

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN  
ENFERMERÍA**

**FACTORES SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y FAMILIARES QUE  
INCIDEN EN EL EMBARAZO EN LAS EDADES 10 A 19 AÑOS QUE ACUDEN A  
CONTROLES PRENATALES EN EL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL PARA  
ADOLESCENTES HOSPITAL BERTHA CALDERON, I SEMESTRE 2024,  
MANAGUA.**

**Autores:**

- Br. Licda Elisa Rugama Valverde
- Br. Katuska Natalia Espinoza Cárdenas

**Tutor Científico:**

- MSc. Merilin Jamiz López Gaitán

**Tutor Metodológico:**

- MSc. Karina Del Socorro Merlo Hernández

Managua, Nicaragua Junio 2024.

---



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN  
ENFERMERÍA**

**FACTORES SOCIOECONOMICOS, CULTURALES Y FAMILIARES QUE  
INCIDEN EN EL EMBARAZO EN LAS EDADES 10 A 19 AÑOS QUE ACUDEN A  
CONTROLES PRENATALES EN EL CENTRO DE ATENCION INTEGRAL PARA  
ADOLESCENTES HOSPITAL BERTHA CALDERON, I SEMESTRE 2024,  
MANAGUA.**

**Autores:**

- Br. Licda Elisa Rugama Valverde
- Br. Katuska Natalia Espinoza Cárdenas

**Tutor Científico:**

- MSc. Merilin Jamiz López Gaitán

**Tutor Metodológico:**

- MSc. Karina Del Socorro Merlo Hernández

## Tabla de Contenido

### Contenido

DEDICATORIA .....	4
I. Resumen .....	6
II. Introducción.....	7
III. Antecedente .....	8
IV. Justificación.....	12
V. Formulación del Problema .....	14
VI. Objetivo general y específico .....	16
VII. Marco Teórico.....	17
VIII. Hipótesis .....	47
IX. Diseño Metodológico .....	52
X. Resultados.....	56
XI. Conclusiones .....	69
XII. Recomendaciones.....	70
XIII. Glosario .....	72
IVX. Tabla de abreviatura.....	73
XIV. Fuente Bibliográfica.....	74
Cronograma de actividades .....	76
ANEXOS.....	78

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco al Autor de todo lo creado, Dios Padre quien nos ha permitido llegar hasta donde nos encontramos el día de hoy, él nos ha brindado su amor misericordioso, y nos ha regalado la sabiduría e inteligencia para poder terminar nuestra investigación monográfica.

Agradecemos a nuestros padres que siempre nos han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos nuestros objetivos personales y académicos. Ellos son los que con su cariño nos han impulsado siempre a perseguir nuestras metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades. También son los que nos han brindado el soporte material y económico para poder concentrarnos en los estudios y nunca abandonarlos”.

Agradecemos a la UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA Por darnos el espacio y la oportunidad de estudiar y respetar sus políticas de educación.

Les agradecemos a todos los Profesores que nos dieron clases a largo de estos 4 años que, si bien es cierto que es su trabajo, pero sin esa vocación de enseñar no lo harían eficientemente.

Les agradecemos a todos nuestros compañeros los cuales muchos de ellos se han convertido en mis amigos, cómplices y hermanos. Gracias por las horas compartidas, los trabajos realizados en conjunto y las historias vividas.

Y finalmente le agradecemos de manera especial a la Tutora metodológica Lic. Karina Del Socorro Merlo Hernández. Y a la Tutora científica MSc. Merilin Jamiz López Gaitán. Quienes estuvieron al pendiente, revisando y orientando la elaboración de la monografía.

## DEDICATORIA

Agradezco a Dios primeramente por darme la vida, tener salud y me ha regalado la sabiduría e inteligencia para poder terminar con éxitos nuestro trabajo monográfico.

Dedicado a mis padres: Jesús Mercedes Castro Zolorsano y Rode De Jesús Valverde Baltodano los que a través de sus sacrificios, dedicación y perseverancia han cosechado desde pequeño la gran persona que han creado en mí, por darme valores, amor en todo el trascurso de mi vida y la educación necesaria para que sea hoy en día mi sueño hecho realidad.

Dedico y Agradezco a mis tíos: Willian Ramirez y María José Guido Herrera por apoyarme a pagar la universidad, gracias a ella estoy cumpliendo la meta de estar en una universidad y poder ser una profesional de calidad.

Dedico a mis hermanos: María Celeste Rugama Valverde, Honey José Rugama Valverde y Hoamany Benjamín Castro Valverde y a mi novio Eduin Garcias por creer en mí y apoyarme animándome a terminar esta meta, por ser personas tan especiales en mi vida y ayudarme siempre cuando más los necesito.

A nuestra Tutora metodológica MSc. Karina Del Socorro Merlo Hernández. Y a la Tutora científica MSc. Merilin Jamiz López Gaitán por transmitirme incondicionalmente sus conocimientos y hacer de mi mejor profesional cada día. A ustedes mi cariño y respeto.

Lic. Licda Elisa Rugama Valverde.

Agradezco a Dios primeramente por darme la vida, darme esa oportunidad de tener primordialmente la salud y brindarme la sabiduría el entendimiento de poder llegar hasta el final con éxito nuestro trabajo monográfico.

A mis padres: José Miguel Espinoza Gutiérrez y Violeta de los Santos Cárdenas Pérez que, por medio de sus sacrificios, de arduo trabajo sin descanso y de mucha dedicación me han apoyado desde mi primer inicio de formación hasta este último escalón donde mis sueños se vuelven realidad , estoy muy agradecida con ellos por todo ese apoyo que siempre me han brindado , por motivarme a no rendirme por inculcarme valores que me han influenciado mucho en mi formación no tengo palabras para expresar toda la gratitud que tengo para ustedes mi más preciado tesoro.

También quiero agradecer a mi esposo Luis Herrera por ese apoyo incondicional que me brindó cuando miraba todo perdido me impulsaba a no desistir estoy muy agradecida con él por todo su apoyo.

A nuestra Tutora metodológica Lic. Karina Del Socorro Merlon Hernández. Y a la Tutora científica Msc. Merilin Jamiz López Gaitán quienes fueron una de las grandes bases fundamentales para llegar a la recta final de nuestra investigación se caracterizan por ser unas tutoras muy profesionales, dedicados y muy rectas en sus clases a ellas mis sincero agradecimiento y respeto.

A todas esas personas que nos colaboraron a la estructuración de nuestra investigación y poder llegar a la etapa final de ello.

Lic: katiuska Natalia Espinoza Cardenas.

## I. Resumen

La presente investigación tiene como título factores socioeconómicos, culturales y familiares que inciden en el embarazo en las edades de 10 a 19 años que acuden a controles prenatales en el centro de atención integral para adolescentes Hospital Bertha Calderón, I semestre 2024, Managua, se tiene como objetivo general analizar los factores socioeconómicos, culturales y familiares que inciden en el embarazo en la adolescencia de 10 a 19 años, el enfoque de la investigación fue cuantitativo, porque se emplearon datos numéricos para analizar el fenómeno de estudio, también es de carácter descriptivo con direccionalidad prospectiva y de corte transversal aplicando una hipótesis de tipo causalidad y correlacional porque permite determinar los factores del estudio en el I semestre 2024. La muestra se conformó por 72 adolescentes embarazadas, el instrumento utilizado fue la encuesta con 27 preguntas y opciones de respuesta, se procesó la información a través del programa de SPSS versión 25, se analizó de manera deductiva los resultados obtenidos y fueron: el que más predominó en el embarazo las edades de 16 a 18, pero un 21% tenían entre 13 a 15, un 76% cursando su secundaria incompleta y en un 15% primaria completa, conviven en unión libre con su pareja un 56% y solteras con sus padres con un 29%, un 65% con recursos económicos medio de 500 córdobas al día dependiendo de su pareja y padres, tienen acceso a colegio y centros de salud públicos, aprendieron educación sexual por padres, las relaciones coitales por voluntad propia, un 54% si uso métodos de planificación y un 46% no usó, antes del embarazo Vivían con padres y tenían buena comunicación no hay ruptura familiar, no consumían sustancias tóxicas en la familia, si aceptaron el embarazo y sus sentimientos frente al embarazo fue alegría, preocupación y miedo, no presenciaron o vivieron violencia familiar y actualmente viven con sus parejas. Se encuentran en el segundo trimestre han acudido a todos sus controles, un 58% no presentó ninguna complicación mientras que 48% si presentó complicación como infección de vías urinaria, anemia, diabetes gestacional e hipertensión gestacional en el primer trimestre del embarazo.

Según los resultados encontrados en la investigación se concluye que el factor cultural y familiar es el que incidió significativamente en el embarazo adolescente.

## II. Introducción

La presente monografía está relacionada con los factores socioeconómico culturales y familiares que inciden en el embarazo adolescente captado en el centro de atención integral para adolescente Hospital Bertha Calderón en el primer semestre 2024. según la organización mundial de la salud (OMS) define el embarazo adolescente en las edades de 10 a 19 años.

Esta investigación es de mucha importancia porque proporcionará información que nos beneficiará a todos tanto al país e institución a conocer con exactitud los factores que las conllevaron a un embarazo y en el planteamiento del problema busca explorar la interacción entre los aspectos socioeconómicos, culturales y familiares para comprender mejor el fenómeno del embarazo adolescente y proponer estrategias.

El presente estudio tiene como objetivo analizar los factores e identificar las características sociodemográficas, determinar cada uno de los factores, describir las complicaciones más relevantes relacionadas con embarazo y proponer un plan de intervención con estrategia que promuevan la atención integral, para prevenir embarazo en la adolescencia.

Con un diseño metodológico cuantitativo porque empleara datos numéricos y descriptivo que recolectara datos que describen y miden las variables cuantificables de los factores. Con direccionalidad prospectiva y de corte trasversal. Aplicando una hipótesis de tipo causalidad y correlacional porque permite determinar los factores del estudio. Este estudio se realizará en el centro de atención integral para adolescente Hospital Bertha Calderón con embarazadas de 10 a 19 años se tomara una muestra del 10% de la población que corresponde a las 72 encuestada de tipo probabilístico aleatorio simple, la técnica de recolección de la información es a través de una encuesta validada con modificaciones que contiene 27 preguntas cerradas y variación de opción de respuesta creada de acuerdo a los objetivos del estudio respaldado con el consentimiento informado de la paciente.

### III. Antecedentes

#### **Internacional:**

En un estudio realizado en el 2020 en Perú, sobre Factores familiares que predisponen el embarazo adolescente en América Latina y El Caribe. Universidad Nacional de San Marcos, con las siguientes autoras Kimberly Ayusa Ochoa Camac, Juana Matilde Cuba Sancho, su objetivo era analizar la información basada en evidencias acerca de los factores familiares que predisponen el embarazo adolescente en América Latina y El Caribe, para fortalecer el cuidado de enfermería al identificar oportunamente factores de riesgo y diseñar estrategias que reduzcan el impacto, su método fue la revisión sistemática con un tipo de estudio cualitativo realizada en mayo a octubre del 2020.

Los resultados fueron el 73 % (1-11) identificó la disfuncionalidad familiar, el 53 % (8) la familia desestructurada y el 47 % (7) el antecedente familiar y escasa o inadecuada educación sexual-reproductiva, respectivamente. y nos refieren que la importancia de la familia en el cuidado de la salud integral del adolescente radica en la identificación oportuna de riesgos como la disfuncionalidad familiar, tener una familia desestructurada, el antecedente de embarazo precoz en la familia y la escasa o inadecuada educación sexual y reproductiva del adolescente que, de mantenerse, afectarían el desarrollo óptimo, el futuro de estas adolescentes y de sus próximas generaciones. (1)

El presente estudio del 2022 en Ecuador, sobre Factores socioeconómicos y culturales asociados al embarazo en adolescentes, Universidad Técnica de Babahoyo. La autora fue Angie Margoth García Sánchez y su población fue de 100 adolescentes embarazadas y madres, aplicando un plan piloto a 20 de ellas. Su diseño de investigación fue cuantitativo, se empleó un tipo de investigación de campo, descriptivo y de cohorte transversal, elaboraron un instrumento que constaba de 24 ítems validado por expertos en salud calificando la validez, pertinencia y coherencia.

Se pudo comprobar que los factores socioeconómicos y culturales se relacionan con el embarazo en la adolescencia debido a la baja condición económica y nivel educativo, falta de comunicación entre padres e hijas y presión social y determinó que existe una estrecha relación entre factores socioeconómicos y culturales con el embarazo en adolescentes debido a testimonios brindados por las féminas afectadas por críticas sociales sobre la situación de embarazo; el factor socioeconómico influye en la planificación de proyectos de vida; como consecuencia es probable que las afectadas sufran de incapacidad para interactuarse con la sociedad por miedo al rechazo. (2)

El presente estudio del 2022 en Perú, sobre factores culturales y socioeconómicos sobre el embarazo precoz en adolescentes que acuden al Puesto de Salud Manantay. Los tesisistas son Paolo César, Arévalo Zumaeta, Wendy Gabriela, Serruche Linares su investigación fue explicativa con un enfoque cuantitativo de tipo no experimental – transversal y de diseño epidemiológico descriptivo. Su población estuvo constituida por un máximo de 50 embarazadas de edades precoces y la muestra de 40, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, la técnica empleada fue la encuesta y como instrumento se utilizó el cuestionario. sus resultados el 60% (24) se encontró entre la edad de 17 a 19 años, el 55% (22) su estado conyugal fue de unión estable, el 43% (17) eran ama de casa, el 48% (19) tuvo grado de instrucción secundaria completa y el 45% (18) procedieron de la zona rural.

En cuanto a los factores culturales, el 68% (27) tenía creencia de que el primer coito no embaraza, el 70% contaban con un miembro de la familia que tuvieron una gestación en el periodo de la adolescencia y el 60% (24) no recibió educación sexual, teniendo influencia significativa en la ocurrencia de embarazo precoz. En cuanto a los factores socioeconómicos, el 25% (10) tuvo familia disfuncional, el 23% (9) vivía en condiciones deplorables y hacinados, el 25% (10) tenía una economía familiar deficiente, el 50% (20) tenía padres con grado de instrucción secundaria, el 95% (38) indicó que la comunicación con sus padres no fue fluida y el 95% (38) no fue víctima de violencia familiar. Se llega a concluir que los factores culturales y

socioeconómicos influyen significativamente en el embarazo precoz en adolescentes. (3)

### **Nacional:**

El presente estudio del 2020 en Nicaragua, sobre Factores asociados a embarazo adolescente en Nicaragua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua León. Muñoz Robleto, Héctor Gabriel Indican que de los problemas que enfrentan los países centroamericanos es el embarazo en adolescentes Nicaragua no es la excepción y aunque desde el año 2015 el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional viene haciendo esfuerzos desde las Consejerías de las Comunidades Educativas, aun siguiendo con un alto índice de embarazos. su objetivo de la investigación documental es identificar las causas que provocan el embarazo en adolescentes e identificar acciones que permitan mejorar la calidad de vida de los jóvenes. El tipo de estudio fue Descriptivo de tipo documental con una población de estudio fue de adolescentes entre 12 y 18 años de Nicaragua, durante el II semestre 2020, la fuente de información fue secundaria mediante artículos, revistas, entre otros.

Indican que Nicaragua es el país con mayor proporción de embarazos en adolescentes. El 24,4% de los embarazos hijos de adolescentes, es decir, 92 de cada 1.000 mujeres adolescentes (entre 15 y 18 años) hijos madres. En conclusión, las adolescentes entre 15 y 19 años de edad, tienen el doble de probabilidad de morir a causas de complicaciones durante el embarazo, que las mujeres entre los 20 y 24 años de edad y las menores de 15 años de edad tienen un riesgo 4 veces mayor. (4)

El presente estudio del 2022 en Nicaragua, sobre Factores familiares y emocionales relacionado al embarazo en adolescentes inscritas a la Atención Prenatal del Centro de Salud Fanor Urroz Jáenz, Malpaisillo, III trimestre 2022. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua León. Autores Luis Angel Mandes, Agosto Jose Ramires sus objetivo fueron determinar los factores familiares y emocionales relacionado al embarazo en adolescentes el estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo, retrospectivo se realizó en el Centro de salud Fanor Urroz, ubicado en el municipio

de Malpaisillo, población de 90 embarazadas adolescentes y aplicaron la estadística descriptiva, y en relación a los factores familiares se encontró que las pacientes tienen función familiar normal, sin embargo, un grupo menor habita en un entorno de disfunción moderada, reciben ocasionalmente muestras de afecto por parte de sus padres y consideran regular la comunicación con su familia, aceptaron y recibieron apoyo de los padres durante el embarazo y se observó que la mayoría de los padres son flexibles en cuanto al cumplimiento de normas, sin embargo, un grupo menor de ellas recibió algún tipo de violencia y en cuanto a los factores emocionales en mayoría sufre de ansiedad moderada, reciben de manera ocasional muestras de cariño por parte de su pareja, consideran que la maternidad es una forma de realización personal, aunque un porcentaje de ellas vive con estrés. La mayoría de ellas tiene una autoestima elevada. (5)

## IV. Justificación

Se realizó el presente estudio para describir los factores socioeconómicos, culturales y familiares que inciden en el embarazo en la adolescencia, esta investigación es de mucha importancia porque proporcionará información que nos beneficiará a todos tanto al país e institución, según el “Plan nacional de lucha contra la pobreza. 2022-2026 en Nicaragua ellos refieren que formaron y capacitaron 71,987 adolescentes y jóvenes en temáticas de prevención del embarazo en adolescentes, en 2020 la Razón de Mortalidad Materna fue de 36.2 defunciones por 100,000 NV, la que reduciremos en 2026 a 30.7 defunciones por cada 1,000 NV(-15.19%), mediante la atención oportuna a mujeres embarazadas, reconociendo a tiempo los factores de riesgo y prevenir eventos previos al parto que pongan en riesgo la vida de la madre y el nonato”. (6) Este estudio pretende que la institución en el ámbito de Enfermería, desarrolle una mejor atención desde el punto de vista educativo, tanto para la población adolescente como la población adulta. El embarazo es una realidad que se vive en todo el mundo y que se desencadenan por múltiples causas llevando a las adolescentes a complicaciones de salud y a abandonar sus estudios y sus metas futuras, asumiendo el rol de madres cuando apenas son unas adolescentes. (7)

El aporte principal es que se conoció los factores socioeconómicos, culturales y familiares que llevan a las adolescentes a tomar decisiones que las exponen a situaciones de riesgo con el propósito de aportar al Ministerio de Salud y al personal responsable en la gerencia y educación del centro, datos que permitan guiar acciones en pro de la prevención de dicho problema, e implementación de estrategias para prevenirlo o reducir el riesgo.

Esta investigación tiene un gran alcance y un gran impacto social, ya que generará mejores conocimientos, los cuales permitirán una mejor atención a los pacientes, quienes serán los más beneficiadas, las limitaciones serian la falta de participación por paciente que rehúsan formar parte de la investigación.

Esta investigación es viable ya que se llevó a cabo una extensa búsqueda de información científica del tema en donde no existen muchos estudios directamente en el área que se realiza la investigación, en este caso en Atención integral a la adolescencia del hospital Bertha Calderón, identificar los factores que incide el embarazo en etapa de la vida, permite incidir en el mismo de manera específica para prevenir el aumento de embarazo en esta población vulnerable.

## V. Formulación del Problema

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno multifacético que impacta la vida de las jóvenes, sus familias y la sociedad en general. En este contexto, los factores socioeconómicos, culturales y familiares juegan un papel crucial en la incidencia y gestión de este problema. Es fundamental analizar cómo estos factores influyen en las tasas de embarazo adolescente y en las experiencias de las jóvenes embarazadas. Según la OMS a nivel mundial la tasa de nacimientos en la adolescencia ha disminuido de 64,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2000 a 42,5 nacimientos por cada 1000 mujeres en 2021. Sin embargo, las tasas de cambio han sido desiguales en diferentes regiones del mundo. (8)

Este planteamiento del problema buscó explorar la interacción entre los aspectos socioeconómicos, culturales y familiares para comprender mejor el fenómeno del embarazo adolescente y proponer estrategias efectivas para abordarlo desde una perspectiva integral. Según la OMS la adolescencia se establece entre los 10 años y los 19 años y los cambios tanto físicos, psicológicos y sociales presentes en esta etapa pueden exponer a los jóvenes a situaciones de riesgo. (8)

Algunos factores que indican podría ser la exposición a la violencia, la disfuncionalidad familiar, la edad del primer embarazo de la madre, la situación sentimental y el grado de instrucción de los padres y esto actuará como factores de riesgo para el embarazo en adolescentes.

El problema del embarazo en la adolescencia está ocurriendo en la etapa de la adolescencia. La OMS la define en edades de 10 a 19 años y la divide en 2 fases: adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. y al estar influenciadas por factores socioeconómicos, culturales y familiares los llevarán a embarazo adolescente. (8)

La posible solución que proponemos es un plan de intervención con estrategias educativas que promuevan la atención integral, para prevenir embarazo en la adolescencia.

¿Cuáles son los factores socioeconómicos, culturales y familiares que inciden en el embarazo en las edades de 10 a 19 años que acuden a controles prenatales en el Centro de Atención Integral para Adolescentes Hospital Bertha Calderón, I semestre del 2024?

## VI. Objetivo general y específico

### General:

- Analizar los factores socioeconómicos, culturales y familiares que inciden en el embarazo en las edades de 10 a 19 años que acuden a controles prenatales en el Centro de Atención Integral para Adolescentes Hospital Bertha Calderón, I semestre del 2024.

### Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas en las edades de 10 a 19 años que acuden a controles prenatales.
- Determinar los factores socioeconómicos que inciden en el embarazo en las edades de 10 a 19 años que acuden a controles prenatales.
- Determinar los factores culturales que inciden en el embarazo en las edades de 10 a 19 años que acuden a controles prenatales.
- Determinar los factores familiares que inciden en el embarazo en las edades de 10 a 19 años que acuden a controles prenatales.
- Describir las complicaciones más relevantes relacionada con el embarazo en la adolescencia que asisten al control prenatal en el centro de Atención Integral para Adolescente, hospital Bertha Calderón.
- Propuesta de plan de intervención educativo con estrategia que promuevan la atención integral, para prevenir embarazo en la adolescencia.

## VII. Marco Teórico

### 1. Adolescencia

#### 1.1. Definición:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años. Normalmente la dividen en dos fases: adolescencia temprana de 10 a 14 años y adolescencia tardía de 15 a 19 años. En cada una de estas etapas se presentan cambios fisiológicos (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), estructurales (anatómicos), psicológicos (integración de la personalidad e identidad) y la adaptación a los cambios culturales y/o sociales. (8)

Según la UNICEF la adolescencia es un período de rápido crecimiento físico, cognitivo, social y emocional entre los 10 y 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, La adolescencia es un momento crucial para la formación de la identidad individual, en el que las relaciones y experiencias positivas y negativas pueden tener impactos duraderos en términos de bienestar, aprendizaje, desarrollo de habilidades, y participación en sus comunidades. (9)

#### 1.2 Etapas

- Adolescencia temprana (entre los 10 y los 13 años).

Durante esta etapa, las niñas suelen comenzar a crecer más rápido. También empiezan a notar otros cambios corporales, entre los que se incluyen el crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo y el desarrollo de los senos y puede ser normal que algunos cambios comiencen tan pronto como a los 8 años y tienen su primera menstruación alrededor de los 12 años, en promedio de 2 a 3 años después del comienzo del desarrollo de los senos.

- Adolescencia media (entre los 14 y los 17 años)

Los cambios físicos que comenzaron en la pubertad continúan durante la adolescencia media. Es probable que los cambios físicos estén casi completos en las mujeres y la mayoría de las niñas ya tenga menstruaciones regulares y a esta

edad, a muchas adolescentes les surge el interés en las relaciones románticas y sexuales. Probablemente se cuestionen su identidad sexual y la exploren, lo que podría resultar estresante si no tienen el apoyo de sus padres, de la familia o de la comunidad.

- Adolescencia tardía (¡18 a 21 años o más!)

Los jóvenes en la adolescencia tardía por lo general ya completaron el desarrollo físico y alcanzaron la altura definitiva que tendrán como adultos. Para esta edad suelen tener más control de sus impulsos y pueden sopesar los riesgos y recompensas mejor y con más precisión. (10)

### **1.3 Cambios:**

#### **Cambios físicos de las mujeres en la adolescencia:**

- Crecimiento de las mamas y ensanchamiento de caderas.
- Cambios en la vagina, el útero y los ovarios.
- Inicio de la menstruación y la fertilidad.
- Cambio en la forma pélvica, redistribución de la grasa corporal.
- Crecimiento de vello púbico y axilar.
- Aumento de estatura.
- Olor corporal fuerte, cambios en la piel y acné.

