

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

TRABAJO DE GRADUACION

**PRINCIPALES FACTORES QUE INCIDEN EN EL AUMENTO DE EMBARAZOS EN
LAS ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN A LA
CONSULTA DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR BASICA LAS
LOMAS DE ABRIL A SEPTIEMBRE DE 2015**

**PARA OPTAR AL TITULO DE
DOCTORADO EN MEDICINA**

PRESENTADO POR:

**CEA RAMÍREZ, ÁMBAR URANIA
DÍAZ HERNÁNDEZ, PAUL RODRIGO**

**DOCENTE DIRECTOR
DR. JUAN HÉCTOR JUBIS.**

NOVIEMBRE, 2015

SANTA ANA EL SALVADOR CENTRO AMERICA

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES CENTRALES
AÑO 2015**

**LICDO. JOSÉ LUIS ARGUETA ANTILLÓN
RECTOR INTERNO**

**ING. CARLOS ARMANDO VILLALTA
VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO INTERNO**

**DRA. ANA LETICIA ZAVALA DE AMAYA
SECRETARIA GENERAL**

**LICDA. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS**

**LICDA. NORA BEATRIZ MELÉNDEZ
FISCAL GENERAL INTERNA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**



**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES**

**ING. JORGE WILLIAM ORTÍZ SÁNCHEZ
DELEGADO DE RECTORÍA**

**LCDO. DAVID ALFONSO MATA ALDANA
SECRETARIO INTERINO DE LA FACULTAD**

**DRA. JULIA CONCEPCIÓN MORALES GARCÍA
JEFA INTERNA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**



TRABAJO DE GRADUACION APROBADO POR:

DOCENTE DIRECTOR:

DR. JUAN HÉCTOR JUBIS

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos primeramente a Dios por su infinita bondad, gracia, fidelidad, y optimismo para no rendirnos fácilmente ante las adversidades. Como por la fortaleza impartida e iluminación de nuestras mentes durante todo el proceso de investigación poniéndonos a la vez, personas muy valiosas para que nos orientaran y ayudaran a finalizar nuestro estudio. Él ha sido y seguirá siendo nuestro apoyo principal, porque en cada paso de nuestras vidas nos hemos convencido más de su presencia y realidad en nuestra vida.

A todos aquellos orientadores que nos infundieron sus conocimientos y nos acompañaron con sus consejos, y en especial a nuestro asesor, que fue el complemento ideal, quien estuvo siempre dispuesto a brindar su apoyo incondicional, paciencia, dedicación y orientación durante todo el proceso de la elaboración de la tesis.

A nuestras familias, quienes siempre han estado junto a nosotros, apoyándonos durante estos años de estudio, para lograr lo que ahora somos desde sus posibilidades

A Las diferentes autoridades del Ministerio de salud, por contribuir y permitir los espacios necesarios en el periodo de estudios y así culminar con éxitos nuestro estudio.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo consiste en un estudio tipo descriptivo de corte transversal, analítico y argumentativo con enfoque cuantitativo y cualitativo en el que existe una asociación significativa entre los fenómenos estudiados, y que permitirá realizar un análisis de los diferentes y principales factores que influyen en el aumento de la incidencia de embarazos en las adolescentes que acuden a la consulta en la UCSF-B Las Lomas de Abril a Septiembre de 2015.

Podemos argumentar que en el estudio, los detonantes principales que inducen mayor tendencia de embarazos en las adolescentes, son en gran medida los factores socio-culturales y los psico-conductuales, sin embargo podemos hacer mención que si las adolescentes recibieran los beneficios de la atención primaria en salud, disminuirán con ello los embarazos que este grupo etario presenta. Aunque podemos inferir que aún existen grandes desafíos como vacíos en los sistemas de atención en salud primarios, los cuales están pobremente orientados en el abordaje directo de la prevención de embarazos en los adolescentes. Siendo nuestra conclusión que no hay factores en si aislados, sino que la problemática de salud de los embarazos en las adolescentes, tiene un principio de tipo multifactorial en la población estudiada

El presente estudio pretende ser además un insumo valioso a considerar en la elaboración concreta de más estrategias a implementar por los actores de la salud, que necesitan realizar una mayor participación y fomentar más prácticas saludables en la salud sexual y reproductiva de la población de los adolescentes, para reducir las tendencias de los embarazos en este grupo etario.

INDICE.

RESUMEN EJECUTIVO

CAPITULO I.....	I
1.2 INTRODUCCION.....	i
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	iii
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.4.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.4.3 DELIMITACIÓN ESPACIAL TEMPORAL.....	2
1.5 OBJETIVOS.....	3
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	3
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	3
CAPITULO II.....	4
2.1 MARCO TEÓRICO.....	4
2.1.1 LA ADOLESCENCIA.....	4
2.1.2 ADOLESCENCIA TEMPRANA.....	5
2.1.3 ADOLESCENCIA MEDIA.....	7
2.1.4 ADOLESCENCIA TARDÍA.....	9
2.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	10
2.3 FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.....	13
2.3.1 FACTORES INDIVIDUALES.....	13
2.3.2 BIOLÓGICOS.....	13
2.3.3 PSICO-CONDUCTUAL.....	14
2.3.4 CONDUCTA SEXUAL.....	15
2.3.5 DISFUNCIÓN FAMILIAR.....	16
2.3.6 PSICOLÓGICOS Y CULTURALES.....	16
2.3.7 ANTICONCEPCIÓN Y EMBARAZO ADOLESCENTE.....	16
2.3.8 FACTORES SOCIALES.....	18
2.3.9 EDUCACIÓN.....	19
2.4 FACTORES FAMILIARES.....	20
2.5 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).....	21

2.5.1 LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD SELECTIVA (APSS)	22
2.5.2 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD INTEGRAL (APSI).....	24
2.5.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD.	24
2.5.4 COMUNIDAD.	25
2.5.5 PARTICIPACIÓN INDIVIDUAL Y SOCIAL, PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD	26
2.5.6 EQUIDAD.	27
2.5.7 INTERSECTORIALIDAD.....	28
2.5.8 APS Y ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES (ONGS)	30
2.6 EL EMBARAZO EN EL SALVADOR.....	30
2.7 LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.....	31
2.8 DATOS DEMOGRÁFICOS.....	32
2.9 HIPOTESIS.....	35
2.10 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	36
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	37
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	38
CAPITULO III	39
3.1 DISEÑO METODOLOGICO	39
3.1.1 TIPO DE ESTUDIO.....	39
3.1.2 GRUPO POBLACIONAL.....	39
3.1.3 UNIDAD DE OBSERVACIÓN.....	39
3.1.4 ÁREA DE ESTUDIO.....	39
3.1.5 GRUPO SELECCIONADO	40
3.1.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	40
3.1.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	40
3.1.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	40
3.2 FUENTE DE INFORMACIÓN.....	41
3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	41
3.4 PROCEDIMIENTO.....	42
3.5 CONTROL DE INFORMACIÓN.	43
3.7 CONDICIONES ÉTICAS.	43
CAPITULO IV.....	45

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	45
4.1.1 FACTORES SOCIO-CULTURALES.....	45
4.1.2 FACTORES PSICO-CONDUCTUALES	55
4.1.3 FACTORES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.	64
4.1.4 ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD.	71
4.1.5 ANÁLISIS DE LISTA DE COMPROBACIÓN.	83
4.2 ANALISIS DE RESULTADOS Y COMPROBACION DE HIPOTESIS.....	89
4.2.1 FACTORES SOCIO-CULTURALES.....	89
4.2.2 FACTORES PSICO-CONDUCTUALES.	93
4.2.3 FACTORES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD.	95
CAPITULO V.....	99
CONCLUSIONES.....	99
RECOMENDACIONES.....	102
BIBLIOGRAFÍA.....	105
ANEXOS.....	107

INDICE DE TABLAS DE CONTENIDO.

