</b>	
Frustración Resignación Indefensión Furia Vergüenza Humillación Destino-inevitable Sumisión No control	<b>Impotencia</b>	



Códigos	Consecuencias
<p> Marido-humilla  Marido-pega  Marido-manipula  Marido-controla  Miedo-marido  Marido-irresponsable  Matrimonio-sacrificio  Pagar- virginidad  Matrimonio-forzado  No-quería  Desesperado  Vida infierno  Soledad  Abandono  Amargura  Miedo de violencia  Lo mismo  Violencia-normal  Madre.golpeada </p>	<p><b>Vida infierno</b></p>
<p> Sexo-forzado  Sexo-traumático  No-quería  Violación </p>	<p><b>Abuso sexual.</b></p>

## **10.2 Guía de entrevista.**

Preguntas temáticas	Preguntas dinámicas
<b>Relación con el padre</b>	¿Cual es el primer recuerdo que tiene de su papa? ¿Cuénteme un poquito más sobre su papa?
<b>Relación con la madre</b>	¿Como se lleva usted con su mama? ¿A que edad tuvo hijos su mama? ¿Cuénteme un poquito más sobre la relación con su mama?
<b>Relación con la pareja</b>	¿Como conoció a su compañero? ¿Cuando usted conoció a su compañero que fue lo que le gusto de el? ¿Como se lleva con su compañero?
<b>Embarazo</b>	¿ Cuando usted era niña, a que edad se imagino que iba a ser mama? ¿Como se sintió cuando se dio cuenta de que iba a ser mama? ¿Como reacciono su familia cuando se dieron cuenta de que estaba embarazada? ¿Cómo reacciono su pareja cuando usted le dijo que estaba embarazada?
<b>Consecuencias del embarazo.</b>	¿Que piensa usted de su embarazo ahora que su niño tiene... años?
<b>Experiencia sexuales</b>	¿Como se sintió usted después de su primera relación sexual? ¿Recuerda si cuando usted era niña alguien la toco o insinuó de manera sexual sin su consentimiento?
<b>Ambiente en el hogar</b>	¿Vivió con sus padres cuando era niña? ¿Podría describir su relación con su padastro?
<b>Conocimiento de anticonceptivos</b>	¿Cuándo usted tuvo relaciones sexuales por primera vez sabia como protegerse para no salir embarazada?



### 10.3 Consentimiento Informado

#### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL

Declaro que voluntariamente he decidido participar en la investigación, Embarazo en adolescentes menores de 15 años, que esta realizando el investigador Virgilio Mariano Salazar Torres del CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFIA Y SALUD (CIDS) DE LA UNAN-LEON, con el objetivo de conocer sus experiencias y recopilar información valiosa que nos ayude a entender a profundidad este fenómeno.

Se me ha explicado los aspectos científicos y técnicos del estudio de manera clara y sencilla y he comprendido sus objetivos, limitaciones y alcances. Entiendo que durante el estudio puedo retirarme en cualquier momento lo cual no disminuye la ayuda que pueda recibir.

Estoy entendida de las molestias e inconvenientes que puedan surgir y que en caso de necesitar ayuda con el investigador cuyo nombre o dirección se me ha dado a conocer para recibir ayuda según el caso. También podré recibir orientación en por un equipo de salud mental si fuera necesario.

Entiendo que se guardara la confiabilidad en todo momento y en caso de publicación se usara un seudónimo y mi nombre no parecerá en ningún documento. La publicaciones se ajustaran a la verdad.

**Queremos asegurarle que cualquier información que nos brinden es de carácter absolutamente confidencial y será mantenida en secreto. Nunca mencionaremos su nombre en ningún reporte, presentación o estudio.**

Sus experiencias pueden ser de gran ayuda para otras muchachas de Nicaragua pero tu participación **es completamente voluntaria.**

¿Tiene usted alguna pregunta?