#### **Cambios psicológicos:**

- La adolescente puede volverse agresiva, rebelde, aislada e inestable.
- Experimentan cambios en los estados de ánimo, de repente sienten depresiones o rabia y luego felicidad.
- Crece la necesidad de sentirse admirada y valorada en los grupos a los cuales pertenece.
- Empiezan a cuestionar las órdenes de sus padres, buscan libertad e independencia para escoger a sus amigos, amigas o pareja.
- Se sienten presionadas a tomar decisiones con las que no están de acuerdo.

- Empiezan a sentir atracción erótica-afectiva por otras personas y a tener “amores platónicos”. (11)

## **2 Embarazo**

### **2.1 Definición:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al embarazo, o gestación, como los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer. Es una etapa que marca la vida de una mujer pasando por diversos cambios fisiológicos y psicológicos.

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno mundial con causas claramente conocidas y graves consecuencias sanitarias, sociales y económicas y se indica a las gestaciones que ocurre en una adolescente entre el comienzo de la edad fértil y el final de la etapa adolescente. La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años. (8)

Según la ONU advierte en un estudio presentado este miércoles (11.11.2020). el embarazo adolescente impide la vida de miles de jóvenes y reproduce la pobreza en Latinoamérica y el Caribe, además de generar a los países gastos millonarios que podrían evitarse. Según el informe, las niñas y adolescentes que son madres suelen abandonar la escuela para criar a sus hijos, sobre todo en las familias de menos recursos, lo que se traduce en una mayor dificultad para seguir los estudios y encontrar empleo bien remunerado. (12)

### **2.1 Cambios anatómicos fisiológicos:**

Según Nutrición Materno Infantil en el cambio fisiológico de una mujer embarazada existe un crecimiento del útero, aumento de los pechos y del volumen sanguíneo y de igual manera, existe una ganancia gradual de peso, incrementa la frecuencia cardíaca y se presentan cambios en los aparatos respiratorio, urinario, digestivo y sistema musculoesquelético. Aunado a lo anterior, el crecimiento del útero y los cambios hormonales son responsables de la mayoría de los síntomas presentes

durante la gestación. Es ideal un control inmediato en la mujer embarazada para garantizar un buen estado de salud sin generar complicaciones. (10)

## **2.2 Control prenatal:**

Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, con el objetivo de monitorear la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad.

- **Precoz:** Es cuando la primera atención se efectúa durante los 3 primeros meses de embarazo.
- **Periódica:** Es la frecuencia con que se realizan las atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de Salud.
- **Continua:** Es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida. (13)
- **Completa:** Es cuando el contenido de las atenciones garantiza el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de la embarazada.

La Atención Prenatal precoz, se inicia desde el momento en que la madre sospecha la gestación, debiéndose garantizar cuatro atenciones prenatales. Siendo importante enfatizar en los aspectos de calidad, que constituye un componente importante para poder identificar e interpretar de forma óptima los hallazgos encontrados y poder realizar de forma oportuna las intervenciones necesarias tanto diagnósticas como de atención inmediata y de referencia.

La edad gestacional es la duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación caracterizada como normal por la paciente hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

El embarazo normal es una condición de la mujer Feto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal de la paciente.

El embarazo de alto riesgo es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del feto.

El embarazo de bajo riesgo es aquel en la que no existen estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto y que por tanto los peligros para la salud de la madre o del feto son mínimos. (11)

Historia Clínica Perinatal (HCP) es un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica tanto de la atención como de los eventos obstétricos acontecidos en los establecimientos de salud desde una visión de Salud Pública. (13)

❖ Primera atención prenatal:

Debe ser siempre brindada por el recurso más calificado disponible que exista en la Unidad de Salud, se espera que dure entre 30 a 40 minutos. El recurso debe entregar a la mujer embarazada su carne perinatal y explicar la utilidad e importancia del mismo; así como su obligatoriedad de portación para toda consulta.

1. Se realiza un interrogatorio donde es importante preguntar a la embarazada sobre ciertos factores de riesgo potencial y reales como estar empleada o no, el tipo de trabajo o la exposición a agentes teratogénicos (metales pesados, químicos tóxicos, radiación ionizante), vivienda (tipo-tamaño-número de ocupantes), condiciones sanitarias, disponibilidad de servicios básicos (agua potable, luz eléctrica, letrina-inodoro).

Se investiga sobre malaria o hepatitis en áreas endémicas, además averiguar sobre alergia, uso actual de medicamentos, trombosis o embolia, desprendimiento o placenta previa en embarazos anteriores, partos distócicos anteriores, Retardo del Crecimiento Uterino, y también sobre si es Portadora del VIH y sida, ya que éstos pueden significar un riesgo para desarrollar complicaciones durante el embarazo

por lo que deberá ser referida al especialista para que sea atendida según normativa.

2. Examen Físico Efectuar medición de Talla materna.

3. Determinar el Índice de Masa Corporal (IMC). El índice se obtiene del cálculo del peso en Kg entre la Talla en metros, se expresa en Kg/m<sup>2</sup>. Es importante además relacionar el IMC con el Incremento de Peso Materno ya que sus valores son directamente proporcionales, es decir, a mayor IMC mayor será el IPM.

4. Buscar signos clínicos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de lengua, así como, falta de aire.

5. Se recomienda un examen vaginal de rutina durante el embarazo (durante la primera visita), utilizando un espéculo para revisar el estado del cuello uterino, presencia de Infecciones de Transmisión Sexual o efectuar toma de muestra de citología exfoliativa (Papanicolaou), si no ha sido realizado el control anual con consentimiento de la embarazada y si su condición clínica lo permite. Si la embarazada no lo acepta durante la primera visita, deberá quedar consignado en el expediente y brindar consejería para persuadirla y poder realizárselo posteriormente. Si hay evidencia de sangrado transvaginal se debe referir, excepto si el personal de salud es especialista quien decidirá la conducta según Protocolo de Emergencias Obstétricas.

6. Exámenes de Laboratorio En orina: Examen General de Orina (EGO). En sangre: Prueba de VIH-SIDA previa consejería y consentimiento informado de la embarazada, RPR, Hemoglobina (Hb), Tipo y Rh, Glucemia.

❖ Segunda atención prenatal:

La segunda visita debería programarse cerca de la semana 26 de embarazo. Se estima una duración aproximada de 20 minutos como mínimo.

1. Se realiza interrogatorio:

- Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la primera atención prenatal relacionados o no con la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB).
- Preguntar acerca de la fecha en que la madre tuvo el primer reconocimiento de los movimientos fetales para registrarlo en el expediente clínico.
- Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la primera atención, la ingesta de otros medicamentos, diferentes al hierro y ácido fólico.
- Interpretar y dar a conocer a embarazada los resultados de exámenes prescritos en la primera atención prenatal.

2. Examen Físico Además de lo realizado en la primera atención prenatal, efectuar lo siguiente:

- Determinar la presentación del feto según maniobras de Leopold.
- Auscultar latidos fetales.
- Considerar el examen vaginal utilizando un espéculo únicamente si no fue realizado en la primera visita. Si la embarazada está sangrando, no realizarlo y referirla. Si el personal de salud es especialista lo puede efectuar y realizar manejo según Protocolo de Emergencias Obstétricas.
- Revisar la presencia de edema generalizado.

Pruebas de Laboratorio Sangre: repetir indicación de Hemoglobina sólo si en el primer resultado del examen estaba por debajo de 11 g/l o se detectan signos de anemia severa en el examen físico de esta atención. Indicar nuevamente el resto de exámenes si no se los ha realizado aun (VIH/ SIDA, RPR, Tipo y Rh, Glucemia).

Protocolo para la atención prenatal Identifique factores de riesgo del embarazo actual Lo principal a indagar en esta atención prenatal es lo relacionado a: dolor, sangrado, “flujo vaginal” (líquido amniótico, ITS), signos y síntomas de anemia severa. (14)

### **3. Complicaciones del embarazo:**

Es un problema médico que se puede presentar durante o después del embarazo.

Según la NORMATIVA – 077 “PROTOSCOLOS PARA EL ABORDAJE DEL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO” La atención a la salud materna - infantil es una prioridad para los servicios de salud. Su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada. Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal. (15)

#### **Complicaciones:**

Riesgos de padecer mortalidad y morbilidad materna.

Aborto espontáneo.

Obstrucción del parto.

Hemorragia posparto.

Hipertensión relacionada con el embarazo. (preclamsia y eclampsia).

Diabetes gestacional.

Anemia en el embarazo y posparto.

Infecciones del tracto urinario.

Desnutrición.

Obesidad.

#### **Mortalidad materna**

Es una medida de muertes relacionadas con el embarazo y el parto. La respuesta más larga es que los investigadores y los proveedores de atención médica utilizan diferentes métodos para rastrear estas muertes y diferentes términos para describirlas. Algunos de estos términos incluyen los siguientes:

La mortalidad o muerte materna se refiere a las muertes que ocurren durante el embarazo o dentro de las 6 semanas posteriores a la finalización del embarazo que están relacionadas con el embarazo o su gestión. La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza esta descripción para informar estadísticas mundiales. (8).

Según la normativa 011 “NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL, PARTO, RECIÉN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO” nos indica que en Mortalidad (o Defunción) Materna: Es el análisis de las circunstancias que acompañan a las muertes maternas, como resultado de un conjunto de factores que al enlazarse forman una cadena fatal de “demoras” que impiden prevenir riesgos durante los embarazos y que las mujeres accedan a servicios de salud de calidad. Cada demora incide en que transcurran horas, días y hasta las semanas, entre el inicio de los primeros síntomas y el momento de la atención, lo que ocasiona que las complicaciones se agraven y se reduzcan drásticamente las posibilidades de que las mujeres salven sus vidas. Se usan: demora en buscar atención, demora en identificar y acceder a un servicio de salud y demora en obtener el tratamiento adecuado y oportuno. (13)

### **Morbilidad materna**

La morbilidad materna describe problemas de salud inesperados a corto o largo plazo que resultan de estar embarazada o dar a luz. Algunas afecciones comunes son enfermedades cardiovasculares, infecciones, sangrado, hipertensión arterial y coágulos sanguíneos.

Estos problemas requieren atención médica adicional, como la hospitalización y la rehabilitación a largo plazo, y pueden afectar la calidad de vida de una mujer.

La morbilidad materna puede incluir los casos de amenaza vital, es decir, mujeres casi mueren por embarazo o por el parto, pero sobreviven.

Algunas mujeres que tienen amenaza vital se quedan con serios problemas de salud y discapacidades de por vida. Los casos de amenaza vital a veces se cuentan por separado de la morbilidad materna general. (10)

Algunos factores que aumentan el riesgo de una mujer de sufrir de morbilidad y mortalidad maternas incluyen los siguientes<sup>1</sup>:

Afecciones de salud existentes o previas al embarazo como enfermedades:

**Cardiovasculares:** En un embarazo normal se produce una serie de cambios cardiovasculares, como el aumento del gasto cardiaco, la distensibilidad arterial y el volumen de líquido extracelular o la disminución de la presión arterial (PA) y la distensibilidad periférica total.

**Obesidad:** La obesidad y el sobrepeso es una acumulación anormal o excesiva de grasa corporal que si se da durante la gestación aumenta el riesgo de complicaciones tanto para la madre como para el bebé.

**Asma:** El asma es un problema de salud bastante común entre las mujeres embarazadas, incluso en algunas mujeres que nunca la han tenido. Durante el embarazo, el asma no solo la afecta, sino que también puede reducir el oxígeno que el feto recibe. Sin embargo, esto no significa que, por tener asma, el embarazo será más difícil o más peligroso para la mama o para el feto. Las mujeres embarazadas que tienen su asma controlada en forma adecuada suelen tener embarazos normales con poco o ningún aumento del riesgo para ellas mismas o para su bebé en desarrollo.

**Sistema inmune comprometido:** Durante el embarazo se produce una disminución de la inmunidad celular, para evitar que se produzca el rechazo del feto, y de forma más acusada de la respuesta Th1. Así mismo, hay un aumento de la inmunidad humoral y la respuesta Th2 (11).

**Edad materna más avanzada o adolescencia.**

Factores de estilo de vida, como ser o haber sido una fumadora de cigarrillos activa.

Tener gemelos, trillizos u otros embarazos múltiples.

**Ciertas complicaciones del embarazo:** como la preeclampsia, un aumento en la presión arterial después de la vigésima semana de embarazo, aumenta el riesgo de

que la mujer tenga hipertensión arterial, coágulos de sangre y derrames cerebrales en el futuro.

Las mujeres que tienen diabetes gestacional, niveles altos de azúcar en la sangre durante el embarazo, corren un mayor riesgo de tener diabetes (generalmente de tipo 2) y de enfermedades del hígado graso.

### **Aborto espontáneo**

Es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo. La pérdida del embarazo después de 20 semanas se llama muerte fetal. Un aborto espontáneo es un suceso que ocurre naturalmente, a diferencia de los abortos médicos o abortos quirúrgicos.

Un aborto espontáneo también se puede denominar "aborto natural".

Otros términos para referirse a una pérdida temprana en el embarazo son:

- Aborto consumado: todos los productos (tejidos) de la concepción salen del cuerpo.
- Aborto incompleto: solo algunos de los productos de la concepción salen del cuerpo.
- Aborto inevitable: no se pueden detener los síntomas y se presenta el aborto espontáneo.
- Aborto infectado (séptico): el revestimiento del vientre (útero) y cualquier producto restante de la concepción resultan infectados.
- Aborto retenido: el embarazo falló y los productos de la concepción no salen del cuerpo. (16)

### **Obstrucción del parto**

El parto fisiológico es el proceso mediante el cual la mujer finaliza su gestación, generalmente de inicio espontáneo una vez alcanzado el término (39-41 semanas), aunque en ocasiones es necesaria una intervención clínica para iniciarlo de forma

asistida por condiciones adversas en la gestación. No siempre es un evento normal, ya que existen algunos factores que participan en su evolución dando lugar a un parto obstruido o detenido.

Trabajo de parto obstruido o detenido se define como la no progresión del trabajo de parto (no progresa ni el borramiento ni la dilatación del cuello uterino en 2 horas y no hay descenso de la presentación) después de haber estado en trabajo de parto efectivo. o Los esfuerzos maternos de pujo, pueden provocar disminución del aporte de oxígeno al feto y desencadenar una hipoxia fetal aguda. o Valorar si existe desproporción del estrecho inferior de la pelvis materna, si se confirma la desproporción realizar cesárea.

### **Hemorragia posparto**

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hemorragia obstétrica complica el 11% de los nacimientos a nivel mundial, lo que en números absolutos representan 13.7 millones de mujeres que experimentan dicha complicación cada año.

Pérdida sanguínea mayor de 500 ml en caso de finalización de parto vaginal y 1,000 ml en caso de finalización del parto por cesárea.

Toda pérdida sanguínea independientemente de la cantidad que lleve a la paciente a inestabilidad hemodinámica. Pérdida sanguínea que ocasione sintomatología en la paciente (mareo, síncope) o signos de choque (taquicardia, hipotensión, oliguria, alteración del estado de alerta) independientemente de la cantidad estimada de pérdida sanguínea durante el parto o la cesárea.

Descenso del hematocrito mayor o igual al 10%, del valor basal previo al parto/cesárea con o sin sintomatología, esto último es más aplicable para la hemorragia tardía.

Existen cambios fisiológicos del embarazo que podrían enmascarar el cuadro hemorrágico, mismos que deberán ser considerados por las personas a cargo del parto a fin de no subestimar las pérdidas hemáticas y vigilar adecuadamente a la paciente en su puerperio.

Aunque toda paciente puede presentar Hemorragia posparto hay factores de riesgo que deben ser tomados en cuenta a la hora que vamos atender un parto y debe extremarse medidas. (17)

### **Hipertensión relacionada con el embarazo. (preclamsia y eclampsia)**

La presión arterial es la fuerza que se ejerce contra la pared arterial la sangre que circula por las arterias incluye dos mediciones: la presión sistólica, que se mide durante el latido del corazón (momento de presión máxima), y la presión diastólica, que se mide durante el descanso entre dos latidos (momento de presión mínima). Primero se registra la presión sistólica y luego la presión diastólica, por ejemplo: 120/80 y 100/60 que son valores normales. También se llama presión sanguínea arterial y tensión arterial.

La Hipertensión arterial en el embarazo es el conjunto de estados patológicos que ocurren en el embarazo o puerperio que pueden ser clasificadas en 4 categorías.

La hipertensión gestacional se caracteriza por la elevación de presión arterial después de las 20 semanas de gestación, sin proteinuria. Aunque en este grupo, los resultados perinatales no son tan severos, es importante considerar que puede tratarse de una fase de pre eclampsia antes de la aparición de proteínas en orina por lo que se deben de seguir rutinariamente. Además, la hipertensión gestacional a pesar de ser una entidad transitoria, puede ser signo de hipertensión arterial crónica futura. Si la presión arterial no se normaliza 12 semanas después del parto, se requiere cambiar el diagnóstico a hipertensión crónica. El uso de antihipertensivo en este grupo debe de individualizarse de acuerdo a condiciones clínicas.

**La preeclampsia:** es la hipertensión de reciente comienzo o el empeoramiento de una hipertensión preexistente con proteinuria después de las 20 semanas de gestación.

Se diagnostica **preeclampsia leve** cuando una mujer embarazada tiene:

- Presión arterial sistólica (número de arriba) de 140 mmHg o más, o presión arterial diastólica (número de abajo) de 90 mmHg o más.

- Orina con 0,3 o más gramos de proteína en una muestra de 24 horas (recolección de cada gota de orina durante 24 horas)

Se diagnostica **preeclampsia severa** cuando una mujer embarazada tiene:

- Presión arterial sistólica de 160 mmHg o más, o presión arterial diastólica de 110 mmHg o más en dos ocasiones con una diferencia de al menos 6 horas entre una y otra.

**La eclampsia:** es la presencia de convulsiones generalizadas inexplicables en pacientes con preeclampsia.

Un profesional de la salud podría realizar pruebas para evaluar la salud de la madre y el feto, incluidos:

- Análisis de sangre para ver cuán bien funcionan el hígado y los riñones de la madre
- Análisis de sangre para verificar los recuentos de plaquetas y determinar el estado de la coagulación sanguínea de la madre
- Análisis de sangre para verificar la cantidad total de glóbulos rojos en la sangre de la madre
- Control del peso de la madre
- Un ultrasonido para evaluar el tamaño del feto
- Control del ritmo cardíaco del feto
- Un examen físico para observar si hay hinchazón en el rostro, las manos o las piernas de la madre, así como sensibilidad abdominal o agrandamiento del hígado

**Pre eclampsia-Eclampsia:** La preeclampsia es una enfermedad hipertensiva específica del embarazo con compromiso multiorgánico que ocurre después de las 20 semanas de gestación. Se define como la aparición de hipertensión arterial más proteinuria. Se debe de tomar en cuenta que algunas mujeres se presentan con hipertensión arterial y daño multiorgánico característicos de pre eclampsia en

ausencia de proteinuria. Es, por tanto, de vital importancia conocer las formas graves de pre eclampsia para su correcto diagnóstico y manejo. Eclampsia es la presencia de una convulsión generalizada en una mujer con pre eclampsia. (15)

### **Diabetes gestacional.**

Según la OPS Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios.

Alteración metabólica de múltiples etiologías, caracterizada por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina.

La diabetes gestacional es una hiperglucemia con valores de glucosa en sangre por encima de lo normal, pero por debajo de los diagnósticos de diabetes. La diabetes gestacional ocurre durante el embarazo Los niveles de glucosa en la sangre diarios que se recomiendan para la mayoría de las mujeres con diabetes gestacional son:

- Antes de las comidas, a la hora de acostarse y durante la noche: 95 o menos
- 1 hora después de comer: 140 o menos
- 2 horas después de comer: 120 o menos

Las mujeres con diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto. Estas mujeres y posiblemente sus hijos también corren un mayor riesgo de padecer diabetes tipo 2 en el futuro. (18)

La diabetes gestacional se diagnostica mediante pruebas de detección prenatales, en lugar de a través de los síntomas informados.

Diabetes mellitus gestacional. Intolerancia a los carbohidratos de intensidad variable, con comienzo o primer reconocimiento durante la gestación, con independencia del tratamiento empleado para su control y su evolución posparto. Se considera una condición con grados diversos de hiperglucemia materna menos

severos que los encontrados en la Diabetes tipo 1 y 2, pero asociada a un riesgo incrementado de desenlaces adversos perinatales.

Se refiere a cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se manifiesta o se detecta durante el embarazo. Glicemia a las 2 horas post carga > 140 mg/dl, en el 2º o 3er trimestre del embarazo. Corresponde a una categoría clínica definida en la clasificación de la diabetes.

Existen Factores de Riesgos asociados a la diabetes en el embarazo tales como: Abortos (el riesgo empeora con el mal control glucémico) Muerte Perinatal el riesgo se incrementa hasta 5 veces; se asocia a mal control glucémico, obesidad, malformaciones congénitas y prematurez, Macrosomía fetal (riesgo aumenta con el mal control glucémico y la obesidad), Malformaciones congénitas: Hay 3 veces más anomalías cardíacas y del sistema nervioso central. La agenesia del sacro es poco común, pero patognomónica de la diabetes. Trauma al nacimiento de la madre/neonato: El riesgo incrementa cuando el neonato es macrosómico. Morbilidad neonatal transitoria: Hipoglucemia, Incremento del riesgo de desarrollar obesidad/diabetes en la vida adulta, debido a alteraciones en la programación fetal.

(15)

### **Anemia en el embarazo y posparto.**

La anemia es una afección que se desarrolla cuando la sangre produce una cantidad inferior a la normal de glóbulos rojos sanos. Si tiene anemia, el cuerpo no obtiene suficiente cantidad de sangre rica en oxígeno. La falta de oxígeno puede hacer que se sienta cansado o débil. También puede tener dificultad para respirar, mareos, dolores de cabeza o latidos cardíacos irregulares.

La anemia se define como un estado patológico en el cual el aporte de oxígeno a los diferentes tejidos del organismo es inadecuado, por un déficit en la capacidad transportadora de oxígeno de la masa de eritrocitos circulantes. Con reducción mayor del 10% de concentración de Hb en sangre periférica por debajo de lo normal de acuerdo con la edad, sexo y altura sobre el nivel del mar. La Organización

Mundial de la Salud (OMS) y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) definen la anemia en el embarazo de la siguiente manera:

- Primer trimestre: hemoglobina <11 g/dl (aproximadamente equivalente a un hematocrito <33%)
- Segundo trimestre: hemoglobina <10,5 g/dl (hematocrito aproximado <31 o 32%)
- Tercer trimestre: hemoglobina <10,5 a 11 g/dl (hematocrito aproximado <33%)
- Posparto: hemoglobina <10 g/dl (hematocrito aproximado <30%)

La causa más frecuente de anemia durante la gestación es la anemia por déficit. Más de un 50% de las anemias en este periodo se atribuyen a un déficit de hierro, seguidas en frecuencia por las anemias por déficit de ácido fólico. (15)

### **Infecciones del tracto urinario**

Las infecciones urinarias son infecciones comunes que ocurren cuando entran bacterias a la uretra, generalmente de la piel o el recto, e infectan las vías urinarias.

Las infecciones de vías urinarias (bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis aguda), se consideran las complicaciones de mayor frecuencia durante la gestación secundario a cambios anatómicos y fisiológicos que facilitan su presentación y aumentan la morbimortalidad materno-fetal. Por lo que esta revisión tiene como objetivo, la importancia de establecer la prevención, el cuadro clínico, los uropatógenos, junto a la detección y tratamiento temprano de forma más adecuada para evitar complicaciones materno-fetales que pueden evolucionar inadecuadamente.

Según Protocolos Para El Abordaje Del Alto Riesgo Obstétrico las infecciones urinarias son la complicación más común durante el embarazo. Aproximadamente 1 de cada 10 pacientes embarazadas tiene uno, a menudo durante el primer y segundo trimestre.

El término de infección de vías urinarias (IVU) se aplica a una amplia variedad de condiciones clínicas que afectan el aparato urinario y que van desde la bacteriuria

asintomática hasta la pielonefritis aguda, absceso renal, choque séptico y aumento en la morbimortalidad.

Las infecciones del tracto urinario es una de las patologías más frecuentes en el embarazo. Está asociada a múltiples complicaciones: corioamnionitis, parto prematuro y endometritis posparto, restricción de crecimiento fetal, mortalidad perinatal, retraso en el neurodesarrollo; se postula que el daño directo de las endotoxinas bacterianas, en combinación con la hipoperfusión cerebral, es el responsable. (15)

### **Desnutrición.**

Es una afección que se presenta cuando su cuerpo no recibe los nutrientes suficientes.