FACTORES SOCIO-CULTURALES

TABLA 1. 1 EDAD DE LA PACIENTE	110
TABLA 1. 2 ESTADO CIVIL	110
TABLA 1. 3 GRADO DE ESCOLARIDAD	111
TABLA 1. 4 A QUE TE DEDICAS ACTUALMENTE	111
TABLA 1. 5 CON QUIEN VIVES ACTUALMENTE	111
TABLA 1. 6 CUANTAS PERSONAS VIVEN EN TU CASA	112
TABLA 1. 7 DE QUIEN DEPENDES ECONÓMICAMENTE	112
TABLA 1. 8 RELIGIÓN QUE PROFESA	112
TABLA 1. 9 EDAD DE LA PAREJA	113
TABLA 1. 10 CUANTAS PAREJAS HA TENIDO EL PADRE DE TU HIJO, ANTES DE TU EMBARAZO	113
TABLA 1. 11 CUANTOS HIJOS MÁS TIENE EL PADRE DE TUS HIJOS	113
TABLA 1. 12 LAS RELACIONES SEXUALES ANTES DEL MATRIMONIO, SON UN PECADO	114
TABLA 1. 13 A QUÉ EDAD ES MÁS COMÚN QUE SE ACOMPAÑEN LAS MUJERES EN TU FAMILIA	114
TABLA 1. 14 CUAL CONSIDERA QUE ES LA EDAD APROPIADA PARA EL EMBARAZO	114
TABLA 1. 15 SE EMBARAZAN LAS MUJERES, ANTES DE ACOMPAÑARSE CON SU PAREJA	115
TABLA 1. 16 RAZÓN POR LA QUE SE CASAN LAS MUJERES EN TU FAMILIA	115
TABLA 1. 17 DE QUIEN RECIBES INFORMACIÓN SOBRE VIDA SEXUAL	115
TABLA 1. 18 TIENES AMIGAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS	116
TABLA 1. 19 EDAD DE TU PRIMERA REGLA	116

FACTORES PSICO-CONDUCTUALES

TABLA 2. 1 EDAD DE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	116
TABLA 2. 2 EDAD DE TU PRIMER EMBARAZO	117
TABLA 2. 3 FUE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, CUANDO TUVISTE TU PRIMER EMBARAZO	117
TABLA 2. 4 CON QUIEN TUVISTE TU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	117
TABLA 2. 5 AUTOESTIMA	118
TABLA 2. 6 INTEGRACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR	118
TABLA 2. 7 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES QUE HAS TENIDO	118
TABLA 2. 8 UTILIZAN PRESERVATIVO DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES	119
TABLA 2. 9 RELACIÓN DE TUS PADRES CONTIGO	119
TABLA 2. 10 DECISIÓN DE LAS RELACIONES SEXUALES, POR PRIMERA VEZ	119
TABLA 2. 11 PROYECTOS DE VIDA	120
TABLA 2. 12 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	120
TABLA 2. 13 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	120
TABLA 2. 14 ABUSO SEXUAL	121
TABLA 2. 15 REGALOS A CAMBIO DE RELACIONES SEXUALES	121
TABLA 2. 16 RELACIONES SEXUALES POR ABUSO FÍSICO	121
TABLA 2. 17 EMBARAZO PARA RETENER A LA PAREJA	122
TABLA 2. 18 CONSUMES DROGAS	122

FACTORES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

TABLA 3. 1 INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DEL ADOLESCENTE	123
TABLA 3. 2 CONSEJERÍA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	123
TABLA 3. 3 INFORMACIÓN DE CÓMO PREVENIR UN EMBARAZO	123
TABLA 3. 4 DE QUIEN RECIBISTE INFORMACIÓN PARA PREVENIR UN EMBARAZO	124
TABLA 3. 5 CONOCES CUÁLES SON TUS DÍAS FÉRTILES E INFÉRTILES	124
TABLA 3. 6 CUANDO EXISTE UN RIESGO DE EMBARAZO PARA TI	124
TABLA 3. 7 UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	125
TABLA 3. 8 QUE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCES	125
TABLA 3. 9 EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE MÉTODOS DE P.F	125
TABLA 3. 10 CAUSAS QUE INFLUYERON EN TU EMBARAZO	126
TABLA 3. 11 DIFICULTAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	126

TABLAS DE ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD

TABLA 4. 1 CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA UNIDAD DE SALUD	
TABLA 4. 2 ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE SALUD.	71
TABLA 4. 3 IMPORTANCIA DE ORIENTAR SOBRE EL TEMA DE SALUD REPRODUCTIVA	72
TABLA 4. 4 QUE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA REALIZA	72
TABLA 4. 5 EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN EN SSR	127
TABLA 4. 6 FRECUENCIA CON LA QUE CONSULTA POR INFORMACIÓN EL ADOLESCENTE SOBRE SSR.	127
TABLA 4. 7 MOMENTO EN EL QUE SE BRINDA LA EDUCACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA	75
TABLA 4. 8 REALIZACIÓN DE CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	75
TABLA 4. 9 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CON LOS QUE SE CUENTA EN LA UNIDAD DE SALUD	75
TABLA 4. 10 FRECUENCIA CON LA QUE UTILIZAN MÉTODOS DE P.F LOS ADOLESCENTES	128
TABLA 4. 11 FRECUENCIA CON LA QUE SE REALIZAN DETECCIONES E INSCRIPCIONES DE ADOLESCENTE	128
TABLA 4. 12 REALIZACIÓN DE INSCRIPCIONES PRECONCEPCIONALES A LAS ADOLESCENTES	128
TABLA 4. 13 COMO CONSIDERAS LA COBERTURA Y CALIDAD DE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN	78
TABLA 4. 14 DETECCIÓN OPORTUNA DE LA USUARIA CON RIESGO DE UN EMBARAZO	79
TABLA 4. 15 SEGUIMIENTO ADECUADO A LA USUARIA DETECTADA CON EMBARAZO ADOLESCENTE	79
TABLA 4. 16 REALIZACIÓN DE PROGRAMACIÓN A LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS	79
TABLA 4. 17 REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS PARA PREVENIR EMBARAZOS ADOLESCENTES	129
TABLA 4. 18 CAPACITACIÓN SOBRE LA ATENCIÓN Y ABORDAJE A LOS ADOLESCENTES	129
TABLA 4. 19 EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN SOBRE EL ABORDAJE DE LOS ADOLESCENTES	129
TABLA 4. 20 ELABORACIÓN DE PROPUESTAS DE ACCIONES PARA PREVENIR UN EMBARAZO	82

TABLAS DE LISTA DE COMPROBACION

TABLA 5. 1 REGISTRO ACTUALIZADO DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE UTILIZAN MÉTODOS DE P.F	83
TABLA 5. 2 INSCRIPCIÓN DEL ADOLESCENTE EN EXPEDIENTE, PREVIO A EMBARAZO DE ADOLESCENTE	83
TABLA 5. 3 REGISTRO DE CONTROLES SUBSECUENTES AL PROGRAMA ADOLESCENTE	83
TABLA 5. 4 REALIZACIÓN DE INSCRIPCIONES PRECONCEPCIONALES A LAS ADOLESCENTES	84
TABLA 5. 5 REGISTRO EN EXPEDIENTE DE LLENADO DE HOJA DE TAMIZA DE VIOLENCIA	84
TABLA 5. 6 UTILIZACIÓN DE HOJA FILTRO DE CUIDADO PRECONCEPCIONAL EN EXPEDIENTE	84
TABLA 5. 7 SE BRINDA CONSEJERÍA POR ENFERMERÍA SOBRE SALUD REPRODUCTIVA	85
TABLA 5. 8 REGISTRO EN EXPEDIENTE DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA DE P.F	85
TABLA 5. 9 DETECCIÓN OPORTUNA DE EMBARAZOS ADOLESCENTES EN LIBRO DE REFERENCIA	85