¿Estás de acuerdo en ser entrevistada? SI NO

¿Estás de acuerdo que su hija/ esposa sea entrevistada? SI NO

Nombre de la adolescente: \_\_\_\_\_

Nombre y firma del padre, madre o tutor : \_\_\_\_\_

Nombre y firma esposo/compañero: \_\_\_\_\_

Nombre y firma testigo: \_\_\_\_\_

Fecha entrevista: \_\_\_\_\_

Es muy importante que hablemos en privado.

#### **PARA SER COMPLETADO POR EL INVESTIGADOR:**

Certifico que he leído la autorización correspondiente a la/ el encuestada(o).

Firma:

\_\_\_\_\_

INVESTIGADOR



## **Opinión del Tutor**

De acuerdo a reporte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria del CIDS, para el año 2002 el 25% de la población del Municipio de León (urbana y rural) eran adolescentes entre 10 y 19 años, 13% eran mujeres. Las adolescentes representaban alrededor del 46% del total de mujeres en edad fértil en el Municipio de León para ese año.

Por otro lado, en un estudio realizado por la Universidad Johns Hopkins Bloomberg en 50 países en vías de desarrollo durante el año 1993, se encontró que aproximadamente 23% de las mujeres adolescentes habían dado a luz o estaban embarazadas. Nicaragua y El Salvador fueron los países con tasas más altas de experiencia de embarazo entre sus adolescentes, alcanzando el 25%.<sup>1</sup>

OMS/OPS reportó que para el año 2001 un 24% de las adolescentes del país ya eran madres y 3 de cada 10 nacimientos que ocurrían en el país eran de madres en este grupo de edad. En 2002, se estimó que por cada 1000 mujeres adolescentes Nicaragüenses se dieron 152 nacimientos, la tasa más alta en Latinoamérica.<sup>2,3</sup>

En relación al riesgo que esto implica para la adolescente, estudios han demostrado que si lo comparamos con embarazos en mujeres entre los 20 y 29 años, las jóvenes que se embarazan entre los 15 y 19 años de edad tienen 2 veces mayor riesgo de morir en el embarazo, parto o puerperio y las que se embarazan antes de los 15 años su riesgo de muerte es 60 veces mayor<sup>4,5</sup>. La cuarta parte de las muertes maternas ocurridas en el país entre 1995 y 2000 ocurrieron en adolescentes<sup>2</sup>.

A pesar del gran impacto biopsicosocial de los embarazos en adolescentes y de la alta tasa de estos en nuestro país, los abordajes existentes aún no son suficientes para explicar toda la red causal y el impacto que tienen tanto a nivel de las víctimas como de las familias y comunidades. Esto es aún más pronunciado en el caso de los embarazos en la adolescencia temprana, que en general han sido poco abordados ya que la mayor parte de estudios publicados por razones éticas abordan la adolescencia tardía (15 a 19 años). Este estudio pretende profundizar en los aspectos psicosociales que rodean el embarazo en etapa temprana de la adolescencia, información vital para la organización de programas de intervención encaminados a la prevención en diferentes niveles.

**Dra. Eliette Valladares**

1. INFO Project, Center for Communication Programs, the Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA. Volumen XXXI, Número 2. Serie M, Número 17. Primavera de 1993. / 2. OMS,OPS. "Programa de Salud Sexual y Reproductiva y Adolescencia". Boletín N° 1. Managua, Nicaragua. Noviembre 2001. / 3. MINSA. "Manual de Procedimientos para la atención integral a las y los adolescentes". Capítulo 5. Salud Sexual y reproductiva en la adolescencia. Managua, Nicaragua. 2002. / 4. Ceselmed. Embarazo en adolescentes. Ediciones CECEL. S.A. 27 Julio 2004. / 5. De la Lastra, Manuel. Embarazo y adolescencia. Familia. (Santiago, Chile), N° 23, 1992. p. 18-21. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 2000.