Es el estado nutricional de un individuo que tiene un balance negativo de energía y de uno o más nutrientes, como consecuencia de un consumo insuficiente de alimentos, entre otras causas. Cuando la desnutrición se produce principalmente, durante los períodos del embarazo y los primeros 2 años de vida del niño (a), las deficiencias que causa a nivel del crecimiento físico, desarrollo cerebral y cognitivo son irreversibles.

Desnutrición aguda: Deficiencia de peso para la talla (P/T). Delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo. Un bajo peso para talla, implica que la masa muscular y la grasa corporal se encuentran disminuidas.

Desnutrición crónica: Retardo de altura o talla para la edad (T/E). Asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico, refleja la historia nutricional del niño/a. Este índice refleja la historia nutricional de individuo, siendo entonces un indicador de malnutrición pasada. (14)

Las madres que sufren de deficiencia en la provisión de nutrientes necesarios para el crecimiento y mantenimiento de las funciones corporales, tienen hijos e hijas

prematuros, con bajo peso al nacer, si sobreviven, sufren múltiples infecciones, crecen y se desarrollan inadecuadamente.

El retardo aumenta el riesgo y amenazas durante el embarazo, si están desnutridas en el embarazo afectan el crecimiento y desarrollo fetal, incrementando el número de recién nacidos con retardo de crecimiento, así como la morbilidad y mortalidad neonatal. Las consecuencias de la desnutrición perpetúan el ciclo de desnutrición y pobreza.

### **Obesidad.**

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

La más aceptada se basa en la fórmula de Quetelet, recomendada por la OMS: un Índice de Masa Corporal (IMC) de 30 Kg/m<sup>2</sup> o mayor en la primera consulta prenatal o preconcepcional.  $IMC = \text{Peso (en kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (en metros)}$

La obesidad se ha convertido en el problema de salud más prevalente en el mundo occidental y nuestro País no es la excepción, su impacto sobre la morbilidad y mortalidad de la población general está bien demostrado. no siendo la excepción las mujeres en edad reproductiva en caso de embarazarse muestran un incremento de riesgo padecer diabetes gestacional, trastornos hipertensivos, riesgo de macrosomía, aumento de la tasa de cesáreas, problemas anestésicos, hemorragias durante el parto, enfermedad tromboembólica o infecciones durante el puerperio. Todo ello hace necesario un seguimiento y manejo de estas pacientes en particular y ligeramente diferenciado del resto de las gestantes. (15)

## **4. Factores que inciden en el embarazo adolescente.**

### **4.1 Factores socioeconómicos.**

Es la descripción de la situación de una persona según la educación, los ingresos y el tipo de trabajo que tiene las personas con un nivel socioeconómico bajo, a menudo, tienen menos acceso a recursos financieros, educativos, sociales y de salud. (3)

**Recursos financieros:** Se puede definir que los recursos financieros son todas aquellas cantidades de dinero disponibles con los que cuenta una persona para poder comprar o adquirir diversas cosas.

Según el banco nacional el 15 % de la población de Nicaragua es considerada de clase media, "aquellos que ganan más de 500 dólares mensuales. La clase baja gana alrededor de 150 córdobas al día y la media alrededor de 500 córdobas al día y la clase alta un aproximado de 1500 córdobas al día. (19)

según el Resumen Ejecutivo causas y consecuencias económicas y sociales del embarazo en nicaragua. El embarazo acarrea consecuencias irreparables de largo plazo tanto para la adolescente como para su familia por múltiples razones. Por ejemplo, se traduce en el abandono escolar o de actividades laborales, y ha sido asociado como uno de los factores de transmisión de la pobreza de generación en generación. América Latina y el Caribe es la única región en el mundo donde hay una tendencia creciente del embarazo en mujeres adolescentes.

Particularmente, Nicaragua se destaca por ser el país con la tasa de embarazo adolescente más alta en la región, donde casi 3 de cada 10 mujeres de 20 a 24 años tiene su primer embarazo antes de los 18 años. Se ha reconocido que el embarazo en la adolescencia está asociado con el inicio temprano de la actividad sexual en niñas y adolescentes. En Nicaragua se identifica que antes de los 18 años, 6 de cada 10 mujeres de 20 a 24 años ya han tenido su primera relación sexual y casi 5 de cada 10 mujeres de 20 a 24 años conviven con su pareja. (19)

Según el fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el costo económico de embarazo en niñas y adolescente, se centra en las implicaciones individuales de la fecundidad temprana en la educación de una niña y las consecuencias a escala agregada para el estado y la sociedad, como un retorno fiscal sobre la inversión social en educación. Es decir, el estudio se aleja de una perspectiva más individual y se aproxima hacia otra más colectiva. (19)

**Recursos educativos:** Los recursos educativos son los espacios, equipamientos, materiales y herramientas necesarios para apoyar los aprendizajes. Se entiende por recurso educativo todo aquello que contribuye a desarrollar de la mejor manera posible los procesos de enseñar y aprender.

Según El Ministerio de Educación (MINED) de Nicaragua, es el órgano de gobierno en encargado de administrar el sistema educativo que rige el país. Su nombre original fue Ministerio de Instrucción Pública (1875). Cuando el Dr. Lorenzo Guerrero asumió el cargo como ministro de Educación en los años 1940, dispuso cambiarle el nombre por Secretaría de Educación; quizás influenciado por el nombre que se le da a este órgano de gobierno en México, país donde fue embajador.

**Recurso en salud:** Son todas las personas, de distintas profesiones y ocupaciones, que se forman y trabajan para mejorar la salud de la población. Se incluye en este grupo a quienes trabajan como asalariados o como voluntarios en el sector público y privado.

Según El Ministerio de Salud MINSA todos tenemos derecho a la salud y, en su calidad de ente Rector del sector salud, a fin de dar cumplimiento a los compromisos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, de proveer atención oportuna en salud gratuita a las(os) nicaragüenses, impulsa acciones que contribuyan a mejorar la salud de las adolescentes, su familia y la comunidad. Reconoce que el embarazo en adolescentes, representa un desafío para el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), y como un problema de salud pública, es importante destacar que el embarazo afecta el desarrollo integral de las adolescentes lo que determina la pérdida de oportunidades de desarrollo, disminución de capital social, movilidad social descendente y pobreza<sup>1</sup> el cuidado que reciben los individuos, las familias y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades reales, percibidas o no por la población), por parte de las familias, las comunidades, las instituciones y el Estado. (21)

Si todas las personas usaran estos recursos no hubiese factores socioeconómicos en las familias y no incidiera como un factor para el embarazo en la adolescencia.

Las adolescentes se ven afectadas cuando estos recursos son escasos en el hogar y los progenitores se ven obligados a salir del hogar por muchas horas en busca del sustento diario para solventar los gastos, los hijos son dejados en custodia de personas no preparadas para que sean orientadores idóneos.

En algunos casos se ven obligadas a abandonar sus estudios y la carencia de estos factores económicos motiva a las adolescentes a ser arquitectos de sus propios destinos, por ello uno de sus alternativas es abandonar el hogar formando un nuevo núcleo familiar con sus parejas pensando que este se convierte en la mejor solución al tema económico.

#### **4.2 Factores culturales:**

Son un conjunto de valores, rasgos, creencias, tradiciones alimenticias, costumbres que distinguen e identifican a una persona.

La cultura es el conjunto de manifestaciones en las que se expresa la vida, lo que quiere decir que nosotros nos representamos por nuestra cultura. Cada uno tiene un ser único que nos hace diferente del resto, esto hace que las expresiones culturales actúen como medio para preservar tradiciones, que pueden cambiar según la situación y el momento en que nos encontremos.

La cultura actúa como entorno protector en estos tiempos de confinamiento y distanciamiento físico, ya que más allá de las formas tradicionales de participación los adolescentes van creando nuevas formas para divertirse y disfrutar del tiempo libre lo que los ayuda a estar activos y a desarrollar la creatividad. (9)

Se tomará como incidencia cultural, la respuesta positiva de cualquiera factor cultural que se asocian al embarazo en adolescentes y son:

**Modelos aprendidos desde la niñez:** Es un enfoque educativo cuya atención se centra en el proceso mismo, y que apunta, ante todo, a que lo que se adquiere en

la casa o escuela sirva para la vida misma. En ese sentido, no se ocupa tanto del qué se enseña sino del cómo se enseña y qué se hace con eso.

**Inicio de relaciones coitales por voluntad propia:** Es un acto de afirmación personal que tiene que ver con la propia dignidad y derechos personales. Aunque la actividad sexual forma parte importante de nuestra experiencia vital no estamos obligados a practicarla para tener una vida plena.

**Falta de planificación familiar el no uso de métodos anticonceptivos:** La falta de la planificación familiar vulnera el derecho a la salud de todas las mujeres, en particular de las adolescentes, ya que tienen más posibilidades de morir durante el parto y vivir riesgos graves y de dar a luz un niño prematuro o con peso bajo al nacer.

**El bajo nivel de instrucción de los padres:** El bajo nivel educativo e instrucción de los padres incide negativamente en el rendimiento escolar de sus hijos y está relacionado con la pobreza, los hábitos de vida, los modelos de interacción familiar, la comunicación lingüística al interior del hogar, y las expectativas educacionales para los hijos.

**Antecedente de madre embarazada en la etapa de la adolescencia:** Abuelas madre y tía que se embarazaron en la adolescencia.

#### **4.3 Factores familiares:**

Los factores familiares o del hogar son aquellos que se relacionan con la familia o el hogar de una persona.

Según la OMS la comunicación padre y los adolescentes es clave para mantener una relación positiva y puede influir en diferentes aspectos del desarrollo del adolescente. relación positiva y solidaria entre padres y adolescentes fomenta el desarrollo de la autonomía de éstos y les posibilita expresar su propio punto de vista durante los conflictos.

En cambio, las interacciones negativas y controladoras entre padres e hijos socavan la autonomía de los adolescentes y pueden evocar comportamientos reactivos y de oposición contribuyendo a la generación de nuevos conflictos.

Los mismos tienen un impacto sobre la persona, aumentando o disminuyendo la probabilidad de que la misma sea víctima de violencia, explotación o abuso antes, durante o tras la migración.

Los adolescentes también presentan preocupaciones en los factores familiares como:

**La incomunicación con los padres o miembros de la familia:** la incomunicación en la familia causará que no contemos con las herramientas necesarias para comunicarse puede llegar a adquirir inseguridad, desconfianza, frustración, aislamiento y poco valor, y esto a largo plazo se torna complicado porque sin una buena comunicación dentro del hogar no podremos tomar buenas decisiones y no tendremos apoyo.

**La violencia familiar:** es entendida como toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro miembro de la familia.

**La ruptura familia:** según la OMS la desintegración familiar se manifiesta con la ruptura de los lazos principales que unen el núcleo familiar, situación que sin duda cobra influencia en el desarrollo de sus miembros, provocando así el quiebre en los roles de sus integrantes, por su incapacidad de desempeñarlos en forma consciente y obligatoria. (8)

**La violación sexual por alguien de la familia:** según la OPS La violencia sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física por alguien de la familia.

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.

La violencia de pareja se refiere al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control.

La violencia sexual es cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto.

**Consumo de sustancias tóxicas o alcohol en el hogar:** es el consumo continuo de alcohol, drogas ilícitas o el uso indebido de medicamentos recetados o de venta libre con consecuencias negativas. Estas consecuencias pueden implicar: Problemas en el trabajo, el colegio, el hogar o en las relaciones interpersonales. Problemas legales. Problemas familiares.

Según el ministerio de sanidad el consumo de alcohol, durante el embarazo puede producir deficiencias físicas, mentales y motoras en él bebe que pueden afectarle durante toda su vida. Estas consecuencias pueden manifestarse en el momento del nacimiento o más tarde durante el desarrollo. (19)

## **5. Prevención del embarazo en la adolescencia.**

### **5.1 Educación sexual.**

La educación sexual integral es un método de instrucción de educación sexual basado en el plan de estudios que tiene como objetivo brindar a los estudiantes el conocimiento, las actitudes, las habilidades y los valores para tomar decisiones adecuadas y saludables en sus vidas sexuales.

La Ley 287 Código de la Niñez y la Adolescencia (1998), establece en el Artículo 44 «las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir una educación, sexual integral, objetiva, orientadora, científica, gradual y formativa, que desarrolle su autoestima y el respeto a su propio cuerpo y la sexualidad responsable, el Estado

garantizará programas de educación sexual a través de la escuela y la comunidad educativa». (20)

Según la OMS La educación sexual a los niños y adolescentes brinda la información de los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que les ayudarán a proteger su salud, desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas, tomar decisiones responsables y comprender y proteger los derechos de los demás.

Todos los niños y adolescentes tienen derecho a ser educados sobre sí mismos y el mundo que la rodea de una manera apropiada para su edad y desarrollo, puesto que necesitan esos conocimientos para su salud y bienestar. (8)

El aprendizaje es un proceso incremental: lo que se enseña a las edades más tempranas es muy diferente de lo que se enseña durante la pubertad y la adolescencia. Con los estudiantes más adolescentes, la educación sobre sexualidad no significa necesariamente educación sobre sexo. Por ejemplo, a adquirir conocimientos sobre el cuerpo y reconocer sus sentimientos y emociones, al tiempo que les permite debatir sobre la vida familiar y los diferentes tipos de relaciones, la toma de decisiones, los principios básicos del consentimiento y qué hacer si se producen situaciones de violencia, intimidación o abusos. En este tipo de aprendizaje se establecen las bases para relaciones saludables a lo largo de la vida.

La educación sexual se debe impartir desde primera instancia en la casa con los padres y posterior los centros de educación y los centros de salud.

## **5.2 Métodos anticonceptivos.**

se definen como las estrategias para impedir o reducir de forma significativa las probabilidades de que se produzca la fecundación y, con ello, el embarazo, al mantener relaciones sexuales con penetración vaginal.

Según la normativa 002 NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Este protocolo aborda exclusivamente los métodos anticonceptivos, particularmente los métodos modernos artificiales, haciendo énfasis en los que provee el Ministerio de Salud (MINSa) a través de su red de servicios y está basada en la mejor

evidencia científica y los mejores niveles de recomendación, proviniendo la mayor parte de su contenido del documento Planificación Familiar, un Manual Mundial para Proveedores, de la Organización Mundial de la Salud, publicado en agosto 2011 en su versión en Inglés y en el 2014 en su versión en Español. (21)

La Anticoncepción, consiste en la utilización de métodos anticonceptivos, que impide la fecundación del óvulo por el espermatozoide, como consecuencia del acto sexual, mediante el uso de medicamentos, dispositivos o métodos naturales que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción de tal forma que el coito pueda realizarse sin fecundación. La efectividad de los métodos, cuando se usa en forma correcta y consistente, aseguran la probabilidad mínima de embarazos no deseados.

La Planificación familiar es el derecho que tiene la pareja e individuo de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los métodos para concretar sus deseos y el derecho de obtener una mejor calidad de salud sexual y reproductiva.

### **5.2.1 Existen varios tipos de anticonceptivos, los cuales se pueden clasificar en función de su composición y mecanismo de acción.**

- **Métodos anticonceptivos naturales:**

Son métodos reversibles de anticoncepción, por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual y absteniéndose de practicarlo (abstinencia periódica) de acuerdo con los periodos fértiles de la mujer.

Este mecanismo de acción de los anticonceptivos se basa en el control del ciclo menstrual para evitar mantener relaciones sexuales en los días fértiles de la mujer, que son aquellos cercanos al momento de la ovulación.

La ovulación tiene lugar a mitad del ciclo menstrual, aproximadamente, aunque no en todas las mujeres es tan exacto, sobre todo en aquellas que presentan un ciclo menstrual irregular. Por tanto, es necesario que la mujer lleve un estricto control de

sus menstruaciones y la ovulación. También existe como método natural el coito interrumpido, En este caso, hay que evitar la eyaculación dentro de la vagina, aunque no la penetración previa.

- **Métodos anticonceptivos de barrera:**

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren en la fecundación de manera mecánica o química.

Se trata de anticonceptivos que evitan la llegada de los espermatozoides al óvulo de forma física.

El más conocido de todos es el preservativo de uso masculino. No obstante, existen otros métodos anticonceptivos de barrera:

**Preservativo masculino:** también llamado profiláctico o condón. Este método anticonceptivo tiene forma de funda y se coloca alrededor del pene.

Generalmente, el preservativo está hecho de látex y viene lubricado con espermicidas. Al colocarse alrededor del pene, el semen se queda atrapado en su interior después de la eyaculación. Su efectividad es del 97% y el precio suele rondar los 10 euros la caja.

**Preservativo femenino:** es similar al condón masculino, pero con un anillo rígido ancho para evitar que resbale por el orificio vaginal. Su precio es de 2 euros cada unidad, un poco más caro que el preservativo masculino.

- **Métodos anticonceptivos hormonales:**

Sustancias o combinación de sustancias esteroideas que administradas de forma oral, intramuscular, subcutánea e intrauterina evitan el embarazo.

Estos son los métodos anticonceptivos más utilizados en la mujer. Los anticonceptivos hormonales se componen de versiones sintéticas de las hormonas sexuales femeninas, normalmente de estrógenos y la progesterona.

Su mecanismo de acción consiste en alterar los niveles hormonales naturales en la mujer para impedir que tenga lugar la ovulación y así no haya posibilidad de

fecundación por parte del esperma. Además, los anticonceptivos hormonales también alteran el endometrio y el moco cervical, y evitan que el útero se prepare para la implantación embrionaria.

**Pastillas o píldoras anticonceptivas:** Se trata de un anticonceptivo en forma de pastillas que deben tomarse diariamente por vía oral.

**Anticonceptivos inyectables:** Este tipo de anticonceptivos consisten en una inyección de hormonas por vía intramuscular. Su duración es de un mes o tres meses en función de la dosis hormonal y tiene una eficacia muy elevada, del 99%.

**Parches anticonceptivos:** Se trata de pequeños parches colocados en la piel que van liberando de forma continuada la dosis hormonal. Los parches anticonceptivos pueden colocarse en los glúteos, en el abdomen, en la parte superior de la espalda o en la parte exterior alta del brazo. Además, estos parches deben cambiarse una vez por semana y, aunque su efectividad normalmente es elevada, se ve reducida en mujeres con sobrepeso.

**DIU con liberación hormonal:** El dispositivo intrauterino, conocido por sus siglas como DIU, es un dispositivo en forma de "T" que se coloca en el útero y va liberando hormonas. Esta liberación hormonal impide la implantación del embrión en el útero en el caso de que ocurra la fecundación. La duración del DIU es de 5 años y es colocado por el médico. Su ventaja es el carácter permanente que permite a la mujer olvidarse de la anticoncepción durante unos años. Por eso, se recomienda el uso exclusivo en mujeres que han tenido un parto previamente.

**Implante anticonceptivo:** EL implante anticonceptivo consiste en un pequeño implante de plástico flexible que se coloca bajo la piel del brazo y va liberando la dosis hormonal necesaria para evitar la ovulación. Su principal ventaja es que puede durar uno, tres o cinco años. Por tanto, es un anticonceptivo permanente con alta eficacia anticonceptiva.

**Anillo vaginal:** Este anticonceptivo consiste en un aro flexible colocado en el cuello del útero que va liberando hormonas. El anillo vaginal se mantiene en la vagina durante tres semanas y luego se quita. En la cuarta semana, la mujer tendrá el

período y, a la semana siguiente, se pone un nuevo anillo. Sin embargo, no hay que acudir al médico para el cambio, sino que es la propia mujer la que hace el reemplazo.

- **Métodos anticonceptivos permanentes:**

Son métodos irreversibles de anticoncepción, que impiden la capacidad reproductiva de la persona o de una pareja de forma permanente, a través de un procedimiento quirúrgico, bien sea realizado al hombre o a la mujer.

Se trata de una anticoncepción permanente de gran eficacia que requiere una intervención quirúrgica. Aunque en un principio estas operaciones eran irreversibles, actualmente existe la posibilidad de revertirlas. No obstante, la eficacia de las cirugías de reversión no es muy elevada y no es posible asegurar que la capacidad fecundante se recupere totalmente.

Existen métodos anticonceptivos definitivos tanto para las mujeres como para los hombres:

**Vasectomía** : los conductos seminales se cortan para impedir la salida del espermatozoide del testículo, por lo que el eyaculado no muestra espermatozoides.

**Ligadura de trompas:** obstrucción o corte de las trompas de Falopio de la mujer que impide el paso de los óvulos, por lo que nunca se encontrarán con los espermatozoides.

## VIII. Hipótesis

En relación a los factores socioeconómico, culturales y familiares, en esta investigación se aplicó la hipótesis de tipo Causalidad y correlacional, porque permitirá determinar cuáles de los factores en estudio son lo más predominante en el embarazo en la adolescencia.

Sampieri (2016), pág. 147 “la hipótesis nula constituye proporcione acerca de las relaciones entre variable, solo que sirven para refutar o negar lo que afirma la hipótesis de investigación”. La hipótesis de causalidad no solo afirma las relaciones entre 2 o más variable y de manera en que se manifiesta, sino que además propone un sentido de entendimiento de las relaciones”

**H<sub>1</sub>:** Los factores socioeconómicos inciden en mayor proporción en comparación con los factores familiares, en el embarazo en la adolescencia en relación con mujeres de 10 a 19 años que acuden a controles prenatales en el I, II y III trimestre del embarazo en el Centro de Atención Integral para Adolescentes Hospital Bertha Calderón, I semestre del 2024.

**H<sub>2</sub>:** Los factores culturales no inciden en el embarazo en la adolescencia, en mujeres de 10 a 19 años que acuden a controles prenatales en el I, II y III trimestre del embarazo en el Centro de Atención Integral para Adolescentes Hospital Bertha Calderón, I semestre del 2024.

## Operacionalización de variable

Variable	Indicadores	Sub indicadores	Técnica de recolección de datos
<b>Características sociodemográficos</b>	Edad	10 – 14 años 15 – 19 años	Cuestionario
	Escolaridad	Analfabeta Primaria Secundaria Estudios superiores Superior universitaria	
	Ocupación actual	Estudiante Ama de casa Vendedor ambulante Trabajo eventual Otros	
	Estado civil	Soltera Casada Conviviente	
<b>Factores Socioeconómico</b>	¿De cuánto es el recurso financiero en tu hogar?	Bajo en un aproximado de 150 córdobas al día. Medio más de 500 córdobas al día. Alto más de 1500 córdobas al día.	
	¿De quién depende tu economía?	Padres Tíos Pareja Trabajo Otros	

	¿Cuentas con estos recursos educativos?	Colegio publico Colegio privado Becas educativas	cuestionario
	¿Cuentas con recursos en salud?	Centros de salud Hospital Clínica privada	
<b>Factores Cultural</b>	Modelos aprendidos de la educación sexual.	Padres Profesores Amigos Personal de salud Ninguno	
	Iniciaste las relaciones coitales por voluntad propia	SI NO	
	¿Has usado algún método anticonceptivo antes?	SI NO	
	¿Qué métodos anticonceptivos usabas?	Natural Preservativos Pastillas Ampollas Otros No use	
	¿A qué edad te embarazaste?	10-14 15-19	
	Tienes antecedente de embarazo familiar	Si No	

<b>Factores Familiar</b>	¿Con quién vives actualmente en la familiar?	Con ambos padres Con uno de los padres Con la pareja Sola Otros	Cuestionario
	¿Con quién vivías antes de tu embarazo?	Con ambos padres Con uno de los padres Sola Otro familiar	
	¿Existe ruptura familiar en tu hogar?	Si No	
	Consumen sustancias toxicas o alcohol en el hogar	Si No	
	¿Aceptaron tu embarazo en la familia?	Si No	
	¿Qué sentimiento tuviste frente al embarazo	Preocupación Desesperación Alegria Tristeza Miedo	
	Presenciaste violencia intrafamiliar	Si No	
	Viviste algún abuso sexual por algún familiar	Si No	

<b>Complicaciones en el embarazo</b>	¿Qué enfermedades propias del embarazo as presentado?	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aborto espontáneo en embarazos anteriores</li> <li>✓ Obstrucción del parto en embarazos anteriores</li> <li>✓ Hemorragia posparto en embarazo anteriores</li> <li>✓ Hipertensión relacionada con el embarazo. (preclamsia y eclampsia).</li> <li>✓ Diabetes gestacional.</li> <li>✓ Anemia en el embarazo y posparto.</li> <li>✓ Infecciones del tracto urinario.</li> <li>✓ Desnutrición.</li> <li>✓ Obesidad</li> </ul>	cuestionario
	¿En qué trimestre del embarazo te encuentras?	Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre	
	¿Cuántos controles prenatales llevas?  ¿En que trimestre del embarazo as presentado algunas de estas complicaciones?	Primer control Segundo control Tercer control Cuarto control  Primer trimestre Segundo trimestre Tercer trimestre Ninguno	

## IX. Diseño Metodológico

### 1 Tipo de estudio

El presente estudio, de acuerdo con el alcance de la investigación, fue de naturaleza cuantitativa, ya que se emplearon datos numéricos para analizar el fenómeno en cuestión. El objetivo del estudio fue descriptivo, pues se recolectaron datos que describen y miden las variables cuantificables de los factores socioeconómicos, culturales y familiares que inciden en el embarazo adolescente. Según la direccionalidad, el estudio fue prospectivo, iniciándose en un punto temporal concreto y recolectando datos a partir de ese momento. Además, fue un estudio de corte transversal, ya que se llevó a cabo en un periodo específico, correspondiente al primer semestre de 2024.