TABLA 5. 10 REGISTRO DE CONSEJERÍA POR PARTE DEL MÉDICO EN SALUD REPRODUCTIVA	86
TABLA 5. 11 DOCUMENTACIÓN SOBRE PROPUESTA DE ACCIONES PARA PREVENIR EMBARAZOS	86
TABLA 5. 12 DISPOSICIÓN EN FARMACIA CON OFERTA BÁSICA DE PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS	86
TABLA 5. 13 ACTIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA, CON METODOLOGÍA PARTICIPATIVA	87
TABLA 5. 14 REGISTRO DE ATENCIONES AL ADOLESCENTE POR PROMOTORES DE SALUD	87
TABLA 5. 15 CUMPLIMIENTO DE NORMATIVA EN EXPEDIENTES EN ATENCIÓN AL ADOLESCENTE	88
TABLA 5. 16 REGISTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL ADOLESCENTE CON FACTORES DE RIESGO	88

INDICE DE GRÁFICOS

FACTORES SOCIO-CULTURALES

GRÁFICO 1. 1 EDAD DEL PACIENTE	45
GRÁFICO 1. 2 ESTADO CIVIL	46
GRÁFICO 1. 3 ESCOLARIDAD	46
GRÁFICO 1. 4 A QUE TE DEDICAS ACTUALMENTE	47
GRÁFICO 1. 5 CON QUIEN VIVES ACTUALMENTE	47
GRÁFICO 1. 6 CUANTAS PERSONAS VIVES EN CASA	48
GRÁFICO 1. 7 DE QUIEN DEPENDES ECONÓMICAMENTE	48
GRÁFICO 1. 8 RELIGIÓN	49
GRÁFICO 1. 9 EDAD DE LA PAREJA.	49
GRÁFICO 1. 10 A QUÉ SE DEDICA ACTUALMENTE TU PAREJA	50
GRÁFICO 1. 11 PAREJAS DEL PADRE ANTES DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE	50
GRÁFICO 1. 12 CUANTOS HIJOS MÁS TIENE TU PAREJA	51
GRÁFICO 1. 13 IDIOSINCRASIA EN LAS RELACIONES SEXUALES.	51
GRÁFICO 1. 14 A QUÉ EDAD ES MÁS COMÚN QUE SE CASEN LAS MUJERES EN TU FAMILIA	52
GRÁFICO 1. 15 EDAD APROPIADA PARA EL EMBARAZO	52
GRÁFICO 1. 16 EMBARAZOS ANTES DE ACOMPAÑARSE	53
GRÁFICO 1. 17 RAZÓN POR LA QUE SE CASAN LAS MUJERES	53
GRÁFICO 1. 18 INFORMACIÓN SOBRE VIDA SEXUAL	54
GRÁFICO 1. 19 AMIGAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS	54
GRÁFICO 1. 20 MENARQUIA	55

FACTORES PSICO-CONDUCTUALES

GRÁFICO 2. 1 EDAD DE PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	55
GRÁFICO 2. 2 EDAD DE PRIMER EMBARAZO	56
GRÁFICO 2. 3 PRIMERA RELACIÓN SEXUAL EN EL PRIMER EMBARAZO	56
GRÁFICO 2. 4 CON QUIEN FUE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	57
GRÁFICO 2. 5 AUTOESTIMA	57
GRÁFICO 2. 6 INTEGRACIÓN FAMILIAR	58
GRÁFICO 2. 7 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	58
GRÁFICO 2. 8 USO DE PRESERVATIVO	59
GRÁFICO 2. 9 RELACIÓN DE LOS PADRES	59
GRÁFICO 2. 10 DECISIÓN DE LAS RELACIONES SEXUALES POR PRIMERA VEZ	60
GRÁFICO 2. 11 PROYECTOS DE VIDA	60
GRÁFICO 2. 12 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	61

GRÁFICO 2. 13 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	61
GRÁFICO 2. 14 PRESIÓN EN LAS RELACIONES SEXUALES	62
GRÁFICO 2. 15 RECIBIR ALGO A CAMBIO POR RELACIONES SEXUALES	62
GRÁFICO 2. 16 RELACIONES SEXUALES FORZADAS	63
GRÁFICO 2. 17 EMBARAZO POR RETENER A SU PAREJA	63
GRÁFICO 2. 18 CONSUMO DE DROGAS	64

FACTORES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

GRÁFICO 3. 1 INSCRIPCIÓN ADOLESCENTE	64
GRÁFICO 3. 2 CONSEJERÍA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	65
GRÁFICO 3. 3 INFORMACIÓN DE CÓMO PREVENIR UN EMBARAZO	65
GRÁFICO 3. 4 DE QUIEN RECIBES INFORMACIÓN DE CÓMO PREVENIR UN EMBARAZO	66
GRÁFICO 3. 5 CUALES SON TUS DÍAS FÉRTILES	66
GRÁFICO 3. 6 CUANDO EXISTE UN RIESGO DE EMBARAZO	67
GRÁFICO 3. 7 UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	67
GRÁFICO 3. 8 QUE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCES	68
GRÁFICO 3. 9 EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN DE MÉTODOS P.F	68
GRÁFICO 3. 10 CAUSAS DEL EMBARAZO	69
GRÁFICO 3. 11 DIFICULTAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	70

GRÁFICOS DE ENTREVISTA AL PERSONAL DE SALUD

GRÁFICO 4. 1 CARGO QUE DESEMPEÑA EN LA UNIDAD DE SALUD	71
GRÁFICO 4. 2 IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA	73
GRÁFICO 4. 3 IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN EN SSR	73
GRÁFICO 4. 4 FRECUENCIA DE CONSULTA DEL ADOLESCENTE PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE SSR	74
GRÁFICO 4.5 FRECUENCIA DE CONSULTA ADOLESCENTE SOBRE SSR	74
GRÁFICO 4. 6 FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN POR ADOLESCENTES DE MÉTODOS P.F	76
GRÁFICO 4. 7 FRECUENCIA DE DETECCIONES ACTIVAS E INSCRIPCIONES DE ADOLESCENTES	76
GRÁFICO 4. 8 FRECUENCIA DE INSCRIPCIONES AL ADOLESCENTE	77
GRÁFICO 4. 9 SE REALIZAN INSCRIPCIÓN DE ATENCIONES PRECONCEPCIONALES EN ADOLESCENTES	77
GRÁFICO 4. 10 INSCRIPCIÓN PRECONCEPCIONAL	78
GRÁFICO 4. 11 ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS	80
GRÁFICO 4. 12 CAPACITACIÓN EN EL ABORDAJE AL ADOLESCENTE	81
GRÁFICO 4. 13 COMO CONSIDERAS QUE FUE ESA CAPACITACIÓN	81
GRÁFICO 4. 14 EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN	82

CAPITULO I

1.2 INTRODUCCION.

El presente proyecto trata de manera clara, sencilla, pero con lenguaje apropiado el tema del Embarazo en los adolescentes sobre los factores principales que inciden a que se desarrolle dicho suceso

El embarazo en adolescentes es uno de los problemas de mayor importancia asociados a profundos y rápidos cambios socioeconómicos y políticos registrados en el país en los últimos años. Sin embargo poco se conoce sobre la magnitud de esta problemática a nivel micro social, solo existe un acercamiento al estudio del embarazo a través de investigaciones a escala nacional y en menor medida regional.

Los riesgos y las consecuencias negativas que para la salud física tiene el embarazo adolescente son bien conocidos tales como: Complicaciones obstetricias y relacionadas con el embarazo, mortalidad y morbilidad materna, bajo peso del recién nacido, mortalidad y morbilidad de niños e infantes, aborto en condiciones de riesgos entre otras.

Sin embargo, aunque siempre se menciona otros factores concomitantes, hace falta insistir en el hecho de que los mencionados riesgos biológicos no actúan aisladamente, sino asociados con factores psicosociales, económicos, políticos, estructurales y de género.

A través de los componentes del marco teórico, se fijan los cimientos del estudio y se establece con el marco referencial unos elementos comunes del tema en diversos escenarios expresados por profesionales que han escudriñado el tema, para dar sentido y lógica a esta investigación.

Luego se mostrara la metodología empleada en la investigación y todos sus desarrollos en el proceso, al igual que sus causas que son razón del origen del problema, la cual se estructura y sustenta en la investigación misma.

Finalmente queremos dar algunas conclusiones sobre lo que se encontró en la investigación realizada y en la que lo fundamental es mostrar la realidad que es reflejo de un suceso que se vive a nivel nacional y en que se ha invertido múltiples recursos para disminuir su alta incidencia, pero que no han dado los resultados esperados y requeridos para una población que necesita cada día más el apoyo de la sociedad.

1.3 JUSTIFICACIÓN.

La realización del trabajo de investigación referente al embarazo en adolescentes, es debido a que es un riesgo al que está expuesta en la actualidad, toda mujer en sus primeras etapas de desarrollo. Tres de cada 10 atenciones prenatales registradas por el sistema de salud (32 %) corresponden a menores entre 15 y 19 años, con mayor prevalencia en el área rural, siendo este un parámetro en los últimos 10 años en El Salvador. Durante 2013, los departamentos que registraron más casos fueron San Salvador, Usulután, La Paz, La Libertad y Santa Ana.¹ Es por ello la preocupación de su alta incidencia en nuestro medio, a la cual nos lleva a querer profundizar en los factores de influencia.

El estudio va dirigido a obtener conocimientos, describir, analizar y argumentar, cuáles son los factores principales que inciden en el aumento de embarazos en las adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de UCSF-B Las Lomas de abril a septiembre del 2015.

Este proyecto se realiza con el objetivo de identificar las causas que originan la alta incidencia de un embarazo en las adolescentes. Razón por la cual nos interesamos en investigar sobre los principales factores que inciden en el embarazo en las adolescentes entre las edades de 10 a 19 años y es porque se ha convertido en un problema de salud pública a nivel nacional.

El grado de vulnerabilidad de una adolescente, depende de varias factores, sumada a la susceptibilidad o fortaleza inducida por los cambios biopsicosociales propios de esta etapa, más los efectos positivos y negativos de los microambientes en los cuales se desenvuelve, la cultura y el contexto socioeconómico y político del país donde vive; todo lo cual genera una combinación de factores de riesgo y protectores dentro de la dinámica del proceso salud enfermedad.

¹ (Sosa, 2013)

El embarazo en la adolescencia, constituye un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, sobre todo en los países en vías de desarrollo, donde las tasas de fecundidad son muy altas. Como resultado de la investigación a realizar nos encontramos con carencia de estudios sobre este fenómeno, al momento de determinar con exactitud las principales razones que llevan a las adolescentes a quedar embarazadas. De esto tomando como partida aquellos lugares o zonas poblacionales específicas de nuestro país, ya que en otras investigaciones no se cuenta, con las diferencias que fundamentan los distintos escenarios donde se desarrolla esta problemática, no podemos generalizar, que en todas las poblaciones de diversas zonas se presenten las mismas causas de desarrollo de esta alta incidencia de embarazos en adolescentes, ya que diversos factores condicionan a su repercusión. Por lo que tomamos de muestra a la población que consulta en la UCSF-B Las Lomas ya que esta tiene una alta incidencia en el embarazo adolescente, con todas sus características que la distinguen, para concretizar específicamente sobre los factores principales que la dirigen hacer una realidad.

El inicio de investigaciones sobre el desarrollo de esta problemática de las adolescentes embarazadas, es un aspecto que se enmarca en la grave problemática social que en la actualidad aqueja a la sociedad. Son incalculables las consecuencias reflejadas en los indicadores de salud reproductiva en donde los de mayor daño biopsicosocial es la alta morbilidad materna por causas de abortos, aumento del maltrato infantil y de la niñez abandonada, mayor promiscuidad, delincuencia, pérdida del proyecto de vida de los jóvenes, y en definitiva mayor pobreza.

La existencia actual de tal problemática y su incidencia negativa en los adolescentes de esta región de la ciudad fundamenta la importancia, necesidad y utilidad del tema en cuestión. De modo que la Investigación es conveniente porque pretende contribuir a la detección de su causalidad.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.4.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Es preocupante el gran crecimiento de mujeres adolescentes embarazadas sobre todo en nuestro medio, el cual trae al final grandes repercusiones tanto en lo social como en lo económico.

Este surge como consecuencia de un sin número de causas, entre las cuales pueden resaltarse: bajo nivel socioeconómico, inestabilidad familiar, escasa orientación sexual, desconocimiento de métodos de planificación y el uso inadecuado de los métodos anticonceptivos, relaciones sexuales a temprana edad, varias parejas sexuales, analfabetismo, entre otros. Hoy, en día este problema va acrecentando en cantidad de casos y se hace más difícil superar para las familias involucradas, esto principalmente por la pobreza en la que nuestro país vive.

Los adolescentes tienen pensamientos y actitudes frente al embarazo, en los cuales se demuestra una baja percepción de la gravedad del evento, no observan daños potenciales para la salud, pero si muestran mayores preocupaciones por lo económico y por la falta de apoyo parental. Algunos registran ganancias afectivas con el embarazo en la adolescencia, así como obtener compañía, mayor libertad, madurez y responsabilidad.

La adolescente embarazada puede sentir que es una carga económica para su familia, que probablemente no estén en condiciones de mantenerla a ella y al bebé que espera. Las opciones sociales para esta adolescente incluyen tener un hijo fuera de matrimonio, dar al bebé en adopción o contraer matrimonio con el padre, lo que ocasiona que en algunas situaciones tres generaciones pueden sufrir el impacto del parto en estas circunstancias: los padres de la adolescente, la adolescente misma y su hijo.

Con respecto a los riesgos desde el punto de vista de la salud, se sabe que el parto antes de los 18 años conlleva peligros de salud tanto para la madre como para el hijo. El

riesgo de mortalidad materna es mayor entre las adolescentes, aunque los factores económicos, sociales, de nutrición y de atención pre-natal pueden influir en cierto grado.

Además están presentes los problemas de tipo psicológico, como la ansiedad, el malestar físico, los cambios propios del embarazo, como el aumento de peso, la inflamación, el estrés y las manchas en la piel, cosas con las que la adolescente no contaba.

En Latinoamérica, el 40% de los jóvenes a los 15 años tienen una vida sexual activa, y de este grupo el 15% ya han sido madres o han estado embarazadas.

1.4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Es por esta razón que se plantea el problema de la siguiente manera.

¿Cuáles son los factores principales que inciden en el aumento de embarazos en las adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de UCSF-B LAS LOMAS de Abril a septiembre del 2015?

1.4.3 DELIMITACIÓN ESPACIAL TEMPORAL.

Delimitación Espacial.

La investigación sobre la determinación de los factores principales que llevan al aumento de la incidencia de embarazos en adolescentes, se realizara sobre la población que consulta en la UCSF-B Las Lomas, cuyos habitantes pertenecen al departamento de Santa Ana, municipio de Chalchuapa, Cantón el Coco.

Delimitación Temporal.

Para efectos de estudio la investigación sobre los factores principales que inciden en el aumento de embarazos en las adolescentes de 10 a 19 años de edad, se desarrollara en el periodo comprendido desde abril a septiembre del 2015

1.5 OBJETIVOS.

1.5.1 OBJETIVO GENERAL.

Conocer los factores principales que inciden en el aumento de embarazos en las adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de UCSF-B LAS LOMAS de abril a septiembre del 2015

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- I. Identificar los factores sociales y culturales de las embarazadas adolescentes.
- II. Conocer los aspectos psicológicos y conductuales en las embarazadas adolescentes.
- III. Determinar si la atención primaria en salud incurre en la prevención del embarazo en la adolescencia.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 LA ADOLESCENCIA.

“Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es definida como una etapa de transición entre la infancia y la adultez, que está comprendida entre los 10 y 19 años”.²

Según Papalia e Diana (1980) la adolescencia se define como “el período que transcurre entre la niñez y la edad adulta, época que va desde los 12 años hasta el comienzo de los 20 años”.³

Durante ese período van produciéndose aceleradamente en el ser humano cambios físicos y psíquicos muy marcados. Es de particular importancia la aparición y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el vello pubiano, las mamas en la mujer y los cambios en los órganos genitales en ambos.

Las modificaciones en el aparato genital están ocurriendo cada vez a edades menores, por lo que la posibilidad de que la mujer se embarace más tempranamente, ha aumentado. En la mayoría de los países latinoamericanos, la mitad de las niñas ya ha tenido su primera menstruación a los 13 años. No tenemos información tan precisa acerca de la primera eyaculación del varón, pero en términos generales los cambios de la pubertad en los varones ocurren más temprano que en tiempos pasados.

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros." (Escobar & Muñoz, 1995)⁴.

² Ministerio de Salud Pública, Op cit, Pág. 360-420

³ Papalia Diana E. Psicología del desarrollo. Pág. 27

⁴ Organización Panamericana de la Salud; Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe. Serie OPS/FNUAP No. 1

En el área cognitiva el adolescente debe ser capaz de "examinar los propios pensamientos, formular hipótesis, diferenciar lo posible de lo probable y planificar" (Pérez, 1992)³. En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. La autoestima en esta etapa es central, ya que el adolescente muestra una extraordinaria sensibilidad en relación con el concepto de sí mismo. (Castillo, López, Muñoz & Rivera, 1992). Otra de las tareas en esta área es la de "alcanzar la identidad sexual y búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores" (Castillo, López, Muñoz & Rivera, 1992).

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo entre la niñez y la vida adulta, comienza alrededor de 12-13 años con la pubertad, que es un largo y complejo proceso en el que se producen importantes cambios biológicos como el comienzo de la menstruación en las niñas, que se llama menarquía. La presencia de espermatozoides en los varones, que lleva a la eyaculación de semen con espermatozoides capaces de fecundar, esto ocurre en las primeras ocasiones, en forma involuntaria y durante la noche. La maduración de estos órganos reproductivos y el desarrollo de características sexuales secundarias producen el alcance de la maduración sexual.

El desarrollo de esta maduración atraviesa posibles etapas de la sexualidad de la adolescencia, que describen características muy generales de este proceso relacionados con aspectos psicológicos y sociales, estas etapas son:

2.1.2 ADOLESCENCIA TEMPRANA

Inicia en la pubertad entre los 10 y 13 años, se presentan los primeros cambios físicos, e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, el adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente

quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, desarrollando en él una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor importante, ya que puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen en la conducta, contribuyendo al aislamiento. Estos cambios se denominan “crisis de entrada en la adolescencia”; agregado a lo anterior se presentan cambios en su medio: escuela, maestros, compañeros, sistema educativo, responsabilidades. La familia (la presencia del padre, madre o tutor) se convierte en un factor importante en como el adolescente vive esta etapa ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones, se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana.

Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos

de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.)

2.1.3 ADOLESCENCIA MEDIA

Inicia entre los 14 y 16 años. En este periodo se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

Entre las características más destacables en esta etapa, se hace presente el impulso sexual, donde se van estableciendo de forma más claras las orientaciones sexuales y comienza la búsqueda de las primeras experimentaciones. Predomina en esta etapa según lo establece Azambuja Loch (2002 p.24), un fuerte egocentrismo en el joven; se permite el cuestionamiento de reglas impuestas, pero a su vez se expresa en esta etapa una necesidad de aceptación por parte de la sociedad y a su vez se expresan características que demuestran una necesidad de autonomía. Otra de las características que menciona el autor, es la aparición de actitudes de “galanteo”, restando algo de intensidad a la relación establecida con el grupo de pares, predominante en la etapa temprana de la adolescencia, para comenzar sus primeras experiencias de relaciones de pareja. En esta etapa, según Behrman y otros (2006, p.57), los adolescentes además de sus preocupaciones y primeras experimentaciones a nivel sexual, comienzan a demostrar un especial interés por otros aspectos, como es el amor de pareja, comienzan de este modo a formarse las primeras creencias con respecto al amor, aunque en las relaciones que surgen en esta etapa, prevalece la atracción física; la superficialidad, y

las experiencias sexuales, como ya se ha nombrado. De esta forma queda de lado aspectos correspondientes a la intimidad de pareja.

Por otra parte, el autor menciona, que si bien existen en esta etapa conocimientos sobre riesgos de embarazo y contagio de enfermedades de transmisión sexual, no existe un control consciente de los riesgos. Con respecto al concepto de sí mismo, se mencionaba con anterioridad, que ya no cobra demasiada influencia el grupo de pares, Behrman y otros (2006, p 57), coinciden en este aspecto y agregan que los adolescentes en dicha etapa, comienzan a frecuentar personas diferentes y a cambiar su estilo con una frecuencia notable, lo cual incluye, modos de vestir, vocabulario, intereses, etc. Comienzan también en forma marcada a surgir preguntas sobre uno mismo, referidas a quién soy realmente o por qué me encuentro aquí.

En cuanto a la relación con sus padres, al igual que en la etapa anterior, esta relación se torna tensa, lo cual puede ser motivo de la necesidad de separación de sus progenitores, propia de las primeras etapas de la adolescencia, donde sus energías se concentraran sobre todo en su grupo de pares o primeros noviazgos. García y González (2002, p.760), plantean como la mayoría de los autores, que la exploración de la sexualidad, resulta positiva para la constitución de la identidad sexual en el adolescente, pero a su vez, al igual que se plantea en citas anteriores, la preocupación en esta etapa son las conductas riesgosas que aplican en su exploración. Por otra parte agrega el autor, que se debe sumar el contexto social en el cual nos encontramos inmersos, ya que actualmente, los adolescentes se sienten presionados por los medios de comunicación, donde la sexualidad además de todas las características que se vienen mencionando hasta el momento, referidas a lo superficial, juegan un rol muy importante, el inicio en la actividad sexual, de este modo, resulta uno de los principales factores que tiene en cuenta el adolescente de esta etapa al momento de querer ser aceptado en la sociedad.

Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias

homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.

2.1.4 ADOLESCENCIA TARDÍA

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 17 y los 20 años de edad. Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual. Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño.

Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.

La temeridad un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto” declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen

haciendo al menos durante 15 años. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina.

No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.

2.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Es un componente fundamental de la salud de las mujeres y de los varones durante toda su existencia. Toda evolución biológica, maduración psicológica y desarrollo social de las personas está asociada íntimamente al grado de bienestar sexual y al grado de satisfacción sobre la capacidad reproductiva de uno mismo. Aun así, el momento más relevante para el reconocimiento de la sexualidad, para el aprendizaje del cuerpo y, con mucha frecuencia, para la toma de decisiones sobre las potencialidades reproductivas, es el tiempo de la adolescencia. La adolescencia es una etapa que está marcada por cambios biológicos, psicológicos y sociales, acompañados por notorios sentimientos de atracción sexual y profundas meditaciones sobre la capacidad de decidir.