Según el control de las variables será observacional porque no se controlará el fenómeno en estudio y se trabajará en el contexto natural.

Según Hernández Sampieri (2018) existen cuatro alcances de investigación: exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo. Este estudio descriptivo busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis y es útil para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación. (21)

### 2 Área de estudio

Se ha realizado en el Centro de Atención Integral para Adolescentes Hospital Bertha Calderón Managua, con las adolescentes embarazadas en las edades de 10 a 19 años, El Centro de Atención Integral Para Adolescentes Hospital Bertha Calderón se encuentra ubicada en la ciudad de Managua pista Juan Pablo II Frente al mercado Israel Lewite, Managua Nicaragua. El Hospital Bertha Calderón inauguró el centro para jóvenes con el fin de darles una atención integral el 13 de enero 2020.

### **3 Definición del Universo**

El universo estuvo constituido por todas las adolescentes embarazadas en las edades de 10 a 19 años, en el periodo de febrero a junio del año 2024 los cuales corresponden a 720 hasta el momento de este estudio.

### **4 Muestra**

La muestra es de 120 adolescentes embarazadas en las edades de 10 a 19 años que corresponde a la cantidad de pacientes que se atiende mensualmente estas fueron multiplicadas por los 6 meses del estudio dando al total del universo de 720 adolescentes. se tomará una muestra del 10% de la población que corresponde a las 72 encuestada de tipo probabilístico aleatorio simple.

Según H. Sampieri pg. 141 “La muestra es un subgrupo de la población. Es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que se le llama población” (21)

### **5 Tipo de Muestreo**

Se aplicó un muestro de tipo Probabilístico por racimo, aleatoria simple es un subconjunto de una muestra elegida de una población más grande. Cada individuo se elige al azar y por pura casualidad, este tipo de muestreo se caracteriza por la igualdad de probabilidades que tienen todas las adolescentes embarazadas de ser electos o incluidos.

La selección se hizo a través de computadoras porque pueden generar series de números aleatorios. Se trata de números que no guardan ninguna relación entre sí y se eligen con la misma frecuencia.

según H. Sampieri pg. 183 la muestra probabilística es un muestreo en el que las unidades se encuentran encapsuladas en determinados lugares físicos. (21)

## **6 Técnicas e Instrumentos Utilizados**

La técnica para la recolección de la información se realizó a través de una encuesta validada y modificada. La prueba estadística de este instrumento en Perú 2019 fue la binomial, siendo el resultado de esta,  $p= 0.01387$  lo cual significa que el instrumento es válido y según el significado de los valores del Coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach se reflejan confiabilidad “Alta” (fuerte) con un valor de 0,807; lo que confirma que de ser aplicado el instrumento en la investigación asegura la confiabilidad en todos los casos. (22), este instrumento fue aplicada a una tesis titulada Factores de riesgo que influyen en el embarazo de adolescentes que acuden al centro de salud san Ignacio, cajamarca, en el año 2019 en Perú por la autora Bach. Castillo Abad Saby Roxana.

Reconociendo que la encuesta es válida la aplicamos en nuestra investigación con modificaciones, contiene 27 preguntas cerradas con variación de opciones de respuesta, en la que la población estudiada marcara con un círculo. Se aplicará una guía de revisión documental en el expediente de las pacientes que contiene 10 preguntas cerradas con variación de opciones de respuesta, en la que buscaremos la confiabilidad de los resultados.

El instrumento fue creado de acuerdo a los objetivos del estudio donde se abarcaron Características sociodemográficas de la población, los factores socioeconómicos, culturales y familiares que inciden en el embarazo en la adolescencia y las complicaciones que pueden tener durante el embarazo.

## **7 Plan de análisis y Tabulación**

Los resultados obtenidos se reflejarán en una tabla de 3 columna, donde se incorpora los factores socioeconómicos, factores culturales y familiares que se obtuvieron al aplicar el instrumento, la siguiente contendrá la información documental y la ultima la interpretación como investigador y la comparación del otro estudio.

## **8 Procesamiento y Análisis de la Información**

El procesamiento de la información se realizará a través del programa SPSS versión 25, por su implicación cuantitativa, los datos obtenidos al aplicarse la encuesta se presentarán en gráficos de barra para poder ilustrar y enriquecer los hallazgos encontrados en el estudio.

## **9 Aspectos Éticos**

Se solicitó permiso a la Dirección del Hospital a fin que se realizará la recolección de datos, el cual se desarrolló con fines académicos y así obtener el consentimiento formal de las autoridades pertinentes como SILAIS Central Docencia, HBCR para obtener acceso a la información de los expedientes clínicos a revisar (HCP). Y consentimiento informado por parte de tutores o pacientes para obtener información que garantizara la confidencialidad de los pacientes involucrados en este estudio.

### **a. Criterios de inclusión:**

- Todas las adolescentes embarazadas en las edades 10- 19 años que acuden a controles prenatales en el Centro de Atención Integral Para Adolescentes Hospital Bertha Calderón.
- Pacientes adolescentes que estén en el I, II y III trimestre de embarazo.
- Pacientes adolescentes embarazadas que deseen participar del estudio.
- Todas las adolescentes embarazadas en rangos de edades de 10–19 año
- Pacientes que estén presentes en el momento de estudio

### **b. Criterios de Exclusión.**

- Todas las adolescentes embarazadas que no sean de las edades de 10- 19 años que acuden a controles prenatales en el Centro de Atención Integral Para Adolescentes Hospital Bertha Calderón.
- Las adolescentes embarazadas que no tengan las edades prescritas en el estudio.
- Las adolescentes embarazadas que no deseen participar del estudio.

## X. Resultados

Se aplicó una encuesta con 27 preguntas cerradas, abarcando datos relevantes sobre los factores que inciden en el embarazo en la adolescencia a continuación se describe los siguientes resultados:

### **Características sociodemográficas.**

Del total de 72 mujeres embarazadas con respecto a su edad el 49 (68%) están entre las edades de 16 a 18 años, 15 (21%) son de las edades de 13 a 15 años y 8 (11%) corresponde a las edades de 19 años. Ver anexos tabla #1.

En relación con el grado de escolaridad, 55 (76%) se encontraron la secundaria incompleta, mientras que el 11 (15%) en primaria incompleta. Ver anexos tabla #2.

La ocupación actual de las mujeres embarazadas fue en un 48 (67%) están siendo amas de casa, mientras que el 18 (25%) en estudiante activas. Ver anexos tabla #3.

El estado civil de las mujeres embarazadas estudiadas el 40 (56%) viven en unión libre y el 21 (29%) viven solteras. Ver anexos tabla #4.

### **Factores socioeconómicos.**

En relación con los recursos financieros de las mujeres embarazadas se encontró que el 47 (65%) tienen un estado financiero medio de 500 córdobas al día y el 14 (19%) se encuentran en estado financiero bajo de 150 córdobas al día. Ver anexos tabla #5.

Respecto a la dependencia económica de las mujeres embarazadas se encontró que el 38 (53%) están dependiendo económicamente de su pareja, mientras que el 30 (42%) se encuentran dependiendo económicamente de sus padres. Ver anexos tabla #6.

Por otro lado, los recursos educativos de las mujeres embarazadas el 56 (78%) cuentan con colegio público y el 14 (19%) se encuentran en colegios privados. Ver anexos tabla #7.

Se encontró que en los recursos en salud de las mujeres embarazadas el 40 (56%) cuentan con centros de salud público, mientras que el 31 (43%) se encuentran en hospital público. Ver anexos tabla #8.

### **Factores culturales.**

En relación con los modelos aprendidos de la educación sexual de las mujeres embarazadas el 33 (46%), cuentan con educación sexual por padres y el 27 (37%), lo aprendieron de sus maestros y el 10(15%) no aprendió de nadie. ver anexos tabla #9.

Con respecto a las relaciones coitales por voluntad propia de las mujeres embarazadas se refleja que el 70(97%) respondió con un sí que fue por voluntad propia el inicio de su relación sexual, mientras que el 2(3%), indico que no fue por voluntad propia. Ver anexo tabla #10.

Por lo tanto, en el uso de métodos anticonceptivos de las mujeres embarazadas el 39(54%), afirmaron que si usaban métodos anticonceptivos y el 33(46%), indico que no usaban. Ver anexos tabla#11.

En relación con los métodos anticonceptivos que usaron las mujeres embarazadas el 33(46%), no usaban métodos anticonceptivos, mientras que el 22(30%), indico que usaban ampollas, el 10(14%) pastilla y el 5(7%) preservativo. Ver anexos tabla #12.

En la edad que se embarazaron las mujeres el 48(67%), se embarazaron en las edades de 16 a 18 años, mientras que el 19(26%), indico que en las edades de 13 a 15. Ver anexos tabla #13.

Respecto a los antecedentes de embarazo familiar de las mujeres el 52(72%) afirman que si tienen antecedente de embarazo familiar en la adolescencia y el 20(28%), indico que no. Ver anexos tabla #14.

### **Factores familiares.**

En cuanto con quien viven actualmente las mujeres embarazadas el 34(47%) viven actualmente con su pareja, mientras que el 22(31%), indico que, con uno de los padres, el13(18%) con ambos padres y el 1(1%) sola. Ver anexos tabla #15.

En relación con quien vivían antes del embarazo las mujeres embarazadas el 31(43%) Vivian con ambos padres antes de su embarazo, mientras que el 26(36%), indico que vivía con uno de los padres antes del embarazo y el 13(18%) con la pareja. Ver anexos tabla #16

La Comunicación con sus padres antes del embarazo fue del 57(79%) afirman que tenían una buena comunicación con sus padres antes de su embarazo y el 12(17%), indico que era regular y el 3(4%) tenía mala. Ver anexos tabla #17

En relación con la ruptura familiar de los padres de las adolescentes el 43(60%), indicaron que, no existe una ruptura familiar antes de su embarazo, mientras que el 29(40%), indico que si tiene ruptura familiar. Ver anexos tabla #18.

En cuanto con el consumo de sustancias toxicas o alcohol en el hogar de las mujeres embarazadas el 53(74%) no consumen sustancias toxicas o alcohol y el 19(26%), indico que si consumen sustancias. Ver anexos tabla #19

Con respecto a que si aceptaron el embarazo en la familia el 67(93%) si aceptaron su embarazo y el 5(7%), indico que no aceptaron su embarazo en la familia. Ver anexos tabla #20.

Referente a que sentimientos tuvieron las mujeres embarazadas el 23(31%) tuvieron sentimiento de alegría al darse cuenta que estaban embarazadas y el 17(24%), indico que su sentimiento fue de preocupación, un 14(10%) sintió miedo. Ver anexos tabla #21

En referencia si presencio violencia intrafamiliar el 63(88%) afirman que no tuvieron que presenciar violencia intrafamiliar y el 9(12%), indico que sí. Ver anexos tabla #22.

En relación a vivir algún abuso sexual por alguien de la familia el 61(84%), no vivieron abuso sexual, mientras que el 11(16%), indico que si presencio y vivió abuso sexual. Ver anexos tabla #23.

### **Complicaciones.**

En que trimestre del embarazo se encontraron las mujeres embarazadas tenemos que el 26(36%) se encuentran en el segundo trimestre de su embarazo y el 24(33%), indico que se encuentra en el tercer trimestre de su embarazo, el 22(31%) con el primer trimestre. Ver anexos tabla #24.

En cuanto a los controles prenatales de las mujeres embarazadas el 25(35%), acudieron al centro ya cuando les tocaba su segundo control prenatal, mientras que el 22(31%), indico que se encuentra en el tercer control de su embarazo. Ver anexos tabla #25.

En las enfermedades propias del embarazo que han presentado el 42(58%) no tuvieron enfermedades propias del embarazo y el 10(13%), indicaron que tuvieron infección del tracto urinario. El 4(5%) hipertensión y un 4(5%) diabetes. Ver anexos tabla #26.

En relación con el trimestre que presentaron complicaciones las mujeres embarazadas fue que el 43(60%) no tuvieron que presenciar complicaciones en el embarazo, mientras que el 14(19%), indicaron que si tuvieron complicaciones en el primer trimestre del embarazo y el 9(13%) en el segundo. Ver anexos tabla #27.

## **Análisis de resultado**

### **Características sociodemográficas.**

El estudio reveló que el rango de edad más predominante está entre 16 y 18 años, representando el 68% (49 casos). Según la investigación de Paolo César Arévalo Zumaeta y Wendy Gabriela Serruche Linares, de tipo explicativa con un enfoque cuantitativo, el 60% (24 casos) se encontraba entre los 17 y 19 años, lo que refuerza nuestros hallazgos. Ambos estudios coinciden en que la mayor cantidad de embarazos ocurre en estas edades. Ver anexo gráfico #1.

En cuanto a la escolaridad, la mayoría de la población estudiada tenía secundaria incompleta, representando el 76% (55 casos). Estos resultados difieren de los hallazgos de la investigación realizada por Paolo César Arévalo Zumaeta y Wendy Gabriela Serruche Linares, donde el 45% (18 casos) de las adolescentes tenían secundaria completa y provenían de zonas rurales. Nuestros datos indican que la mayoría de las adolescentes embarazadas tienen una educación secundaria incompleta. Esto sugiere que el limitado conocimiento sobre educación y sexualidad contribuye a los embarazos en adolescentes, afectando negativamente su educación, resultando en abandono escolar y bajo rendimiento académico. Estas circunstancias obligan a las adolescentes a asumir roles de maternidad a una edad temprana, lo que trae complicaciones de salud y limita sus oportunidades futuras. Ver anexo gráfico #2.

En cuanto a la ocupación actual, se encontró que el 67% (48 casos) de las adolescentes estudiadas son amas de casa. Esto contrasta con la investigación realizada por Paolo César Arévalo Zumaeta y Wendy Gabriela Serruche Linares, donde el 43% (17 casos) de las adolescentes eran amas de casa. Nuestros datos refuerzan la observación de que una mayor cantidad de adolescentes en nuestra muestra son amas de casa, ya que viven con sus padres y parejas que las apoyan económicamente. Ver anexo gráfico #3.

En cuanto al estado civil actual, el 56% (40 casos) de las adolescentes estudiadas están en unión libre. Esto es comparable con la investigación realizada por Paolo César Arévalo Zumaeta y Wendy Gabriela Serruche Linares, que encontró que el 55% (22 casos) de las adolescentes estaban en una unión estable. Nuestros datos refuerzan la observación de que la mayoría de las adolescentes en nuestra muestra están en unión libre, mientras que las demás viven con sus padres y esposos. Ver anexo gráfico #4.

### **Factor socioeconómico.**

El recurso financiero más predominante entre las adolescentes estudiadas se encuentra en un nivel medio de 500 córdobas al día, representando el 65% (47 casos). En la investigación realizada por Paolo César Arévalo Zumaeta y Wendy Gabriela Serruche Linares, de tipo explicativa con un enfoque cuantitativo, el 25% (10 casos) tenía una economía familiar deficiente. Nuestros datos refuerzan que la mayoría de las adolescentes tienen un nivel financiero medio, ya que viven con sus parejas y padres que las apoyan económicamente. Por lo tanto, se considera que no hay un factor socioeconómico significativo en los recursos financieros que incida en el embarazo de estas adolescentes. Ver anexo gráfico #5.

Se encontró que la dependencia económica más predominante entre las adolescentes está con su pareja, representando el 53% (38 casos), seguida de la dependencia económica de sus padres con un 42% (30 casos). Según el "Resumen Ejecutivo: Causas y Consecuencias Económicas y Sociales del Embarazo en Nicaragua", el embarazo conlleva consecuencias irreparables a largo plazo tanto para la adolescente como para su familia por diversas razones, como el abandono escolar o laboral, y se ha identificado como un factor que perpetúa la pobreza intergeneracional al asumir nuevas responsabilidades a una edad temprana. Nuestro estudio pretende entender mejor el impacto socioeconómico y los factores de riesgo asociados a la falta de independencia económica. Los datos obtenidos indican que todas las adolescentes estudiadas dependen económicamente de alguien, ya sea padres o parejas. Ver anexo gráfico #6.

Los recursos educativos más predominantes se encuentran en colegios públicos, representando el 78% (56 casos). Según el Ministerio de Educación (MINED) de Nicaragua, este órgano gubernamental es responsable de administrar el sistema educativo del país y garantiza el derecho y acceso a la educación gratuita para todos. Estos datos sugieren que no hay un factor socioeconómico significativo que influya en el embarazo adolescente, ya que todas las participantes tienen acceso a la educación pública. Anexo gráfico #7

En los recursos en salud el más predominante está en centros de salud correspondiendo a 40(56%), Según El Ministerio de Salud MINSA todos tenemos derecho a la salud y de proveer atención oportuna en salud gratuita a las(os) nicaragüenses, impulsa acciones que contribuyan a mejorar la salud de las adolescentes, su familia y la comunidad. Reforzando los datos todas cuentan con centros de salud públicos con atención gratuita, siendo el Centro de atención integral para adolescencia Hospital Bertha Calderón el más usado en ellas, seguido del Hospital Bertha Calderón. Aquí el factor socioeconómico en los recursos en salud no incide en el embarazo porque todos tenemos acceso a la salud pública en nuestro país. Ver anexos gráficos #8.

### **Factor cultural.**

De acuerdo con los modelos de educación sexual, la fuente más predominante fue la enseñanza recibida de los padres, representando el 46% (33 casos). En la investigación realizada por Kimberly Ayusa Ochoa Camac y Juana Matilde Cuba Sancho, utilizando un método de revisión sistemática, se encontró que el 44% (7 casos) recibieron una educación sexual-reproductiva escasa o inadecuada. Estos datos refuerzan la observación de que una proporción significativa de adolescentes aprende sobre educación sexual de sus padres, aunque de manera inadecuada. Esta educación insuficiente se refleja en las acciones de las adolescentes y en el no uso de métodos anticonceptivos para evitar un embarazo, indicando que el factor cultural influye en el embarazo adolescente. Ver anexo gráfico #9.

En las relaciones coitales por voluntad propia la respuesta más predominante fue si y está correspondió a 70(97%), según la investigación realizada por Paolo César, Arévalo Zumaeta, Wendy Gabriela, Serruche Linares, de tipo explicativa con un enfoque cuantitativo, indica que el 68% (27) si fue por voluntad propia y tenía creencia de que el primer coito no embaraza, reforzando los datos obtenidos de las relaciones coitales por voluntad propia tenemos mayor cantidad siendo el factor cultural el que si incide en el embarazo adolescente. Ver anexos grafica #10.

En cuanto al uso de métodos anticonceptivos, la respuesta más común fue afirmativa, representando un 55% del total, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta organización señala que la falta de planificación familiar vulnera el derecho a la salud de todas las mujeres, especialmente de las adolescentes, quienes enfrentan un mayor riesgo de complicaciones durante el parto, como la mortalidad materna y el parto prematuro con bajo peso al nacer. Al analizar los datos recopilados, se observa que algunas mujeres utilizaron métodos anticonceptivos, aunque de manera inadecuada, mientras que un 46% no los utilizó y quedó embarazada con mayor rapidez. Ver anexo gráfico # 11.

En relación con la ausencia de uso de métodos anticonceptivos, la respuesta más común fue la falta de uso, representando un 46% del total. Según la Normativa 002, que establece el protocolo de planificación familiar, se aborda específicamente el tema de los métodos anticonceptivos, centrándose especialmente en los métodos modernos artificiales, como los proporcionados por el Ministerio de Salud (MINSA) a través de su red de servicios. Gran parte de este protocolo se basa en el documento "Planificación Familiar, un Manual Mundial para Proveedores" de la Organización Mundial de la Salud. Al analizar los datos recopilados, se observa que muchas participantes que quedaron embarazadas indicaron que antes del embarazo no utilizaron ningún método anticonceptivo debido a su desconocimiento sobre cuáles existen y cómo se utilizan. Además, manifestaron que no recibieron información sobre estos métodos ni sobre educación sexual por parte de sus padres o de otros entornos educativos. Este hallazgo sugiere que la educación sexual no ha sido adecuada, y que la falta de conocimiento sobre la sexualidad y los métodos

de planificación es un factor importante en los embarazos adolescentes. Este fenómeno puede estar influenciado en gran medida por factores culturales. Ver anexos gráficos #12.

Se adquirió que la edad de su primer embarazo fue a los 16 a 18 años correspondiendo a 48(67%), La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al embarazo, o gestación, como los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer y el embarazo en la adolescencia es un fenómeno mundial y se establece entre los 10 y los 19 años. Reforzando nuestros datos incide más en esas edades porque según la UNICEF la adolescencia es un período de rápido crecimiento físico, cognitivo, social y emocional donde se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano y es un momento crucial para la formación de la identidad individual, en el que las relaciones y experiencias positivas y negativas pueden influir en su vida. Ver anexos gráficos #13.

Se obtuvo que en los antecedentes de embarazo familiar en la adolescencia la más predominante en respuesta fue con un si correspondiendo a 52(72%), En la investigación realizada por Kimberly Ayusa Ochoa Camac, Juana Matilde Cuba Sancho con su método de revisión sistemática en sus resultados indican que, si existe el antecedente de embarazo precoz en la familia, reforzando los datos obtenidos si coincidimos con la siguiente investigación, siendo el factor cultural en los antecedentes familiares que si incide en el embarazo adolescente. Ver anexos gráficos #14.

### **Factor familiar.**

En cuanto a la convivencia actual de las adolescentes, se observa que la mayoría reside con su pareja, representando un 47% del total. Según los relatos de las pacientes, mantienen una relación satisfactoria con sus parejas y comparten el hogar con ellas. Este dato sugiere que el entorno familiar y la convivencia de pareja pueden influir en los embarazos adolescentes, ya que algunas continúan experimentando embarazos durante esta etapa de sus vidas. Ver anexo gráfico #15.

En cuanto a la situación previa al embarazo, se encontró que la mayoría vivía con ambos padres, correspondiendo al 43% del total. Las adolescentes mencionaron que, al enterarse del embarazo, buscaron el apoyo de sus parejas y abandonaron el hogar paterno para vivir con ellas. Algunas incluso conviven con sus padres y parejas en el mismo hogar. Estos datos refuerzan la idea de que los factores familiares pueden tener un impacto significativo en los embarazos adolescentes. Ver anexo gráfico #16.

En relación con la comunicación con sus padres antes del embarazo, se constató que era buena en la mayoría de los casos, representando un 79% del total. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una comunicación positiva entre padres y adolescentes es crucial para mantener relaciones saludables y puede influir en diversos aspectos de su desarrollo. Las participantes indicaron tener una comunicación excelente con sus padres antes del embarazo, quienes las han apoyado durante esta etapa de sus vidas. Estos resultados refuerzan la idea de que la comunicación familiar juega un papel crucial en la prevención de embarazos adolescentes. Ver anexo gráfico #17.

Se encontró que no hubo ruptura familiar en la mayoría de los casos antes del embarazo, representando un 60% del total. Según la OMS, la desintegración familiar puede tener un impacto significativo en el desarrollo de los miembros de la familia, aumentando la probabilidad de que sean víctimas de violencia, explotación o abuso. Estos datos sugieren que los factores familiares pueden influir en los embarazos adolescentes al afectar el entorno y las relaciones familiares. Ver anexo gráfico #18.

Se encontró que la mayoría de las adolescentes no consumían sustancias tóxicas ni alcohol antes del embarazo, representando un 74% del total. Según el Ministerio de Sanidad, el consumo de alcohol durante el embarazo puede tener efectos negativos en el desarrollo del bebé. Las participantes afirmaron no consumir sustancias en sus hogares, aunque algunos miembros de la familia sí lo hacen. Ver anexo gráfico #19.

Se observó que la mayoría de las familias aceptaron el embarazo, representando un 83% del total. Según una investigación realizada por los autores Luis Ángel

Mandes y Agosto José Ramírez, las familias brindaron apoyo a las adolescentes durante el embarazo. Estos hallazgos sugieren que el factor familiar puede no haber incidido en los embarazos adolescentes, ya que las familias mostraron una actitud positiva y de apoyo. Ver anexo grafico #20.