Sin embargo, los y las adolescentes son también actores sociales que viven sus inclinaciones, sus aspiraciones y sus relaciones de acuerdo con las circunstancias en las que les ha tocado crecer y formarse, para un futuro generalmente incierto y complejo. En los países de América Latina y el Caribe, los y las adolescentes pertenecen a diversos grupos sociales en los que todavía subsisten fuertes restricciones al acceso universal a los servicios de atención primaria de salud y educación. Por otro lado, los frecuentes cambios en las estructuras familiares y la migración urbana son también causas comunes que inciden con fuerza en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Muchos(as) deben trabajar desde muy temprana edad con ingresos extremadamente bajos. Una porción muy grande de ellos(as) contrae responsabilidades maternas y paternas antes de haber logrado un mínimo de estabilidad laboral o haber alcanzado una profesión u oficio digno.

En este sentido, la situación de la salud reproductiva en las Américas muestra algunas mejorías. Las tasas de fertilidad adolescente están por encima del 50 por 1.000 en la mayoría de los países (véase en Anexo 1, Gráfico 1). Las tasas de fertilidad entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad han disminuido en la Región, lo cual se atribuye al incremento de los niveles de educación. Pero las tasas de fertilidad siguen siendo superiores al 100 por 1.000 en Centroamérica (excepto en Costa Rica), República Dominicana, Jamaica y Belice (Guzmán y cols., 2000).

El Cuadro 1, “Estadísticas importantes sobre la sexualidad de los jóvenes”, ofrece un panorama sobre la situación de los jóvenes de la Región en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva (véase en Anexo 2). Los jóvenes son sexualmente activos a una edad temprana, aunque en las mujeres adolescentes, la actividad sexual por lo general se da dentro del matrimonio (Singh y cols., 2000). Algunos países incluso muestran un incremento en la actividad sexual entre grupos de edad más joven, lo cual conlleva serias implicaciones para la salud (FNUAP, 1997).

Existen grandes lagunas de información y conocimiento entre los grupos de adolescentes, y el comportamiento se mantiene básicamente sin cambiar. Por ejemplo,

a pesar de los altos niveles de conocimiento, los porcentajes de uso de anticonceptivos todavía son bajos en muchos países, a veces debido a la falta de acceso, como en el caso de los condones. Esta situación ha llevado a que se produzcan consecuencias negativas en la salud reproductiva, como los embarazos adolescentes no planificados, las ITS, el VIH y el aborto, que contribuye de forma significativa a la mortalidad materna adolescente. También hay un mayor número de casos reportados de mujeres jóvenes víctimas de violencia doméstica y abuso, con casos de incesto, coerción y violación.

Las consecuencias negativas tienen causas comunes ya que existe una relación entre la salud reproductiva y la influencia socioeconómica de los determinantes de salud. Existen disparidades importantes entre los diversos subgrupos de adolescentes. Los más pobres, los marginados, los que tienen menos nivel educativo, parecen sufrir en mayor grado las consecuencias adversas de la salud reproductiva. Por ejemplo, la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) de 1998 en Bolivia indica que los niveles de educación o la residencia tienen escasa influencia en la edad a la que se inician sexualmente los adolescentes (Macro Internacional, 1998a). Sin embargo, existe una relación entre educación, nivel de ingresos y conocimiento sobre métodos anticonceptivos, y ésta es mayor incluso cuando se refiere al uso de un método (véase en Anexo 1, Gráfico 2). Esto también es evidente en otros países.

Este se define como aquella gestación que ocurre en los primeros años ginecológicos de la mujer (edad ginecológica 0 = edad de la menarquia) o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de la familia parental.⁵ Ha sido llamado el síndrome del fracaso, o la puerta de entrada al ciclo de la pobreza. El embarazo en cualquier etapa de la vida, es un hecho de gran trascendencia; de ahí que se considera que la procreación debe realizarse de manera consciente y madura, biológica y psicológicamente, garantizando al nuevo ser un medio adecuado para su desarrollo biopsicosocial.

⁵ (Romero, 2000)

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. La OPS señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo"⁶.

"Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. La ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado." (Molina et al., 1994, p.92).⁴

2.3 FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

Es multicausal, a continuación se presentan los factores que favorecen el embarazo precoz o se asocia con él:

2.3.1 FACTORES INDIVIDUALES

Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en su adolescencia.

2.3.2 BIOLÓGICOS

La edad de menarquía es un factor determinante de la capacidad reproductiva, la que está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios que alcanzan cerca del 50%, 2 años después de la primera menstruación. Con la pubertad se produce un notable aumento de la actividad hormonal lo cual trae la aparición de impulsos sexuales.

⁶ Organización Panamericana de la Salud; Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe. Serie OPS/FNUAP No. 1

Entre los fenómenos que constituyen la aceleración secular del crecimiento está el adelanto de la edad de menarquia. En el último siglo, la menarquia se ha adelantado entre 2 y 3 meses por década, descendiendo desde más o menos los 15 años de edad a alrededor de los 12 (últimos 150 años). Así, los adolescentes son fértiles a una edad menor, sumado al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

2.3.3 PSICO-CONDUCTUAL.

Los factores psicosociales que acompañan a la modernización y su influencia en los roles personales y familiares son también contribuyentes, al existir grandes contradicciones: por una parte las características biológicas permiten la reproducción más temprana, por otra, la sociedad retarda la edad en que se considera adulto con todos los derechos y deberes (hay sociedades en las que se ha intercalado una década entre la menarquia/espermarquia y la independencia económica y laboral). Este conjunto de elementos hace que aumente el período de exposición al riesgo de embarazo fuera del marco, socioculturalmente aceptado, del matrimonio estableciéndose, además, expectativas poco realistas sobre el comportamiento sexual de los adolescentes.

Los adolescentes de 15 a 16 años son más maduros cognitivamente, pero aún están en la intensa búsqueda de la identidad y lucha por pasar de la dependencia infantil a la independencia adulta, lo cual los compromete para apreciar realísticamente la consecuencia a largo plazo del acto sexual. Algunas eligen la maternidad como medio para consolidar una leve sensación de autonomía sin darse cuenta que esto las llevara irónicamente a encontrar menos libertad e independencia que antes.

Pueden tener la fantasía de alcanzar la madurez y adultez a través de las relaciones sexuales, e intentan separarse de la niñez y afirmar su identidad sexual y su autoestima a través de un embarazo.

El carácter de edad de transición de la adolescencia impregna toda la actividad psicosocial de él joven con un carácter de experimentación, se ensayan los roles adultos en diferentes áreas entre ellas el ejercicio de la sexualidad. Ayuda a enfrentar con éxito las tareas evolutivas pero puede ser el origen de un embarazo no deseado

2.3.4 CONDUCTA SEXUAL

Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos, aunque algunos estudios estiman que el 50% de los adolescentes menores de 17 años es sexualmente activo. En 8 países participantes de las encuestas de demografía y salud se encontró que entre 53 y 71% de las mujeres habían tenido relaciones antes de los 20 años. En Chile distintos estudios indican que el 40% de los adolescentes escolares han tenido relaciones sexuales (47% de los hombres, 32% de las mujeres), siendo más alto en el nivel socioeconómico bajo (63%), seguido del medio (49%), y menor en el alto (17%).

La observación clínica indica que la relación sexual precoz es extendida en comunidades campesinas, algunas zonas suburbanas y en las clases sociales bajas de las grandes ciudades. El aumento de la población juvenil sexualmente activa no se ha acompañado de un incremento proporcional de contracepción.

La edad media en que se contrae matrimonio es un indicador de las opciones al alcance de las mujeres: cuando pueden elegir, muchas mujeres retrasan el matrimonio para estudiar y/o buscar empleo. Esta orientación al cumplimiento de metas es un factor que favorece un inicio más tardío de la actividad sexual.

2.3.5 DISFUNCIÓN FAMILIAR

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres.

2.3.6 PSICOLÓGICOS Y CULTURALES

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas “eso no les va a pasar”. La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo. El “machismo” y la necesidad del varón de probarse, así como la existencia de carencias afectivas y necesidades no satisfechas son factores del comportamiento que también contribuyen al fenómeno.

2.3.7 ANTICONCEPCIÓN Y EMBARAZO ADOLESCENTE

La mitad de los embarazos de adolescentes ocurren durante los seis meses siguientes al inicio de la actividad sexual, y el 20% en el curso del primer mes. De estos adolescentes, no más de un 30% usó algún método anticonceptivo en ese período, aduciendo que estaban convencidos que “eso no iba a pasarles”, lo no planificado del momento del coito, ignorancia de los métodos de anticoncepción, temor a ser criticados si usaban un método anticonceptivo, o a que los padres supieran que tenían actividad sexual.

El uso de anticonceptivos en adolescentes es inferior que el de las mujeres de toda edad, aún en las casadas, con tasas de 9% en Guatemala, 30% en Colombia y hasta 50% en Brasil. Las cifras son más bajas en áreas rurales. Los métodos más utilizados son el coito interrumpido, y el método de calendario, (no siempre bien utilizados) seguido de la píldora.

La literatura señala que durante el año siguiente al parto, el 30% de las adolescentes quedan nuevamente embarazadas, y entre el 25 y 50% durante el segundo año. Como factores de riesgo para la recidiva se han identificado: primer embarazo antes de los 16 años, pareja mayor de 20 años, deserción escolar, estar en un nivel escolar menor al que le correspondería, haber requerido asistencia social en el primer embarazo, haber tenido complicaciones durante el primer embarazo, y haber salido del hospital sin conocer métodos de planificación familiar.

El embarazo en la adolescencia muy pocas veces es casual y menos aun conscientemente buscado. Obedece en general a una serie de causas, entre algunas: psicológicas, socioculturales y familiares. Psicológicas: durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. En la adolescencia, el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas eso no les va a pasar, pues eso solamente les ocurre a otras. La necesidad de probar su fecundidad, estando influenciadas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia. Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

1. Desean tener un hijo para reconstruir la ternura materna o para construir la que no han tenido.
2. Para conseguir un marido que las acompañe y las ayude a sobrevivir económicamente.
3. Para castigar a los padres por su incomprensión.
4. Para irse de un hogar disfuncional, huir de un ambiente difícil.
5. Agradar al novio.

2.3.8 FACTORES SOCIALES

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

Los medios de comunicación, a través de los mensajes comercializados y estereotipados, han contribuido a la reducción de las barreras culturales que, en el pasado, limitaban la actividad sexual. La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis.

Entre los factores socioculturales: el embarazo de la adolescente está relacionado con la condición de la mujer en las diferentes sociedades. Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

El machismo y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón "preñador", en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas.

El machismo influye el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria. Freíd Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

Determinantes sociales:

1. Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.
2. Permanecer más tiempo solas(os).
3. Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
4. Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
5. Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
6. Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).
7. Falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

2.3.9 EDUCACIÓN.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones.

La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica. Se describe como factor de riesgo la baja escolaridad, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor

cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

2.4 FACTORES FAMILIARES

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente. La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con baja autoestima que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran: Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz. Los problemas Psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima. Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo.

2.5 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).

La declaración de Alma Ata, definió que “la Atención Primaria en Salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y auto determinación”.

“Para que la Atención primaria en salud sea, lo más rápidamente posible, accesible a todos los miembros de la comunidad, es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con máximo esfuerzo a su propio desarrollo sanitario. Para que esto sea así la comunidad ha de participar plenamente en la planificación, la organización y la administración de la Atención Primaria en Salud”.⁷

La APS forma “parte al mismo tiempo del sistema nacional de salud y del conjunto del desarrollo económico y social, sin el cual estaría condenada al fracaso, se habrá de coordinar en el plano nacional, con los demás niveles del sistema de salud, así como con los demás sectores que contribuyan a la estrategia para el desarrollo total del país”⁸.

La APS debe estar dirigida hacia la resolución de las necesidades y problemas de salud concretos de una comunidad, que deben ser abordados con actividades coordinadas de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, potenciando la auto responsabilidad y la participación comunitaria.

⁷ OMS. Op. Cit. P. 3

⁸ Ibid

2.5.1 LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD SELECTIVA (APSS)

Las agencias internacionales especialmente el Banco Mundial (BM) y UNICEF, estimaron que la declaración de Alma Ata representaba una utopía, una ilusión inalcanzable y proclamaron su propia interpretación de los principios de Alma Ata, interpretación que los defensores de la versión original llamaron posteriormente: SPHC (Selective Primary Health Care)= APS selectiva.⁹

Este enfoque, también nombrado “Top-down”, está caracterizado por la definición de grupos de riesgo, la focalización y elaboración de programas específicos (enfoque de riesgo), y su ejecución está condicionada muchas veces a la aprobación de la población. El objetivo de este enfoque es poner en práctica algunos recursos tecnológicos, inicialmente priorizaba 4 intervenciones básicas (GOBI) dirigidas a reducir la mortalidad en menores de 5 años: Control del crecimiento (Growth), TRO (Oral rehydration therapy), Lactancia Materna (Breastfeeding) e Inmunización (Immunization) a las que posteriormente se unieron otras 3 a raíz de las críticas desencadenadas: Planificación Familiar (Family Planning), Suplementos alimenticios (Food supplements) y Educación Femenina (Female education) GOBI/FFF. Se trata por ejemplo a la morbilidad y mortalidad de los niños menores de 5 años como un hecho natural, con intervenciones muy focalizadas y separándolos del contexto político y económico.

⁹ Walsh J. A. and Warren K.S. Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. Soc. Sci. Med. 14C, 145,1980

Enfoques de la atención Primaria en Salud.

Enfoque	Definición o concepto de Atención Primaria de Salud	Énfasis
APS Selectiva	La APSS se orienta solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para enfrentar algunos de los desafíos de salud más prevalentes de los países en desarrollo. Uno de los principales programas que incluyó este tipo de servicios fue conocido por su sigla en Inglés GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) y posteriormente como GOBI-FFF cuando adicionó alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar.	Conjunto limitado de actividades de los servicios de salud para los pobres
Atención Primaria	La mayoría de las veces se refiere a la puerta de entrada al Sistema de Salud y al sitio para la atención continua de salud de la mayoría de la población. Esta es la concepción de APS más común en Europa y en otros países industrializados. Desde la definición más estrecha, este enfoque está directamente relacionado con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar.	Un nivel de atención de un Sistema de Salud
Alma Ata “APS amplia”	La declaración de Alma Ata define a la APS como una estrategia integral, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud incluyendo a los practicantes de saberes ancestrales y las medicinas tradicionales. Incluye los siguientes principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud, cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; organización comunitaria, tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles.	Una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para promover la salud.

<p>Enfoque de salud y derechos humanos</p>	<p>Concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma. Difiere por su mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma Ata que en sus principios. Defiende que si se quiere que el contenido social y político de Alma Ata logre mejoras en la equidad en salud éste debe orientarse más hacia el desarrollo de políticas “inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros” que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad.</p>	<p>Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales</p>
---	--	---

Fuente: OPS/OMS, documento borrador Renovación de la APS en las Américas, 2005.

2.5.2 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD INTEGRAL (APSI).

En los últimos años, las comunidades y gobiernos que la aplicaron y las agencias que la apoyaron han asumido progresivamente agregar a la APS el término “Integral”, para diferenciarla de la apoyada por el BM y UNICEF (APS Selectiva) y reafirmar los planteamientos originales sustentados en Alma Ata. De acuerdo a ello la comunidad por si misma define las prioridades, planifica y ejecuta una serie de acciones. Los técnicos asesoran y acompañan el proceso comunitario. El concepto de APSI (community development approach) enfrenta las consecuencias y las causas de las desigualdades en salud y en la asignación de recursos que determinarán el estado de salud de la comunidad.