Se encontró que tuvieron sentimiento de alegría al darse cuenta que estaban embarazadas un 23(31%), el 17(24%), fue de preocupación y un 14(10%) sintió miedo. según la investigación de los autores Luis Ángel Mandes, Agosto José Ramírez con un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, retrospectivo su respuesta fue que consideraron que la maternidad es una forma de realización personal, reforzando los datos obtenidos ellas afirman que el sentimiento que tuvieron fue de alegría porque siempre anhelaban tener un hijo y más cuando tenían a su pareja cerca y apoyándolas, esto indica que los dos estudios coinciden. Ver anexo grafica #21.

Se afirma que su respuesta fue que no tuvieron que presenciar violencia intrafamiliar y correspondió a 63(88%), según la investigación de los autores Luis Ángel Mandes, Agosto José Ramírez con un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, retrospectivo su respuesta fue que un grupo menor de ellas recibió algún tipo de violencia y en cuanto a los factores emocionales en su mayoría sufre de ansiedad moderada. Reforzando los datos nuestras encuestadas no vivieron violencia intrafamiliar mientras que el otro estudio si y podríamos decir que el factor familiar no incidió en el embarazo. Ver anexos grafica #22.

Se obtuvo que su respuesta fue que no tuvieron que presenciar o vivir abuso sexual y correspondió a 63(88%), según la OPS La violencia y abuso sexual abarca actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física por alguien de la familia. Las adolescentes indicaron no vivir ningún abuso sexual y que el inicio de su vida sexual fue por voluntad propia y el motivo de su embarazo fue por falta de información. Ver anexo grafica #23.

## **Complicaciones.**

En cuanto a las complicaciones de las adolescentes encuestadas se encuentran cruzando el segundo trimestre del embarazo y correspondió a 26(36%), La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al embarazo, o gestación, como los nueve meses o clasificado con tres trimestres conocidos como primer, segundo y tercer trimestre del embarazo durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer. Es una etapa que marca la vida de una mujer pasando por diversos cambios fisiológicos y psicológicos. Reforzando los datos las adolescentes indican que debido a que se enteraron tarde de su estado de embarazo llegaron hasta el segundo trimestre al no tener conocimiento de este. ver anexo grafico #24.

Nuestros resultados mostraron que la población en estudio se encuentran en su segundo control prenatal y correspondió a 25(35%), según el MINSA normas y protocolo la atención prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, reforzando los datos las adolescentes están con un estado de salud bueno y vitalidad del embarazo y asisten a sus citas indicadas. Ver anexos grafico #25.

En cuanto a las enfermedades propias del embarazo que han presentado, se encuentran su respuesta como ninguna complicación o enfermedades propias del embarazo 42 (58%), siendo la infección de vías urinarias un 10(13%) la más relevante y seguido del 4(5%) hipertensión y un 4(5%) diabetes. Según Protocolos Para El Abordaje Del Alto Riesgo Obstétrico las infecciones urinarias son la complicación más común durante el embarazo. Aproximadamente 1 de cada 10 pacientes embarazadas tiene uno, a menudo durante el primer y segundo trimestre. Ver anexo grafico #26.

Las complicaciones por enfermedades propias del embarazo que han presentado se encuentran en su respuesta como ninguna complicación 43(60%), mientras que otras tuvieron complicaciones en el primer trimestre del en embarazo en un 14(19%) las más relevante y fue por infección de las vías urinarias. Según la normativa – 077 “protocolos para el abordaje del alto riesgo obstétrico” La atención a la salud

materna - infantil es una prioridad para los servicios de salud. Su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada. Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal, reforzando los datos las complicaciones presentes se presentaron en el primer trimestre del embarazo y no fueron causas altamente graves y trágicas porque ese controló a tiempo. Ver anexos grafico #27

## XI. Conclusiones

1. Con respecto a las adolescentes encuestadas que acudieron a controles prenatales en el I, II y III trimestre del embarazo en el centro de atención integral para adolescentes hospital Bertha Calderón, las características sociodemográficas en estudio fueron: están entre las edades de 16 a 18 años, se encuentran en secundaria incompleta, siendo amas de casa y viven en unión libre.
2. Los factores socioeconómicos presentes en el embarazo de las adolescentes estudiadas fueron: las madres adolescentes tienen un estado financiero medio de 500 córdobas al día, dependen económicamente de su pareja, tienen acceso a colegios públicos y centros de salud públicos.
3. Los factores culturales presentes en el embarazo de las adolescentes estudiadas fueron: modelos aprendidos de educación sexual fue aprendido por padres, relaciones coitales por voluntad propia, una parte si usó métodos anticonceptivos y la otra no usaba y no conocían los métodos anticonceptivos antes del embarazo, se embarazaron en las edades de 16 a 18 años y si tienen antecedentes de embarazo familiar.
4. Los factores familiares presentes en el embarazo de las adolescentes estudiadas fueron: Vivían antes del embarazo con ambos padres y tenían buena comunicación, y actualmente viven con su pareja, no hay ruptura familiar, no consumían sustancias tóxicas en la familia, si aceptaron el embarazo en la familia, sus sentimientos frente al embarazo fue alegría, preocupación y miedo, no presenciaron o vivieron violencia familiar, no vivieron abuso sexual.
5. Las complicaciones no se presentaron en el embarazo de las adolescentes estudiadas, ellas están en el segundo trimestre del embarazo y se encuentran en el segundo control prenatal.
6. Se creó un plan de intervención educativo con estrategia para promover conversatorios y campañas de educación sexual y métodos de planificación familiar dirigido a padres y adolescentes para que se promueva la atención integral, para prevenir embarazo en la adolescencia.

## XII. Recomendaciones

**Ministerio de Salud:** Trabajar en conjunto con los actores sociales, organizaciones gubernamentales y ONG en promover en las/os adolescentes herramientas fundamentales para lograr una sexualidad saludable en donde ellos puedan reconocer libre, consienten y responsablemente su sexualidad a lo largo de toda su vida, Implementar programa sobre práctica sexual saludable en cada unidad de salud exclusivamente para la atención de los adolescentes en donde ellos puedan ser atendidos satisfactoriamente de forma integral como parte de los derechos de los adolescentes ya que les servirá como herramienta para ejercer su sexualidad de forma autónoma y responsable.

**Los Adolescentes:** Actuar responsablemente acudiendo a los centros de salud y programas para obtener información sobre salud sexual reproductiva que les ayudará vivir una vida más saludable y responsable de participar activamente en su sexualidad en forma libre y placentero tomando las decisiones convenientes para así cumplir con sus metas que le va a ayudar a construir un futuro mejor para ellos, su familia y la sociedad en donde ellos van a poder desempeñarse por sí solo.

**Padres de Familia:** Mantener una buena comunicación con sus hijos en cuanto a los tema de salud sexual y reproductiva ya que ellos como padres de familia representa una herramienta fundamental en la formación de sus hijos y en la toma de decisiones que sus hijos vallan a tomar en el futuro en relación a la sexualidad y que ellos reconozcan que la mejor educación inicia en el núcleo familiar por eso es importante que ellos tenga una comunicación libre con sus hijos en cuanto a temas como lo es la sexualidad y que busca información necesaria que les va ayudar a poder abordar temas libres sin prejuicio con sus hijos esto los va a favorecer a lo largo de toda su vida.

**Ministerio de Educación:** Mejorar las enseñanzas sobre tema de la sexualidad en los centros educativos públicos y privados para que los adolescentes tengan acceso a información de calidad y además en su lengua materna porque eso les permitirá a los adolescentes a que capten mejor la información y que puede ser utilizado adecuadamente.

Realizar Campañas Promocional en comunidades o colegios y medios de comunicación en especial en la radio sobre diferentes temas de la sexualidad ya que esta es una herramienta útil para llegar a lugares y personas con poca accesibilidad a servicios de salud y bajo nivel escolar.

### XIII. Glosario

**Adolescencia:** es un período de rápido crecimiento físico, cognitivo, social y emocional entre los 10 y 19 años.

**Embarazo:** o también llamado gestación, como los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer.

**Control prenatal:** es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal,

**Complicaciones:** evento inesperado que puede ocasionar perjuicios a la salud del paciente durante su tratamiento.

**Factores de riesgo:** son aquellos que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle enfermedades o muera.

**Socioeconómico:** descripción de la situación de una persona según la educación, los ingresos y el tipo de trabajo que tiene.

**Salud:** es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

**Cultura:** creencias, valores y comportamientos que se comparten en un grupo; por ejemplo, un grupo religioso o una nación.

**Familia:** son conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.)

**Educación:** es un derecho básico de todos los niños, niñas y adolescentes, que les proporciona habilidades y conocimientos necesarios para desarrollarse como adultos y además les da herramientas para conocer y ejercer sus otros derechos.

**Sexualidad:** es un aspecto central del ser humano, está presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción.

**Anticonceptivos:** estos ayudan a proteger a las personas contra un embarazo y contra el contagio de enfermedades durante la actividad sexual.

## IVX. Tabla de abreviatura

<b>Abreviatura</b>	<b>Significado</b>
OMS	Organización mundial de la salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
ONU	Organización de las Naciones Unidas
HCP	Historia Clínica perinatal
HCPB	Historia Clínica perinatal Base
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
ITS	Infección de transmisión sexual
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ACOG	Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos
IVU	infección de las vías urinarias
P/T	Peso para la talla
T/E	Talla para el peso
IMC	Índice de masa corporal
MINSA	Ministerio de salud
DIU	Dispositivo intrauterino

## XIV. Fuente Bibliográfica

1. Kimberly Ayyusa Ochoa Camac JMCS. Factores familiares que predisponen el embarazo adolescente en América Latina y El Caribe 2009-2019: revisión sistemática. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2021 Diciembre; 23, 2021(3).
2. Sánchez AMG. Factores socioeconómicos y culturales asociados al embarazo en adolescentes. JOURNAL OF SCIENCE AND RESEARCH. 2023 septiembre; 7, N°. 2, Abril – Junio 2022(92).
3. Bach. Paolo César AZ. "FACTORES CULTURALES Y SOCIOECONÓMICOS QUE INFLUYEN EN EL ENBARAZO ADOLESCENTE. TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA. Manantay.: Puesto de Salud Manantay., HUÁNUCO; 2022. Report No.: 2474.
4. Muñoz Robleto HG. Factores asociados a embarazo adolescente en Nicaragua. Monografía. Leon: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua León, Leon; 2018. Report No.: 2432.
5. Rodríguez Lt, Espinoza López BJ, Cárdenas García YY, Salmerón Acosta NL. Factores familiares y emocionales relacionados al embarazo en adolescentes inscritas a la Atención Prenatal del Centro de Salud Fanor Urroz Jáenz, Malpaisillo, III trimestre 2022. Monografía para optar a título de Licenciada en Ciencias de Enfermería. Leon: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua León, Leon; 2022. Report No.: 4323.
6. Nacional GdRyU. PLAN NACIONAL DE LUCHA CONTRA LA POBREZA. informe documental. Managua: Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, Managua ; 2021.
7. Barrozo MPy. Embarazo adolescente entre 12 y 19 años. Tesis final. San Martin: Universidad nacional de cullo., San Martin; 2018. Report No.: 23.
8. OMS Ocdl. Embarazo en la adolescencia. OMS. 2019 SEPTIEMBRE; III(2).
9. UNICEF. LA ADOLESCENCIA. UNICEF para cada infancia. 2022 uruguay enero; 11.
10. Medica E. Edad gestacional. Medline Plus. 2021 octubre; 4(2).
11. Profamilia. Adolescencia y pubertad. Profamilia. 2024 enero; 1(2).
12. ONU. Embarazo adolescente es fábrica de pobres en A. Latina. DW global media forum. 2020 noviembre; 0(3).
13. MINSA. Norma y Protocolos de ATENCION PRENATAL, PARTO, RECIEN NACIDO/A Y PURPERIO. 011th ed. MANAGUA NICARAGUUA ; 2015.
14. MINSA 029 N. NORMAY GUÍA DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. minsa. 2026; sgunda edicion.

15. MINSA 077 N-. PROTOCOLOS PARA EL ABORDAJE DEL ALTO RIESGO OBSTETRICO. MINSA. 2022 FEBRERO ; segunda edicion.
16. peru s. salud publica. revista medica herediana. 2024 enero; 3(5).
17. MINSA No.109 N. Protocolo Para la Atención obsterica. 2018 septiembre;(258 y 259).
18. OPS. Diabetes: ORGANISACION PANAMERICANA DE LA SALUD.; 2023.
19. Banco Nacional de Nicaragua. [Online]. Available from: <https://www.bcn.gob.ni/>.
20. UNFPA. Prevención del Embarazo en Adolescentes. sitio global UNFPA. 2021 junio.
21. nacional Gdryu. protocolo para la atencion de las adolescentes embarazadas. normativa. managua: ministerio de salud, managua; 2016. Report No.: 12.
22. sanidad Md. ministerio de sanidad politica social y igualdad. 2020.
23. UNESCO. EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD. MARZO;, MANAGUA ; 2023.
24. Normativa 002. NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Segunda Edición ed. managua ; 2015.
25. Anguita FAeACS. Embarazo en la adolescencia: causas y riesgos. Ayuda en Acción. 2022 Nov; 2(7).
26. Infantil OdNM. CONDICIONES BIOLÓGICAS IDEALES PARA UN EMBARAZO EXITOSO. Observatorio de Nutrición. Hidalgo: Universidad Autonoma del Estado de Hidalgo, Estado de Hidalgo; 2020. Report No.: 33.
27. ESPAÑOLA. RA. DICCIONARIO DE LENGUA ESPAÑOLA. EDICION DEL TRICENTENARIO ed. españa; 2023.
28. MINSA No.106 N. Manual para el registro de la Atención prenatal, parto, puerperio. MINSA. 2022 diciembre;(6).
29. Ejecutivo R. consecuencia economicas. CAUSAS Y CONSECUENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES DEL EMBARAZO EN NICARAGUA. ADOLESCENTE. 2021 Oct; 2(12).

### Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Tutorías.	X	X	X	X	X
Revisión del tema.	X	X	X	X	X
Redacción de los objetivos general y específicos.	X				
Identificación de variables en estudio.		X			
Redacción del bosquejo.		X			
Redacción del marco teórico.		X	X	X	X
Redacción del diseño metodológico.			X	X	
Redacción de la hipótesis.			X		
Operacionalización de variables			X		
Redacción del resumen.					
Redacción de la introducción.			X		
Redacción de los antecedentes.	X				
Redacción de la justificación.		X			

Planteamiento del problema.	X				
Revisión de protocolo.			X		
Entrega de protocolo.			X		
Elaboración de Instrumentos.			X	X	
Aplicación de instrumentos.				X	X
Agradecimiento.					X
Dedicatoria.					X
Análisis e interpretación de resultados.					X
Conclusiones.					X
Entrega del trabajo.					X
Defensa del trabajo.					X

# ANEXOS



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE NICARAGUA**  
*"Agnitio Ad Verum Ducit"*  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Licenciatura en Enfermería**



Managua, 18 de abril del 2024.

**Dra. María Ekaterina Lanzas Guido**  
**Directora Docente.**  
**SILAIS. Managua**

Sus manos.

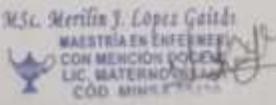
Estimada Dra. Lanzas.

Es un placer saludarla.

Mediante la presente le solicito su autorización para que se desarrolle la investigación correspondiente al trabajo monográfico titulado: **"Factores socioeconómicos, culturales y familiares que inciden en el embarazo en la adolescencia de 10 a 19 años que acuden a controles prenatales del I, II y III trimestre del embarazo en el centro de atención integral para adolescentes hospital Bertha Calderón I semestre 2024, Managua."** Para ello se necesita la revisión de los expedientes de los pacientes que cumplen los criterios de inclusión para este estudio. Esta investigación se llevará a cabo por las estudiantes **Br. Licda Elisa Rugama Valverde** y **Br. Katuska Natalia Espinoza Cárdenas**, egresadas de la carrera de Licenciatura en Enfermería y perteneciente a la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Central de Nicaragua (UCN). Estarán bajo la tutoría científica de MSc. Merilin López y asesoría metodológica del MSc. Karina Merlo.

Sin nada más que agregar, me despido.

Atentamente



MSc. Merilin J. López Gaitán  
MAESTRIA EN ENFERMERIA  
CON MENCIÓN ESPECIAL  
LIC. MATERNIDAD  
CÓD. 8888888888



MSc. Merilin Jamiz López Gaitán  
Coordinadora de la carrera de  
Enfermería  
Teléfono: 81024415  
Correo: [canfermeria@ucn.edu.ni](mailto:canfermeria@ucn.edu.ni)

Universidad Central de Nicaragua Web: [www.ucn.edu.ni](http://www.ucn.edu.ni)



Cc: Archivo  
Coord. Enfermería MSc. Merilin López

Autorizada por el CNU en sesión No. 10-08 del 18 de noviembre de 1998



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional  
*El Pueblo, Presidente!*

MINISTERIO DE SALUD  
SILAIS MANAGUA

**4519**  
*La Patria  
La Revolución!*

Managua, 19 de abril de 2024  
DDI- MELG-02-283-24.

Dra. Sonia Cabezas Elizondo  
Sub directora docente HBCR  
Su despacho.

Por medio de la presente me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que estamos autorizando solicitud de investigación, para que los Bachilleres: Licda Elisa Rugama Valverde y Katuska Natalia Espinoza Cárdenas, estudiante de la carrera de Enfermería de la Universidad Central de Nicaragua UCN realicen la investigación sobre: "Factores socioeconómicos, culturales y familiares que inciden en el embarazo en la adolescencia de 10 a 19 años que acuden a controles pre natales en el I, II y III trimestre del embarazo en el Centro de Atención Integral para Adolescentes Hospital Bertha Calderón I semestre 2024, Managua".

La fuente de la información será secundaria aplicando una guía de revisión de Expedientes Clínicos y realizarán un cuestionario a pacientes que fueron atendidas en su unidad de salud, con el diagnóstico antes mencionado.

Por lo antes descrito, envío a la estudiante, para que se presenten a coordinar con usted la actividad investigativa.

Sin más a que referirme, me suscribo a usted atentamente.

MINISTERIO DE SALUD  
SILAIS MANAGUA  
DIRECCIÓN DE DOCENCIA

Dra. Mar Ekaterina Lanzas Guido  
Responsable de Docencia  
SILAIS - Managua.

Cc. Archivo

Lic. Mirna Borja

Hosp. Bertha Calderón Roque  
Subdirectora Docente  
**RECIBIDO**  
Fecha: 23-4-24 1:46  
Firma:

**SOMOS  
PUEBLO  
QUE VENCE!**

**CRISTIANA, SOCIALISTA, SOLIDARIA!**

MINISTERIO DE SALUD - SILAIS MANAGUA  
Colonia Xolotlan, de la iglesia católica 1/2 c. al norte. Teléfono: 2251-5740  
www.minsa.gob.ni -silaismanagua@minsa.gob.ni

**Cuestionario**  
**UNIVERSIDAD CENTRAL DE NIACRAGUA**

**Facultad de Ciencias Medicas**



Estimada Usuaría:

Actualmente se realiza la presente investigación, titulada **Factores socioeconómicos, culturales y familiares que inciden en el embarazo en la adolescencia de 10 a 19 años que acuden a controles prenatales en el I, II y III trimestre del embarazo en el centro de atención integral para adolescentes hospital Bertha Calderón, I semestre 2024, Managua**. Los datos de este cuestionario serán anónimos y los resultados que se obtendrán servirán solo para fines de estudio de la investigación, por ello se solicita responder con toda sinceridad y se le agradece anticipadamente su participación.

Instrucciones: A continuación, se presentará una serie de preguntas las cuales debe leer detenidamente y responder la alternativa que usted considere correcta. por lo que se solicita su apoyo al **marcar con un círculo** según corresponda.

**Características Sociodemográficas**

**Número de expediente:** \_\_\_\_\_

**1. ¿Cuál es tu edad?**

a) \_\_\_\_\_

**2. ¿Qué grado de escolaridad tienes?**

a) Analfabeta

b) Primaria

c) Secundaria

- d) Estudios superiores
- e) Superior universitaria

**3. ¿Cuál es tu ocupación actual?**

- a) Estudiante
- b) Ama de casa
- c) Vendedor ambulante
- d) Trabajo eventual
- e) Otros

**4. ¿Cuál es tu estado civil?**

- a) Soltera
- b) Casada
- c) unión libre

**Factores socioeconómicos**

**5. ¿De cuánto es el recurso financiero en tu hogar?**

- a) Bajo en un aproximado de 150 córdobas al día.
- b) Medio más de 500 córdobas al día.
- c) Alto más de 1500 córdobas al día.

**6. ¿De quién depende tu economía?**

- a) Padres
- b) Tíos
- c) Pareja
- d) Trabajo
- e) Otros

**7. ¿Cuentas con estos recursos educativos?**

- a) Colegio publico
- b) Colegio privado
- c) Becas educativas

**8. ¿Cuentas con recursos en salud?**

- a) Centros de salud
- b) Hospital
- c) Clínica privada

## **Factores culturales**

### **9. ¿modelos aprendidos de la educación sexual?**

- a) Padres
- b) Profesores
- c) Amigos
- d) Personal de salud
- e) Ninguno

### **10. Iniciaste las relaciones coitales por voluntad propia**

- a) Si
- b) No

### **11. ¿Has usado algún método anticonceptivo antes?**

- a) Si
- b) No

### **12. ¿Qué métodos anticonceptivos usabas?**

- a) Natural
- b) Preservativos
- c) Pastillas
- d) Ampollas
- e) No usaba

### **13. ¿A qué edad te embarazaste?**

- a) \_\_\_\_

### **14. ¿Tienes antecedente de embarazo familiar en la adolescencia?**

- a. Si
- b. No

## **Factores familiares**

### **15. ¿Con quien vives actualmente?**

- a) Con ambos padres
- b) Con uno de los padres
- c) Con la pareja

- d) Sola
- e) Otros

**16. ¿Con quién vivías antes de tu embarazo?**

- a) Con ambos padres
- b) Con uno de los padres
- c) Con la pareja
- d) Sola
- e) Otros

**17. ¿Cómo es la comunicación y relación familiar con tus padres antes del embarazo?**

- a) Buena
- b) Mala
- c) Regular

**18. ¿Existe ruptura familia en tu hogar?**

- a) Si
- b) No

**19. Consumen sustancias toxicas o alcohol en el hogar**

- a) Si
- b) No

**20. ¿Aceptaron tu embarazo en la familia?**

- a) Si
- b) No

**21. ¿Qué sentimientos tuviste frente al embarazo?**

- a) Preocupación
- b) Desesperación
- c) Alegría
- d) Tristeza
- e) Miedo

**22. Presenciaste violencia intrafamiliar**

- a) Si
- b) No

**23. Viviste algún abuso sexual por algún familiar**

- a) Si
- b) No

**Complicaciones**

**24. ¿En qué trimestre del embarazo te encuentras?**

- a) Primer trimestre
- b) Segundo trimestre
- c) Tercer trimestre

**25. ¿Cuántos controles penetrales llevas?**

- a) Primer control
- b) Segundo control
- c) Tercer control
- d) Cuatro controles o mas

**26. ¿Qué enfermedades propias del embarazo has presentado?**

- a) Aborto espontáneo en embarazos anteriores
- b) Obstrucción del parto en embarazos anteriores
- c) Hemorragia posparto en embarazo anteriores
- d) Hipertensión relacionada con el embarazo. (preclamsia y eclampsia).
- e) Diabetes gestacional.
- f) Anemia en el embarazo y posparto.
- g) Infecciones del tracto urinario.
- h) Desnutrición.
- i) Obesidad

**27 ¿En qué trimestre del embarazo as presentado algunas de estas complicaciones?**

- a) Primer trimestre
- b) Segundo trimestre
- c) Tercer trimestre
- d) Ninguno

**Cuestionario de revisión documental  
UNIVERSIDAD CENTRAL DE NIACRAGUA**

**Facultad de Ciencias Medicas**



**Instrumento de recolección documental**

**Usuaría:**

Actualmente se realiza la presente investigación, titulada **Factores socioeconómicos, culturales y familiares que inciden en el embarazo en la adolescencia de 10 a 19 años que acuden a controles prenatales en el I, II y III trimestre del embarazo en el centro de atención integral para adolescentes hospital Bertha Calderón, I semestre 2024, Managua**. Los datos de este cuestionario serán anónimos y los resultados que se obtendrán servirán solo para fines de estudio de la investigación.

Número de expediente: \_\_\_\_\_

**1. ¿Cuál es tu edad?**

- a) 10 a 15 años
- b) 16 a 19 años

**2. ¿Qué grado de escolaridad tienes?**

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Estudios superiores

e) Superior universitaria

**3. ¿Cuál es tu ocupación actual?**

a) Estudiante

b) Ama de casa

c) Vendedor ambulante

d) Trabajo eventual

e) Otros

**4. ¿Cuál es tu estado civil?**

a) Soltera

b) Casada

c) unión libre

**5. ¿Con quién vives actualmente?**

a) Con ambos padres

b) Con uno de los padres

c) Con la pareja

d) Sola

e) Otros

**6. ¿Qué enfermedades propias del embarazo as presentado?**

a) Aborto espontáneo en embarazos anteriores

b) Obstrucción del parto en embarazos anteriores

c) Hemorragia posparto en embarazo anteriores

d) Hipertensión relacionada con el embarazo. (preclamsia y eclampsia).

e) Diabetes gestacional.

f) Anemia en el embarazo y posparto.

- g) Infecciones del tracto urinario.
- h) Desnutrición.
- i) Obesidad.

**7. ¿En qué trimestre del embarazo te encuentras?**

- a) Primer trimestre
- b) Segundo trimestre
- c) Tercer trimestre

**8. ¿Cuántos controles penetrales llevas?**

- a) Primer control
- b) Segundo control
- c) Tercer control
- d) Cuarto control

**9. ¿En que trimestre del embarazo as presentado algunas de estas complicaciones?**

- a) Primer trimestre
- b) Segundo trimestre
- c) Tercer trimestre
- d) Ninguno

**10 ¿A qué edad te embarazaste?**

- a) \_\_\_\_

## Consentimiento Informado

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE NIACRAGUA**

**Facultad de Ciencias Medicas**



### **Consentimiento para realizar encuesta de adolescentes Gestantes**

Yo; ..... En pleno uso de mis facultades mentales, mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación **Factores socioeconómicos, culturales y familiares que inciden en el embarazo en la adolescencia de 10 a 19 años que acuden a controles prenatales en el I, II y III trimestre del embarazo en el centro de atención integral para adolescentes hospital Bertha Calderón, I semestre 2024, Managua**, desarrollado por las investigadoras: Licda Elisa Rugama Valverde y Katuska Natalia Espinoza Cárdenas.

Además, doy fe que estoy participando de manera voluntaria y que la información que apporto es confidencial, por lo que no se revelara a otras personas, por lo tanto, no afectara mi situación personal, ni de salud. Además, afirmo que se me proporciono suficiente información sobre los factores que influyen en el embarazo precoz.

Firma O Huella Del Participante \_\_\_\_\_

Padre o Tutor: \_\_\_\_\_

Firma Del Investigador (1) \_\_\_\_\_

Firma Del Investigador (2) \_\_\_\_\_

**Plan de propuesta de intervención educativa con estrategia que promuevan la atención integral, para prevenir embarazo en la adolescencia.**

<b>Objetivos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Responsables</b>	<b>Recursos</b>	<b>Lugar y tiempo</b>
Promover conversatorios dirigidos a los padres y adolescentes sobre educación sexual y embarazo a temprana edad y medidas preventivas.	Exposiciones dirigidas a los padres y adolescentes sobre los temas de sexualidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo a temprana edad</li> <li>• Métodos de prevención de embarazo (métodos anticonceptivos)</li> <li>• Factores que influyen en el embarazo a temprana edad.</li> <li>• Demostraciones Visuales sobre la consecuencia del embarazo adolescente.</li> </ul>	Doctores Licenciados de enfermería y estudiantes de enfermería	Computador Proyector video Guías de conceptos, folletos, trípticos	Centro de Atención Integral para Adolescente, hospital Bertha Calderón. Días lunes de las 10am y 10:30am
Emprender campañas de educación sexual en la comunidad general dirigida a padres y adolescentes	Visitas a medios sociales de comunicación y líderes de la comunidad para solicitar su colaboración en la Salud y Educación de la promoción de campañas preventivas sobre el embarazo en adolescentes, uso de métodos anticonceptivos y	Doctores Licenciados de enfermería y estudiantes de enfermería	Parlantes Murales Trípticos sobre el embarazo precoz y métodos preventivos	Colegios Canchas Centros de salud Iglesias Martes de las 10 am a 12 md.

	<p>factores que influyen en el embarazo a temprana edad y sobre la consecuencia del embarazo adolescente.</p> <p>Elaboración y reparto de trípticos sobre el embarazo precoz a estudiantes, adolescentes y padres y representantes del sector</p> <p>-Fortalecimiento de las actividades de prevención de embarazos adolescente</p>			
--	---	--	--	--

## Tablas

### ➤ Características Sociodemográfica

**Tabla #1**

**Edad de las mujeres embarazadas.**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
13 a 15 años	15	21
16 a 18 años	49	68
19 años	8	11
Total	72	100

Fuente: Encuesta

**Tabla #2**

**Grado de escolaridad de las mujeres embarazadas.**

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	1
Primaria	11	15
Secundaria	55	76
Estudios superiores	5	8
Total	72	100

Fuente: Encuesta

**Tabla #3**

**Ocupación actual de las mujeres embarazadas.**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	18	25
Ama de casa	48	67
Vendedor	1	1
Trabajador	5	7
Total	72	100.0

Fuente: Encuesta

**Tabla #4**

**Estado civil de las mujeres embarazadas.**

<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltera	21	29
Casada	11	15
unión libre	40	56
Total	72	100.0

Fuente: Encuesta

➤ **Factores socioeconómicos**

**Tabla # 5**

**Recursos financieros de las mujeres embarazadas.**

<b>Recursos financieros</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Bajo	14	19
Medio	47	65
Alto	11	16
Total	72	100

Fuente: encuesta

**Tabla #6**

**Dependencia económica de las mujeres embarazadas.**

<b>Dependencia económica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Padres	30	42
Pareja	38	53
Trabajo	2	3
Otros	2	2
Total	72	100

Fuente: encuesta

**Tabla #7**

**Recurso educativo de las mujeres embarazadas.**

<b>Recursos educativos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
colegio publico	56	78
colegio privado	14	19
becas educativas	2	3
Total	72	100

Fuente: encuesta

**Tabla #8**

**Recursos en salud de las mujeres embarazadas.**

<b>Recursos en salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
centro de salud	40	56
Hospital	31	43
clínica privada	1	1
Total	72	100

Fuente: encuesta

➤ **Factores culturales**

**Tabla #9**

**Modelos aprendidos de educación sexual de las mujeres embarazadas.**

<b>Modelos aprendidos de educación sexual</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Padres	33	46
Profesores	27	37
Amigos	1	1
personal de salud	1	1
Ninguno	10	15
Total	72	100

Fuente: encuesta

**Tabla #10**

**Relaciones coitales por voluntad propia de las mujeres embarazadas.**

<b>Relaciones coitales por voluntad propia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	70	97
No	2	3
Total	72	100.0

Fuente: encuesta

**Tabla #11**

**Uso de métodos anticonceptivos de las mujeres embarazadas.**

<b>Uso de métodos anticonceptivos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	39	54
No	33	46
Total	72	100

Fuentes: encuesta.

**Tabla #12**

**Métodos anticonceptivos que usaron las mujeres.**

<b>Métodos anticonceptivos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Naturales	2	3
Preservativo	5	7
Pastillas	10	14
Ampollas	22	30
no uso	33	46
Total	72	100

Fuente: encuesta

**Tabla #13**

**Edad que se embarazo de las mujeres.**

<b>Edad que se embarazo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
13 a 15	19	26
16 a 18	48	67
19	5	7
Total	72	100

Fuente: encuesta

**Tabla #14**

**Antecedentes de embarazo familiar de las mujeres.**

<b>Antecedentes de embarazo familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	52	72.
No	20	28
Total	72	100

Fuente: encuesta

➤ **Factores familiares**

**Tabla #15**

**Con quien viven actualmente las mujeres embarazadas.**

<b>Con quien viven actualmente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>porcentaje</b>
con ambos padres	13	18
con uno de los padres	22	31
con la pareja	34	47
Sola	1	1
Otros	2	3
Total	72	100

Fuente: encuesta

**Tabla # 16**

**Con quien vivías antes del embarazo las mujeres.**

<b>Con quien vivías antes del embarazo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
con ambos padres	31	43
con uno de los padres	26	36
Pareja	13	18
Otros	2	3
Total	72	100

Fuente: encuesta

**Tabla #17**

**Comunicación con tus padres antes del embarazo.**

<b>Comunicación con tus padres antes del embarazo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Buena	57	79
Mala	3	4
Regular	12	17
Total	72	100

Fuente: encuesta

**Tabla #18**

**Ruptura familiar de las mujeres embarazadas.**

<b>Ruptura familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>porcentaje</b>
No	43	60
Si	29	40
Total	72	100

Fuente: encuesta

**Tabla #19**

**Consumo de sustancias toxicas o alcohol en el hogar.**

<b>Consumo de sustancias toxicas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	19	26
No	53	74
Total	72	100

Fuente: encuesta

**Tabla #20**

**Aceptaron tu embarazo en la familia.**

<b>Aceptaron tu embarazo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	67	93
No	5	7
Total	72	100.0

Fuente: encuesta

**Tabla # 21**

**¿Qué sentimientos tuviste frente al embarazo?**

<b>sentimientos frente al embarazo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Preocupación	17	24
Desesperación	7	10
Alegría	23	31
Tristeza	11	15
Miedo	14	10
Total	72	100

Fuente: encuesta

**Tabla #22**

**Presenciaste violencia intrafamiliar**

<b>violencia intrafamiliar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	9	12
No	63	88
Total	72	100

Fuente: encuesta

**Tabla #23**

**Viviste algún abuso sexual.**

<b>Viviste algún abuso sexual</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	11	16
No	61	84
Total	72	100

Fuente: encuesta

➤ **complicaciones**

**Tabla # 24**

**En que trimestre te encuentras.**

<b>Trimestre del embarazo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
primer trimestre	22	31
segundo trimestre	26	36
Trimestre	24	33
Total	72	100

Fuente: encuesta

**Tabla #25**

**Cuantos controles llevas**

<b>Cuantos controles llevas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
primer control	21	29
segundo control	25	35
tercer control	22	31
cuarto control o mas	4	5
Total	72	100

Fuente: encuesta

**Tabla #26****¿Qué enfermedades propias del embarazo has presentado?**

<b>Enfermedades propias del embarazo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Aborto espontaneo en embarazos anteriores	2	2
Obstrucción en el parto en embarazos anteriores	1	3
Hipertensión en el embarazo	4	5
Diabetes gestacional	4	5
Anemia en el embarazo	7	10
Infección del tracto urinario	10	13
Desnutrición	2	4
Ninguno	42	58
Total	72	100.0

Fuente: encuesta

**Tabla #27****En que trimestre presentaste complicaciones**

<b>En que trimestre presentaste complicaciones</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
primer trimestre	14	19
segundo trimestre	9	13
tercer trimestre	6	8
Ninguno	43	60
Total	72	100.0

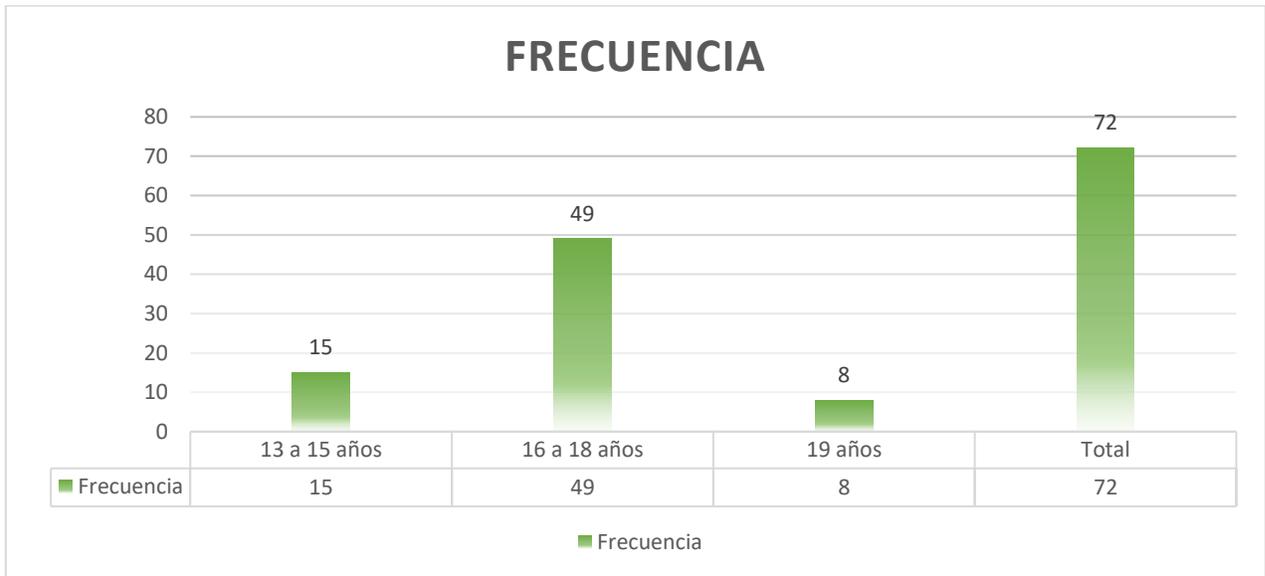
Fuente: encuesta

## Gráficos

### ➤ Características sociodemográficas

#### Gráfico #1

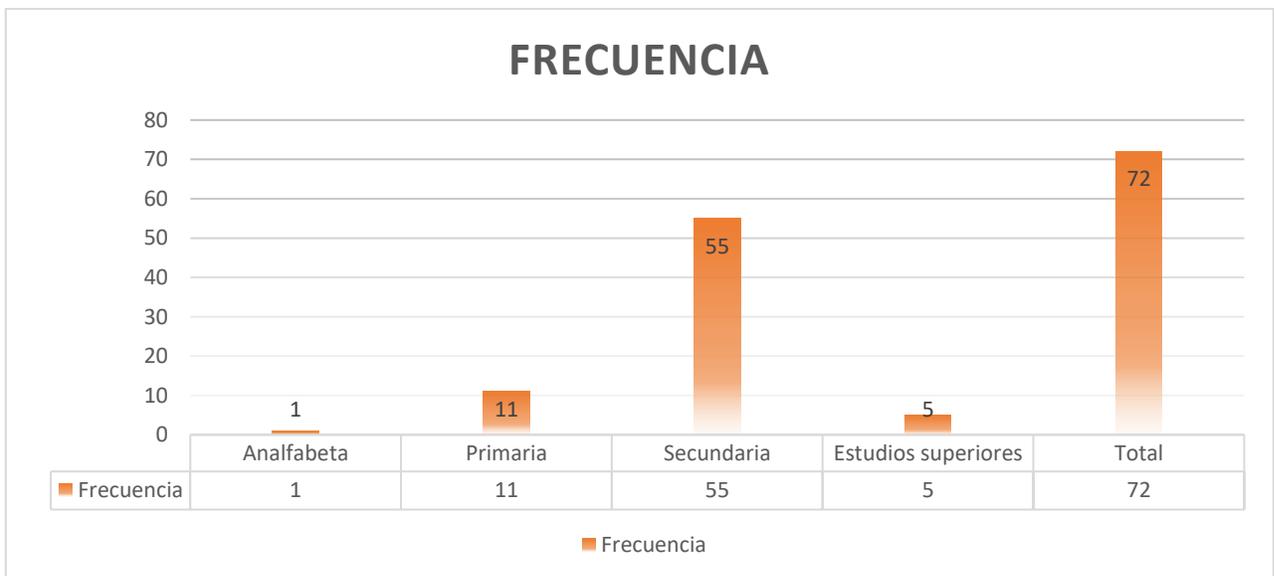
Edad de las mujeres embarazadas.



Fuente: Encuesta

#### Gráfico #2

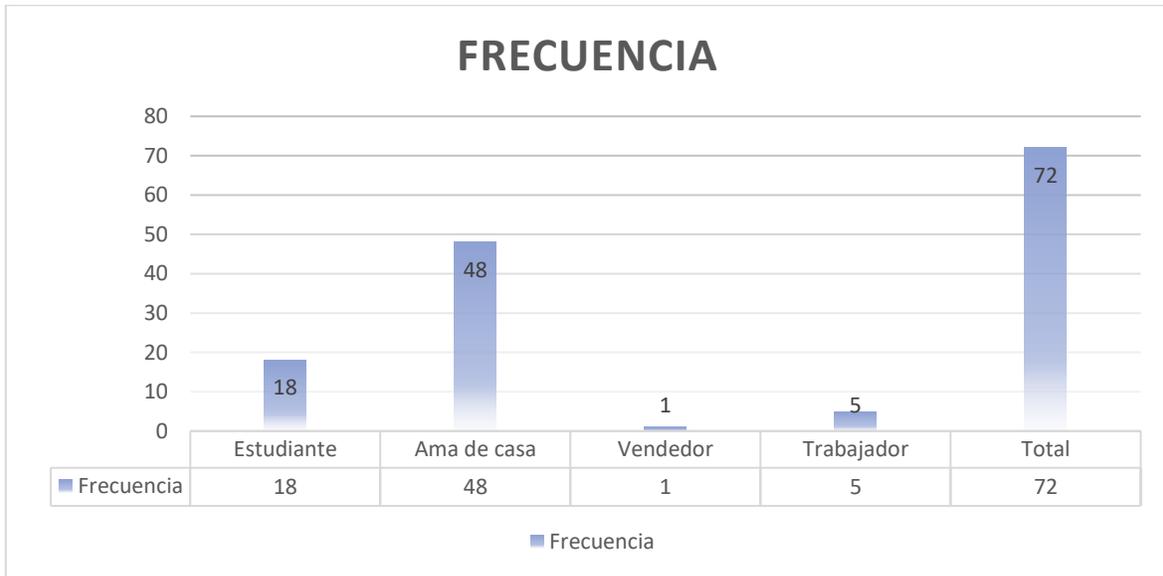
Grado de escolaridad de las mujeres embarazadas.



Fuente: Encuesta

### Gráfico #3

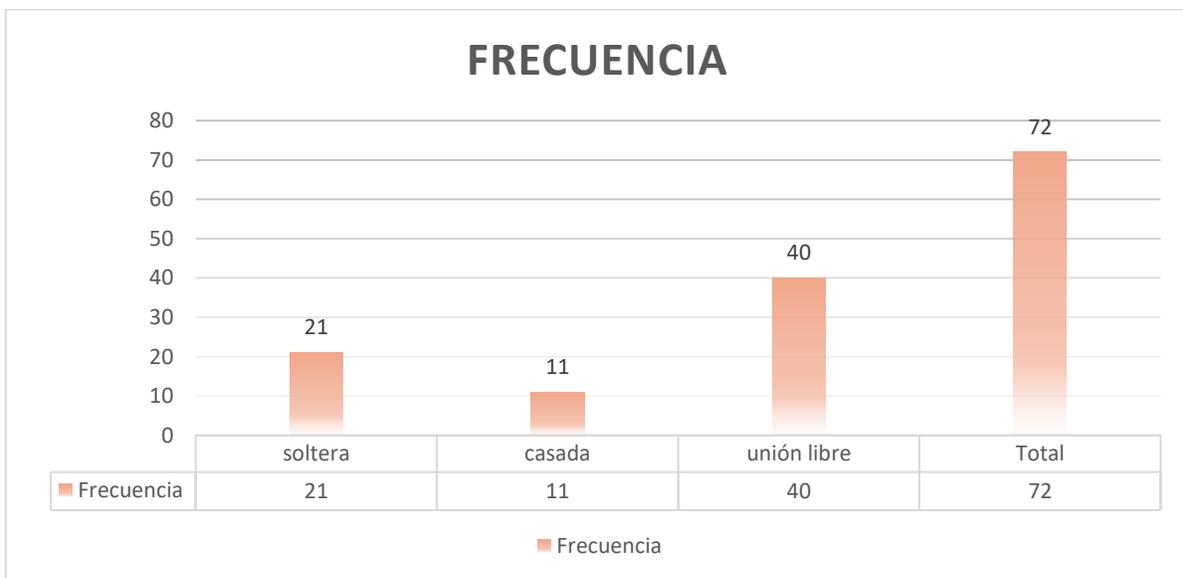
#### Ocupación actual de las mujeres embarazadas



Fuente: Encuesta

### Gráfico #4

#### Estado civil actual de las mujeres embarazadas

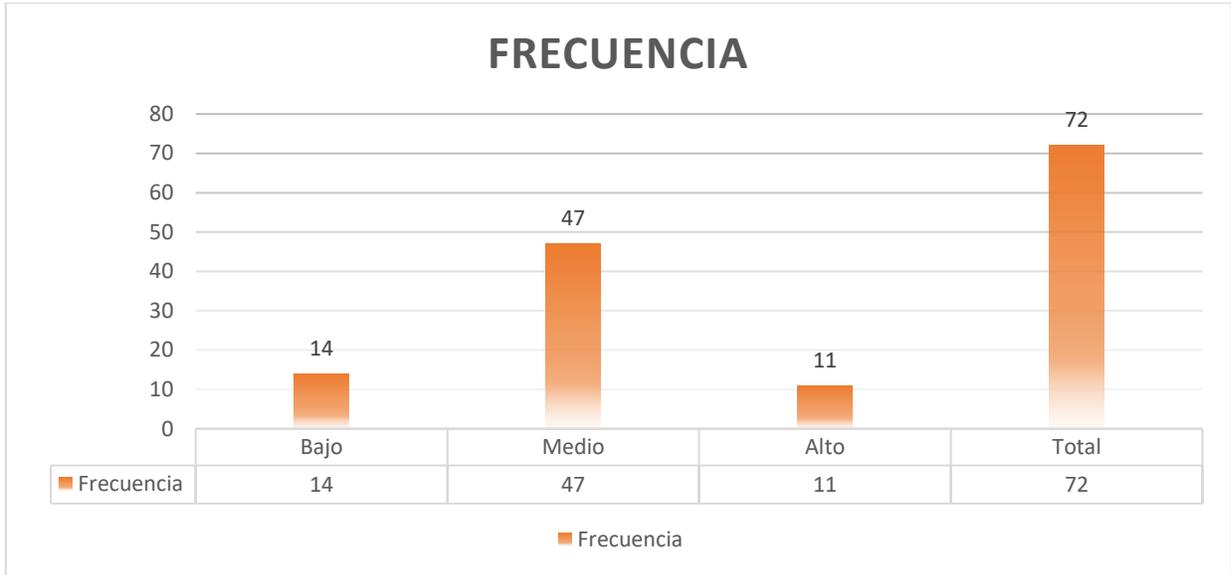


Fuente: Encuesta

➤ Factores socioeconómicos

**Gráfico #5**

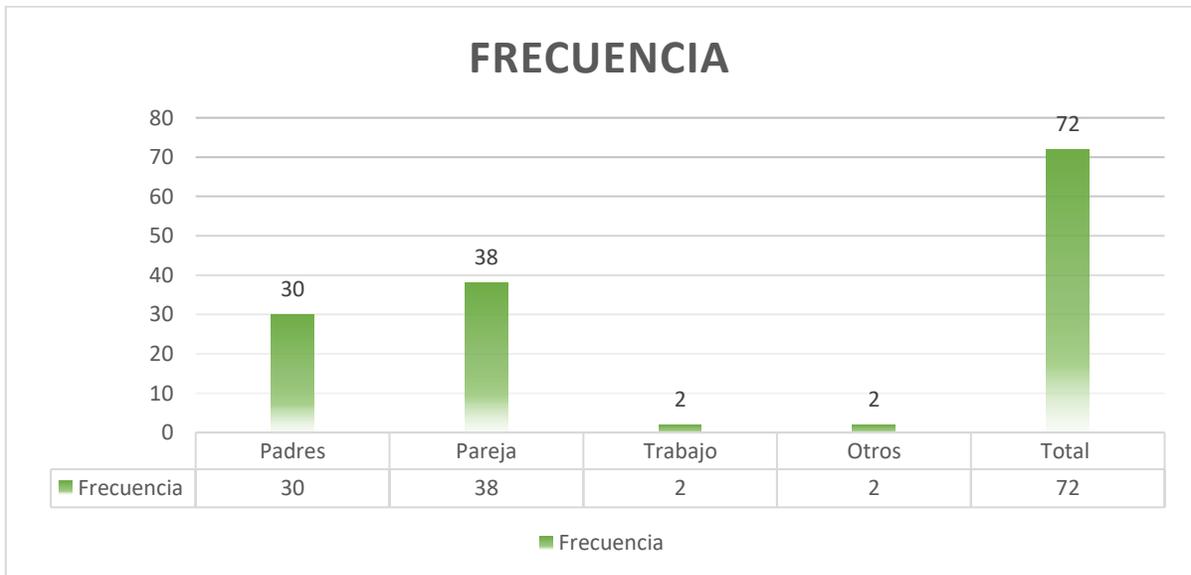
**Recursos financieros de las mujeres.**



Fuente: Encuesta

**Gráfico #6**

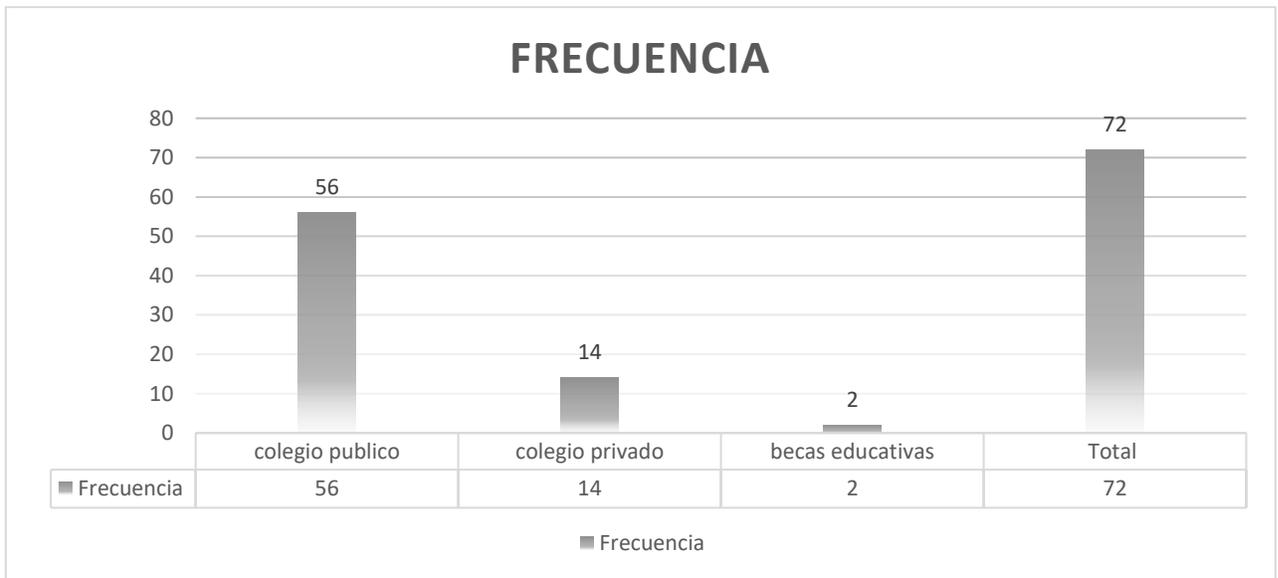
**Dependencia económica de las mujeres.**



Fuente: Encuesta

### Gráfico #7

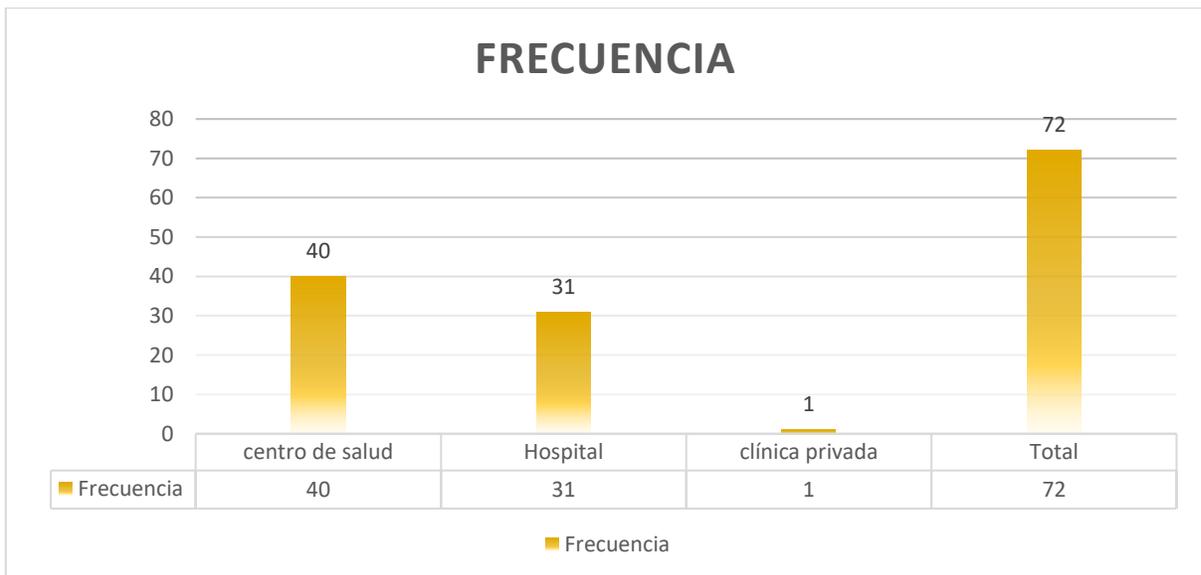
#### Recurso educativo de las mujeres.



Fuente: Encuesta

### Gráfico #8

#### Recurso en salud de las mujeres

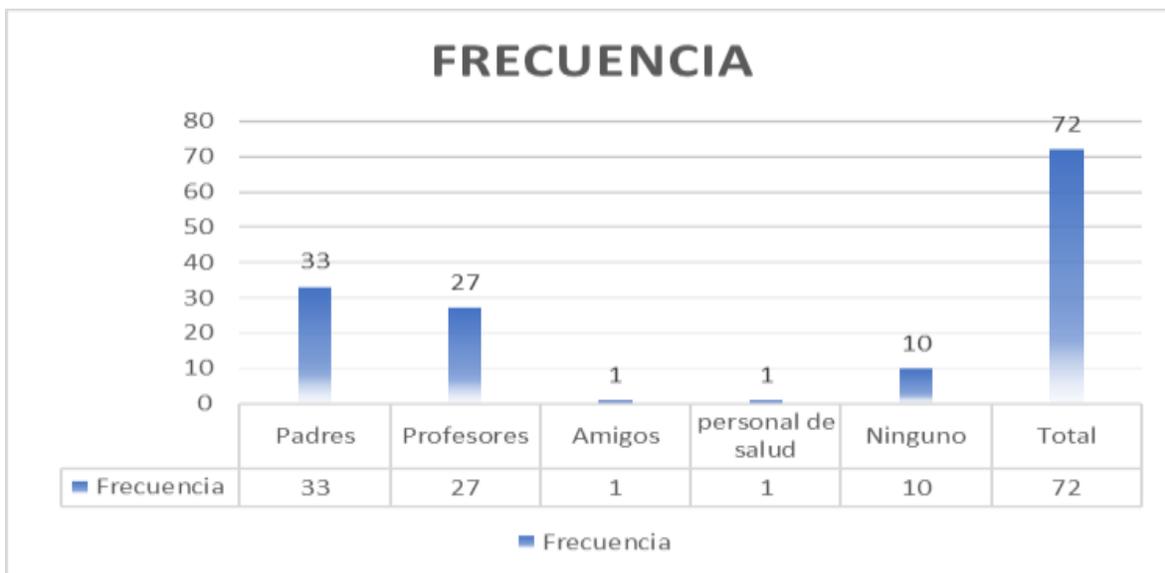


Fuente: Encuesta

➤ Factores culturales

**Gráfico #9**

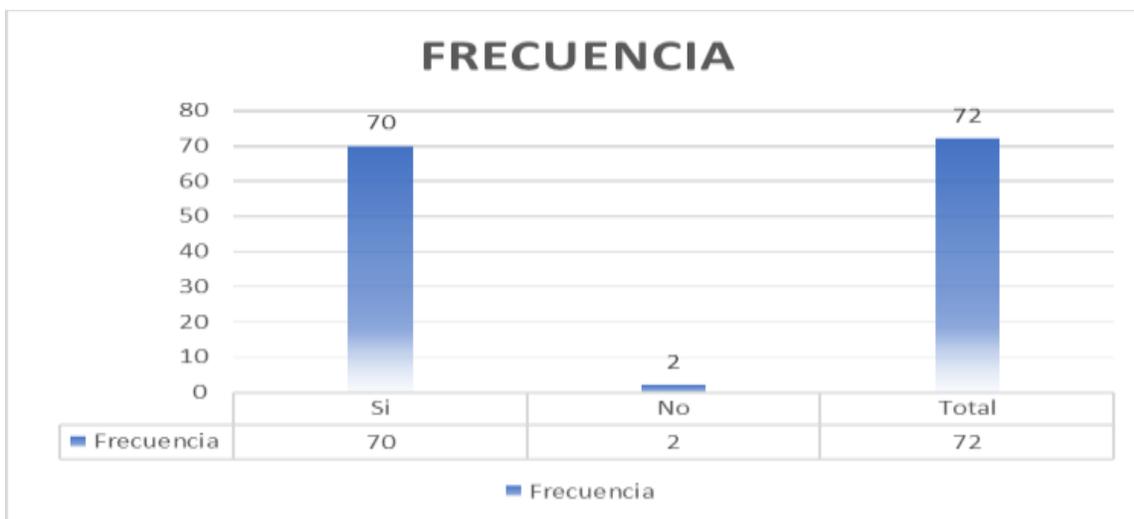
**Modelos aprendidos de educación sexual de las mujeres**



Fuente: Encuesta

**Gráfico # 10**

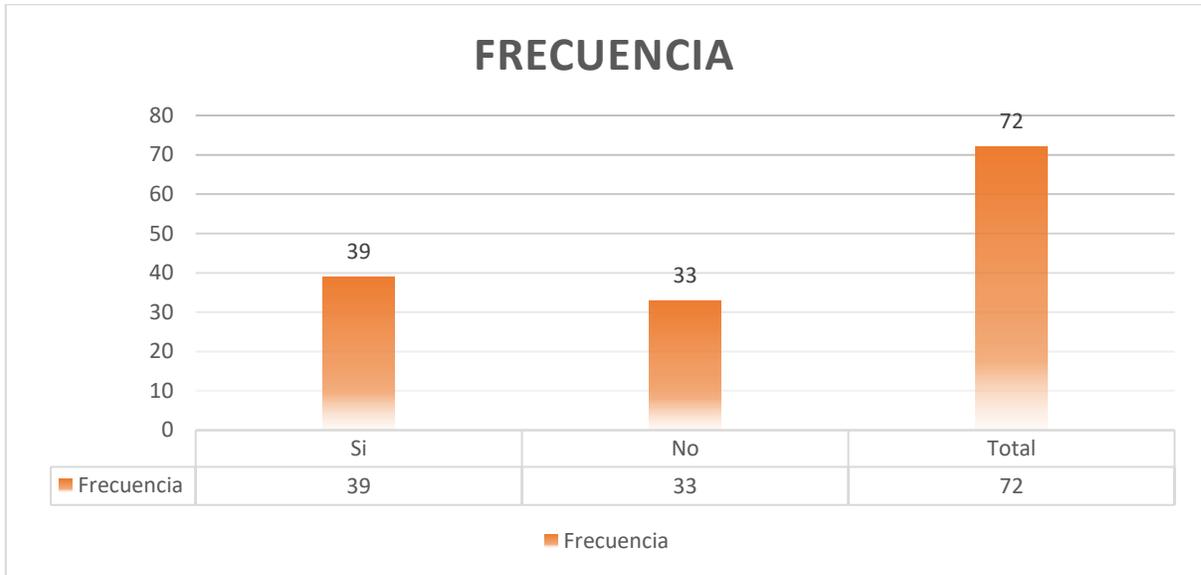
**Relaciones coitales por voluntad propia de las mujeres**



Fuente: Encuesta

## Gráfico #11

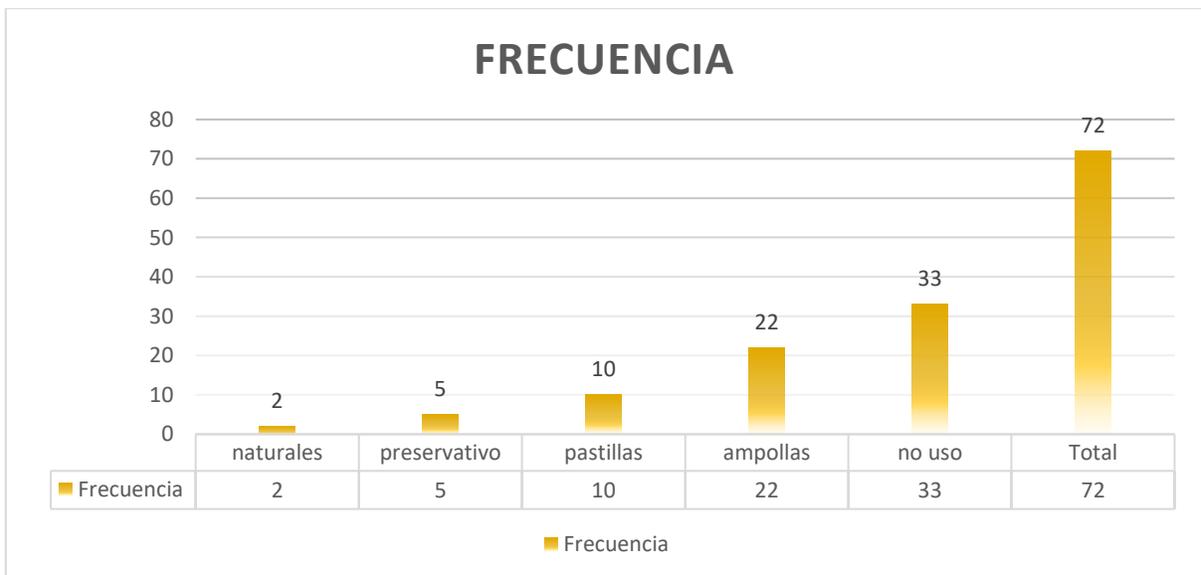
### Uso de métodos anticonceptivos



Fuente: Encuesta

## Gráfico #12

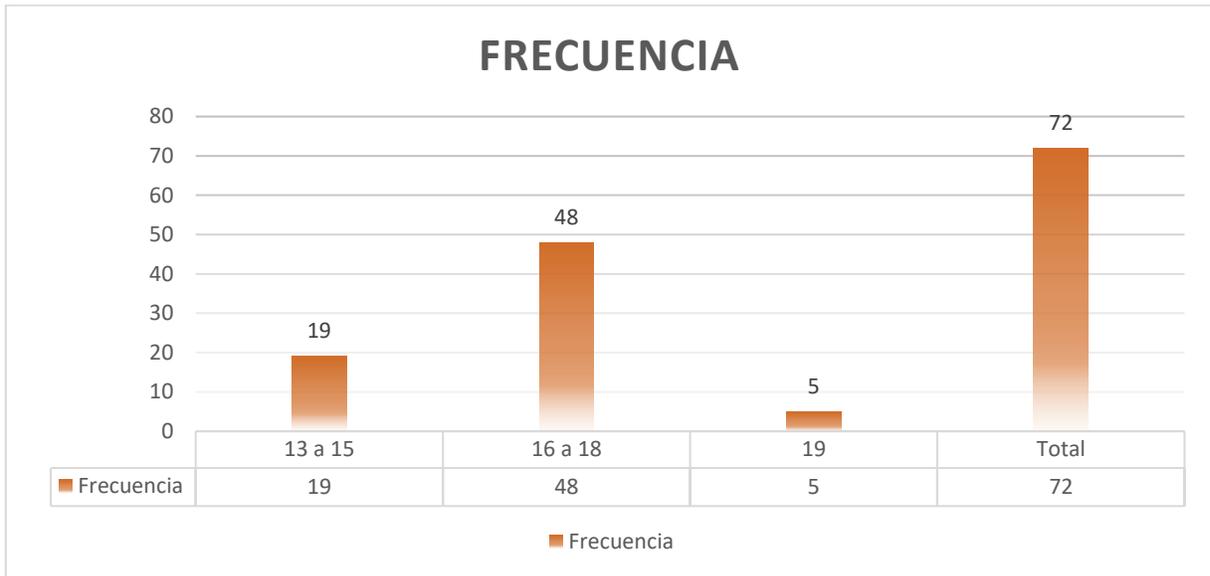
### Métodos anticonceptivos



Fuente: Encuesta

### Gráfico # 13

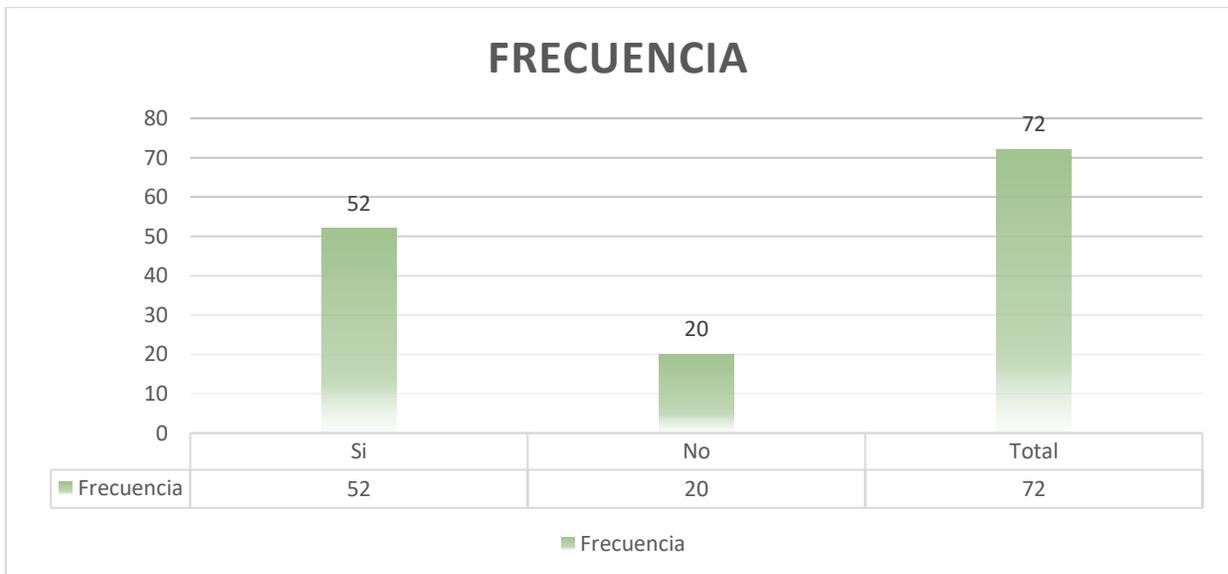
Edad que se embarazaron las mujeres.



Fuente: Encuesta

### Gráfico #14

Antecedentes de embarazo familiar de las mujeres.

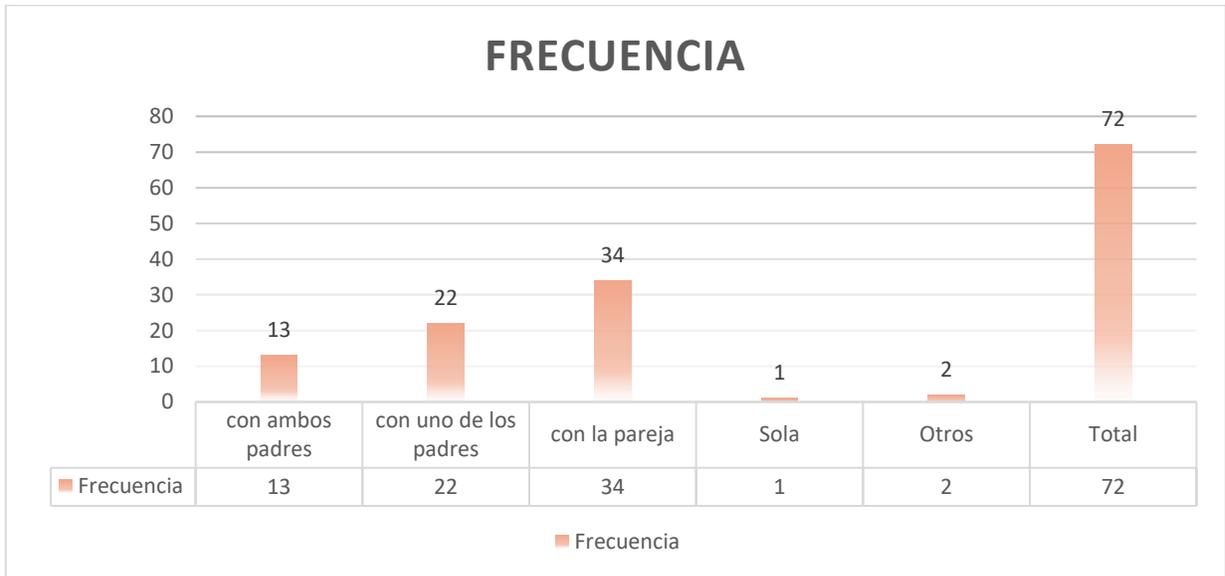


Fuente: Encuesta

➤ **Factores familiares**

**Gráfico #15**

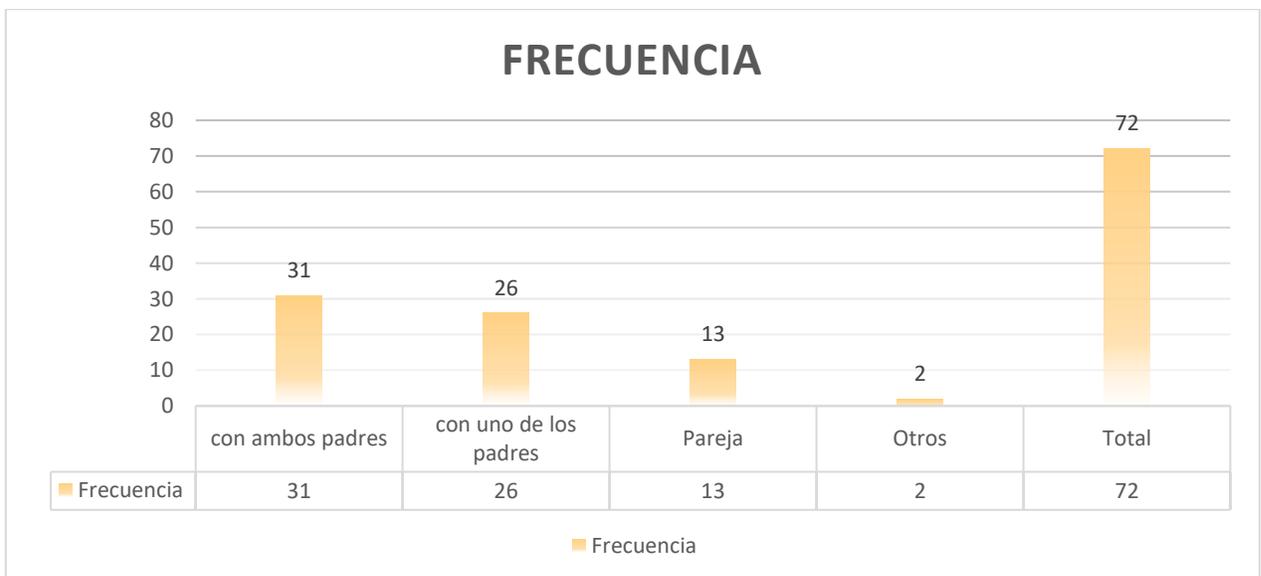
**Con quien viven actualmente las mujeres.**



Fuente: Encuesta

**Gráfico #16**

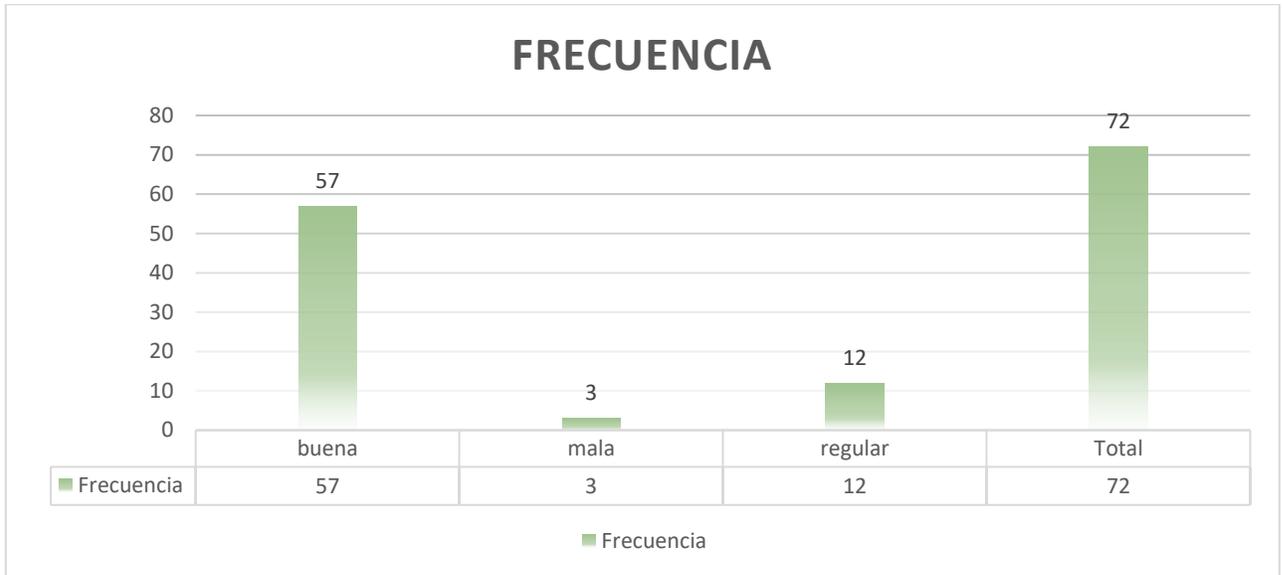
**Con quien vivías antes del embarazo**



Fuente: Encuesta

### Gráfico #17

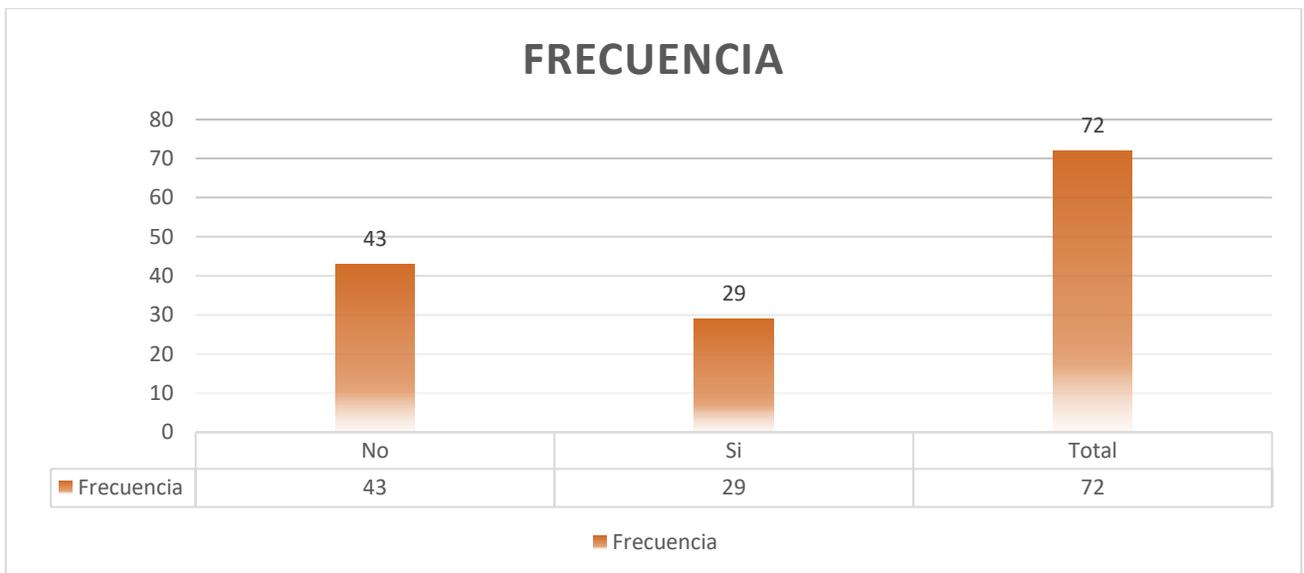
#### Comunicación con tus padres antes del embarazo



Fuente: Encuesta

### Gráfico #18

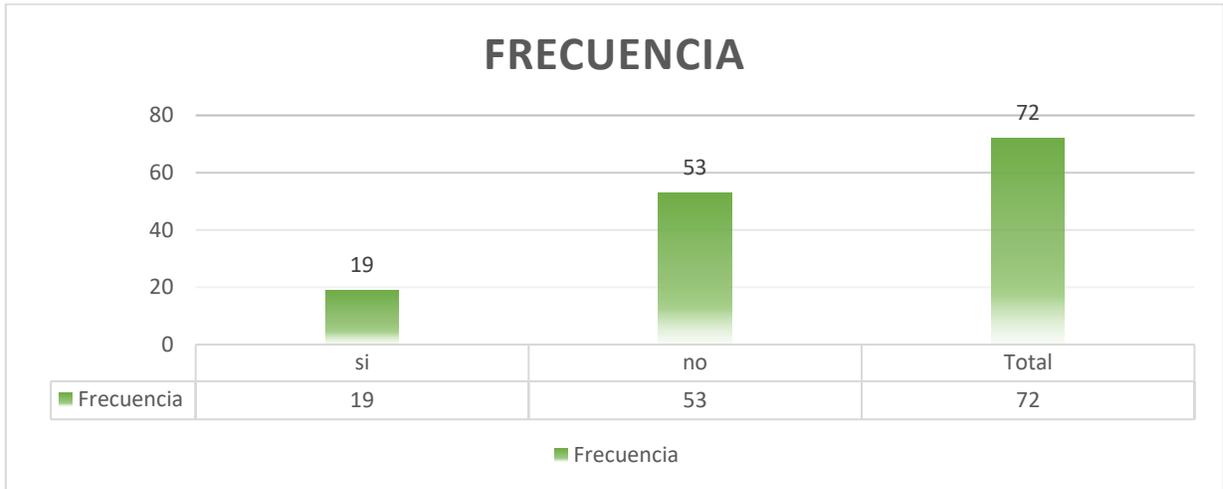
#### Ruptura familiar



Fuente: Encuesta

### Gráfico #19

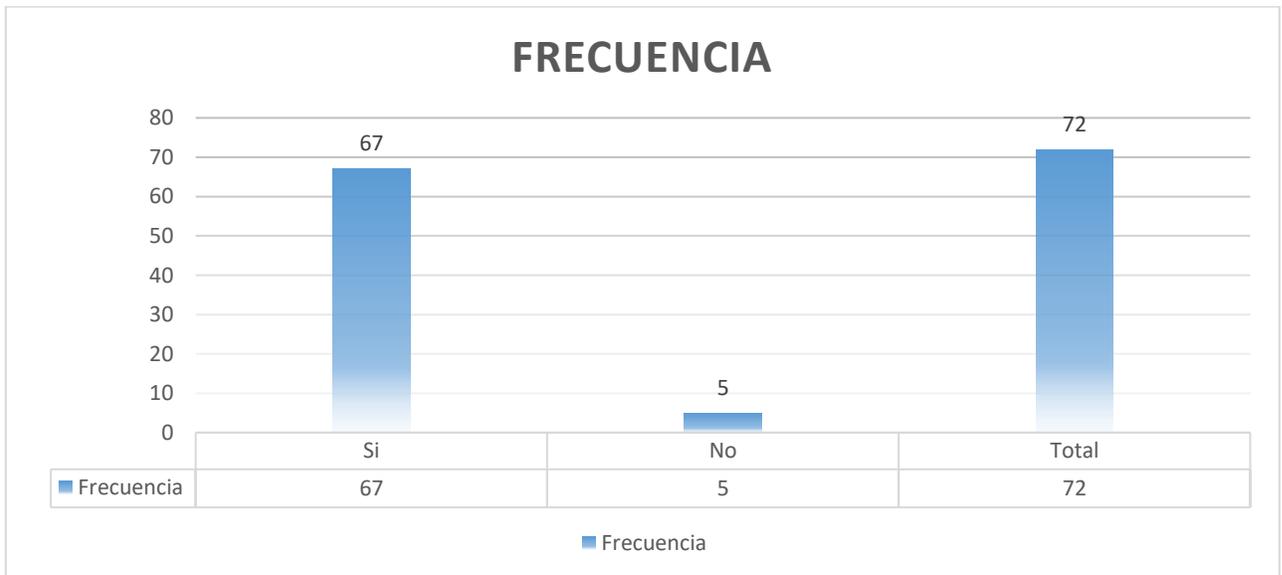
## Consumo de sustancias toxicas



Fuente: Encuesta

## Gráfico #20

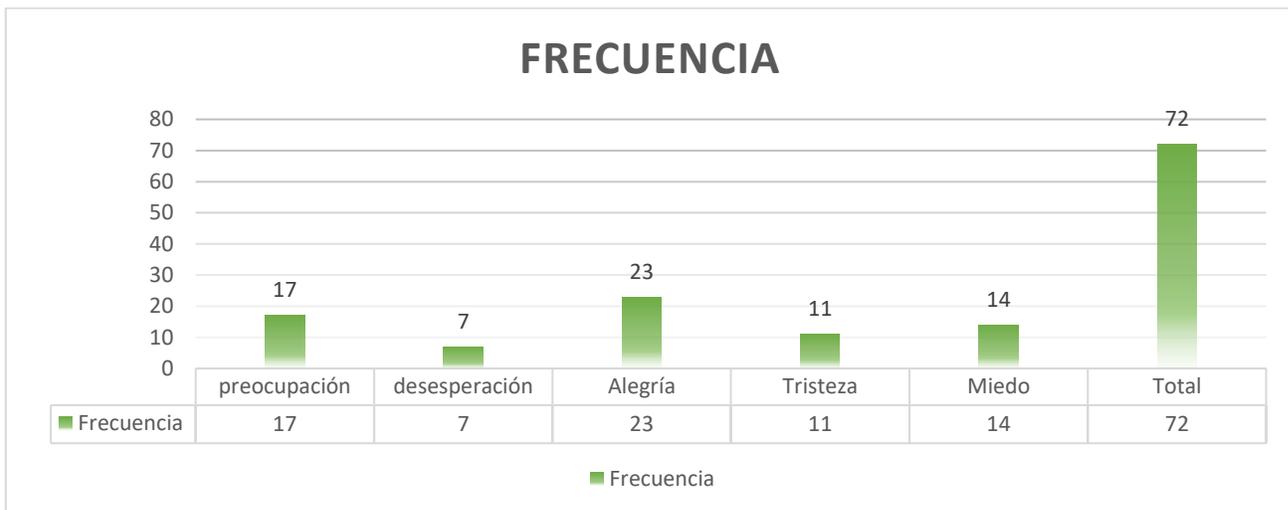
### Aceptaron tu embarazo en la familia



Fuente: Encuesta

## Gráfico #21

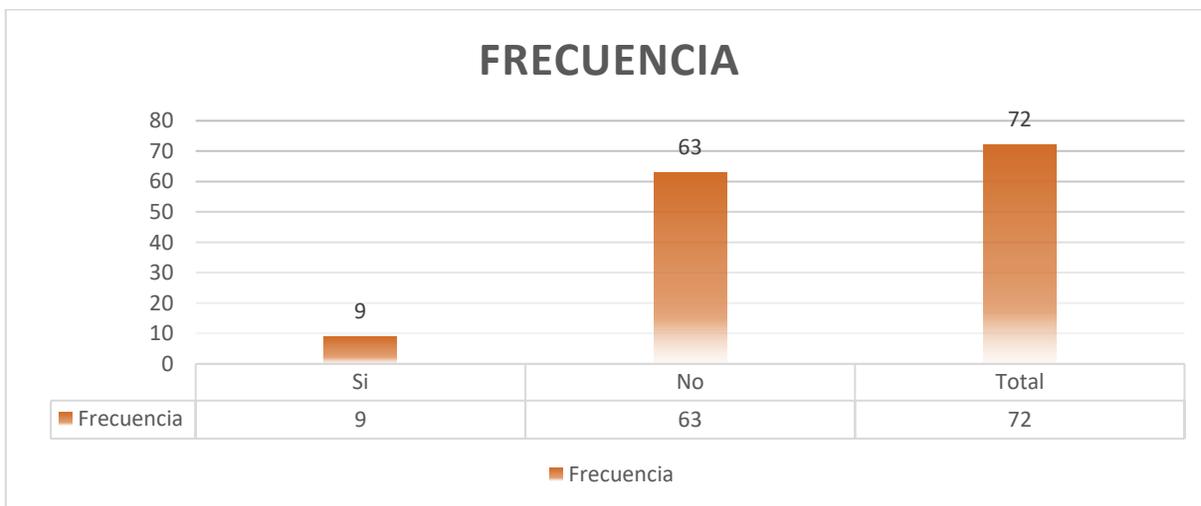
## ¿Qué sentimientos tuviste frente al embarazo?



Fuentes: encuesta

## Gráfico # 22

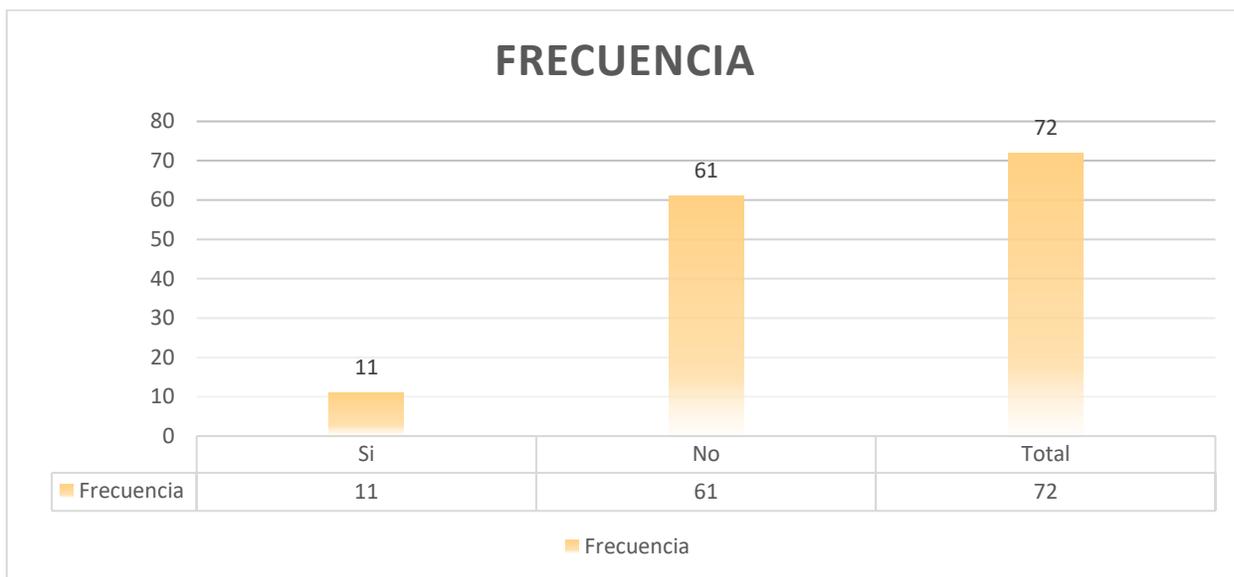
### Presenciaste violencia intrafamiliar



Fuentes: encuesta

## Gráfico #23

## Viviste algún abuso sexual

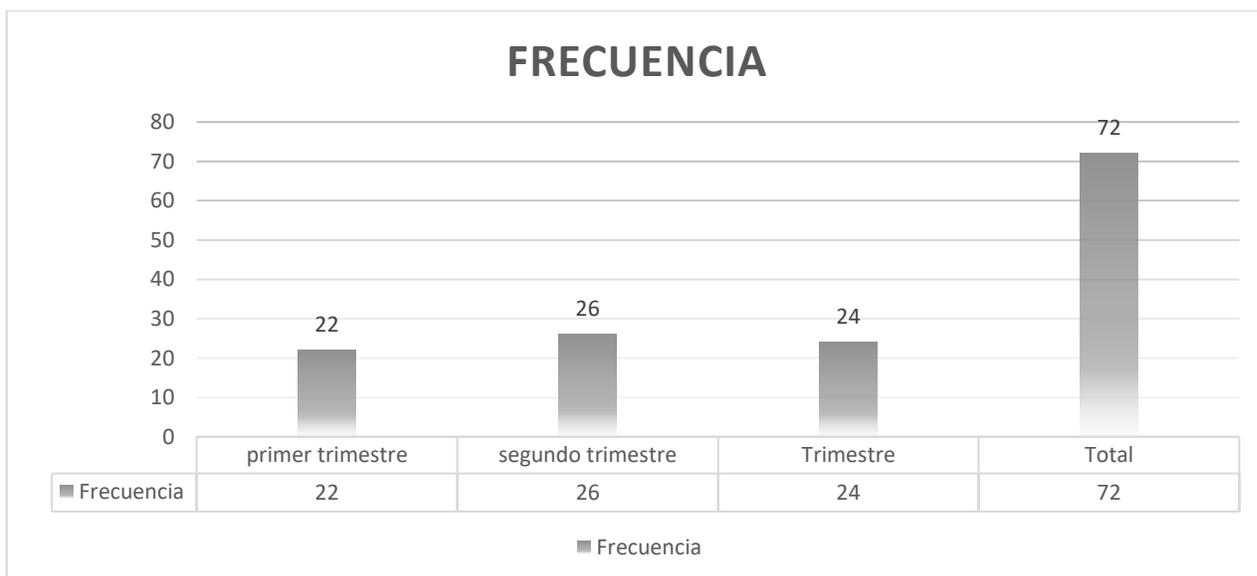


Fuentes: encuesta

### ➤ complicaciones

#### Gráfico # 24

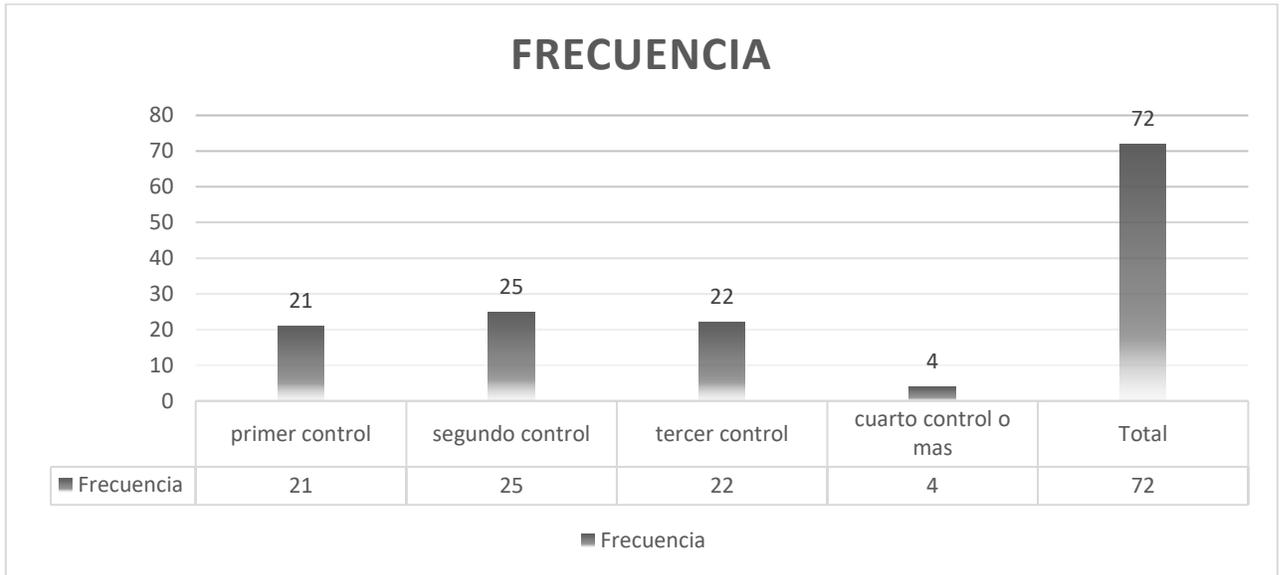
#### En que trimestre te encuentras



Fuentes: encuesta

#### Gráfico #25

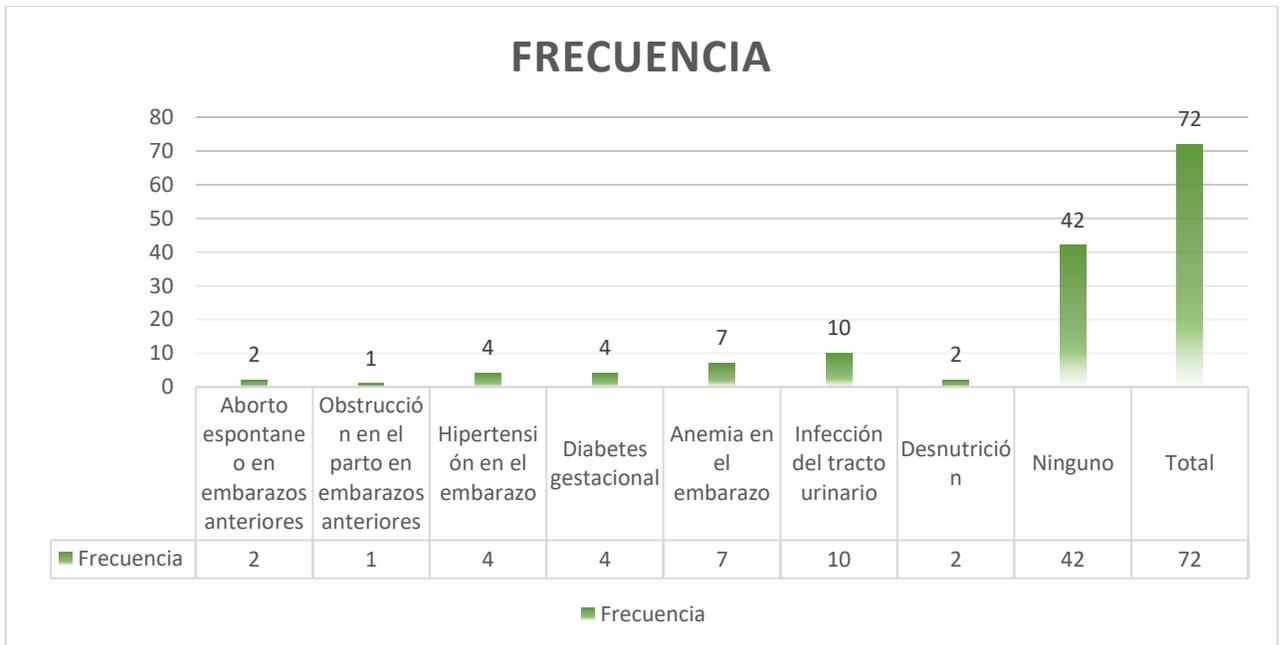
## Cuantos controles llevas



Fuentes: encuesta

## Gráfico #26

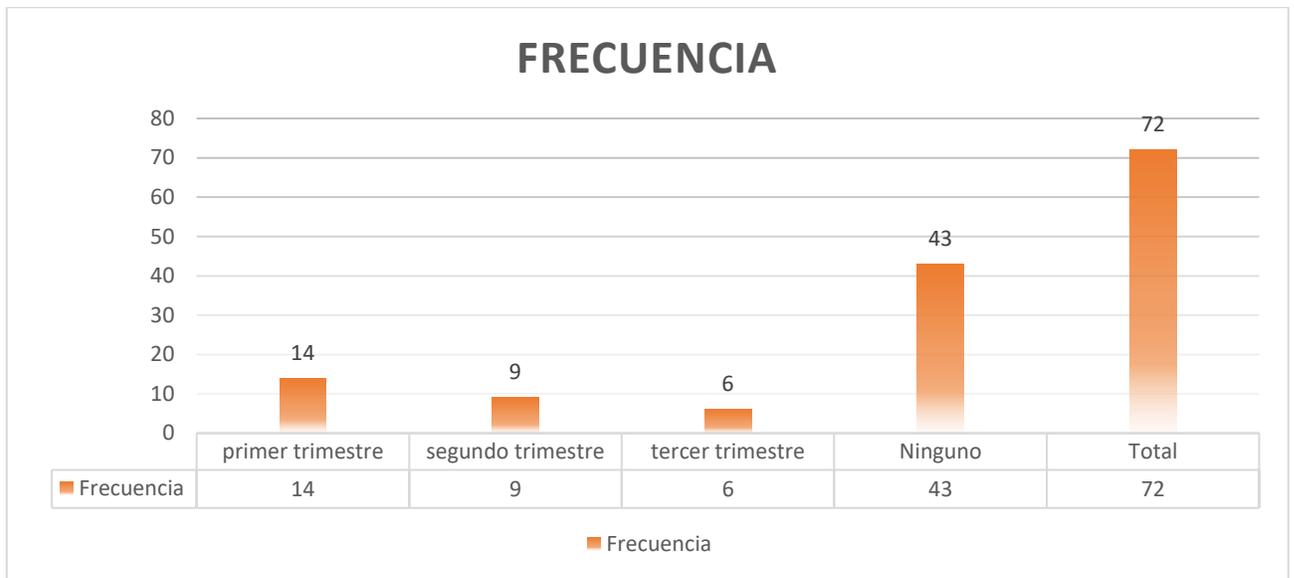
### Que enfermedades propias del embarazo has presentado



Fuentes: encuesta

## Gráfico #27

### En que trimestre presentaste complicaciones



Fuentes: encuesta