2.5.3 PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Es una estrategia de salud pública, que permite enfrentar y tomar control sobre los determinantes de la salud. Según la carta de Ottawa, 1986, “la Promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus

aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”.¹⁰

El marco conceptual de esta estrategia comprende cinco líneas de acción: la construcción de políticas saludables; la creación de espacios y entornos saludables y protectores; el fortalecimiento de la participación comunitaria y el empoderamiento de la sociedad civil; el desarrollo de habilidades personales, capacidades y competencias; y la reorientación de los servicios de salud¹¹. Según estas líneas de acción la Promoción de la Salud es un aporte importante para el desarrollo de la APS-I

2.5.4 COMUNIDAD.

El término comunidad se utiliza desde hace siglos, sin embargo no está claramente definido. Para muchos sociólogos y antropólogos sociales, el término comunidad tiene una connotación positiva y la relacionan con la interpretación que significa comunidad para los miembros.¹² En la literatura de salud pública, se entiende generalmente como comunidad un grupo de personas que viven en un espacio geográfico y que tienen intereses comunes.

García, Merino y Silva definen comunidad para el glosario de la OMS como un “grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su

¹⁰ Carta de Ottawa. 1986. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emitió la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000."

¹¹ OPS. Evaluación de la promoción de la salud: Principios y perspectivas, Washington, 2007

¹² Marinis, Pablo de. CONICET, Universidad de Buenos Aires. La Comunidad según Max Weber: desde el tipo ideal de la Vergemeinschaftung hasta la comunidad de los combatientes. Volumen 2010/1 # 58 marzo 2010.

identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas”.¹³

2.5.5 PARTICIPACIÓN INDIVIDUAL Y SOCIAL, PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD.

La Declaración de Alma Ata hace énfasis en la importancia de una fuerte participación y autodeterminación de la comunidad; las principales razones para la participación son que la buena salud resulta de un proceso del que las propias personas necesitan formar parte. Tanto para los individuos, familias o comunidades como para las naciones, la participación directa en las decisiones que influyen en su bienestar es parte de lo que significa estar sano. Salud y autodeterminación están entrelazadas de manera inseparable. La otra razón es pragmática. Nunca podrá haber suficientes médicos, enfermero/as o incluso trabajadores de la salud formados profesionalmente para cubrir las necesidades sanitarias de todos. Por lo tanto, para que las mejoras en la salud sean sostenibles, la propia comunidad necesita implicarse en el mantenimiento de su salud. Y por último, la salud está determinada en gran parte por los niveles de equidad y justicia social. Para afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud, los trabajadores sanitarios y los ministerios de salud deben asumir su responsabilidad con el pueblo, estableciendo garantías sociales para asegurar que sean cubiertas las necesidades básicas de todas las personas.¹⁴

La participación social es el principal medio para involucrar a los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, la definición de las prioridades y en los procesos que faciliten la rendición de cuentas. Desde el ámbito individual la gente debe ser capaz de tomar decisiones en forma libre e informada con miras al mejoramiento de su salud y de su familia¹⁵. La participación social comprende varias actitudes como participación activa, pasiva, espontánea y

¹³ García, I; Merino, B y Silva. J. Glosario de la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra 1998.

¹⁴ Werner, David y Sanders David, Cuestionando la solución Las Políticas de APS y supervivencia infantil. Cap. 5. 2000.

¹⁵ OPS/OMS. Renovación de la APS en las américas, Borrador para discusión, 2005

también manipulada. Generalmente se le da un valor positivo como medio para la democratización.

En síntesis en el contexto de la investigación se define participación social como la constitución de un proceso social y democrático con una dinámica histórica de construcción y reconstrucción de la realidad, donde los participantes actúan como sujetos activos en la toma de decisiones sobre la asignación y uso de los recursos, en la definición de las prioridades, en el monitoreo, en la evaluación y en la garantía de rendición de cuentas.

2.5.6 EQUIDAD.

El derecho a la salud se basa en el principio de equidad. La equidad no solo es el acceso a los servicios y medicamentos sino el incremento de la justicia social y económica en el uso de los recursos de salud. APSI implica combatir las raíces de las desigualdades de poder y de distribución de recursos. De la equidad en la salud, se pueden deducir tres vertientes según Rovere¹⁶:

La equidad en la protección enfrentando y tomando control de los determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales de salud.

La equidad en la atención garantizando el acceso a servicios de salud de igual calidad y capacidad resolutoria a todos.

La equidad en el saber y poder en salud fortaleciendo la capacidad decisoria de la población a diferentes niveles.

La comisión de determinantes sociales de la OMS, en el documento final sobre determinantes sociales de la salud define tres principios de acción: Mejorar las condiciones de Vida, Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, Medir la Magnitud del Problema, analizarlo y evaluar los efectos de las

¹⁶ Rovere, M. Taller: Contextualizando y Revitalizando la Atención Primaria en Salud Ponencia: Es estratégica la estrategia de Atención Primaria. San Salvador 27-29 de septiembre del 2007.

intervenciones. Manifiesta que “la desigualdad de las condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos, son sistémicas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios, y del acceso a éstos”. Esta búsqueda de la equidad sanitaria debe manifestarse en el financiamiento, en las políticas, sistemas y programas; en el acceso y la utilización de los servicios de atención de salud con una atención universal de salud, y en el género¹⁷. Equidad entonces, se refiere a acceso a servicios, pero sobre todo a distribución de recursos, ingreso, ambientes saludables, oportunidades, poder, participación; en otras palabras la "exposición" a iguales oportunidades para ser saludables y construir la salud¹⁸.

2.5.7 INTERSECTORIALIDAD.

Ya desde Alma Ata se insistió en la necesidad de una coordinación intersectorial para generar una respuesta integral a las necesidades de salud de la población: “La APS compromete, además del sector salud todos los sectores y aspectos relacionados del desarrollo nacional y la comunidad, especialmente Agricultura, alimentación, educación, industria, vivienda, comunicaciones y otros sectores; la APS demanda además el esfuerzo coordinado de todos estos sectores”⁴⁷

Según la declaración de Alma Ata, la intersectorialidad es el enfoque por el cual los sistemas de salud logran trabajar con diferentes sectores (más allá del sector salud) y actores que les permiten impactar, de la mejor forma posible, los determinantes sociales de la salud; contribuir con actividades de desarrollo humano y lograr su potencial de equidad. La capacidad de respuesta de la APS frente al abordaje intersectorial

¹⁷ OMS. Comisión de determinantes sociales de la salud. Informe final: Subsanan las desigualdades en una Generación: Alcanzar la Equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Septiembre de 2008.

¹⁸ Espinoza, E.A., Elías M.A. y Villalta V.: (2000): “El SILOS de la Zona Norte de San Salvador 1992-1997: Una experiencia innovadora en salud” Tesis para optar al grado de Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, Junio 2000. UE/INCO-DC. Proyecto de Investigación RESCATE

dependerá del nivel de desarrollo del país y de los recursos disponibles en la APS y en otros sectores¹⁹.

El abordaje intersectorial es una consecuencia lógica del convencimiento de que la salud y la enfermedad son la resultante de la incidencia de múltiples factores, muchos de ellos ubicados fuera del sector salud y con un impacto incluso mucho mayor que los considerados en el reducido modelo biomédico como el ámbito de acción de los profesionales y trabajadores de la salud. De acuerdo con esto, los trabajadores de la salud debemos entender que no nos compete, ni es posible, ni ético, asumir la responsabilidad de monopolizar el trabajo en salud. Igualmente en este mismo sentido es que resulta imprescindible para la construcción de la salud el involucramiento de muchas otras disciplinas y actores²⁰.

En el nivel local la intersectorialidad se conjuga con la participación comunitaria. También, ambos se conjugan en niveles más complejos. Por ejemplo en El Salvador en el nivel Municipal los Consejos Intersectoriales Municipales, en los Departamentos los (Consejos de Gestión Departamental) y en el nivel nacional la Comisión Intersectorial de Salud (CISALUD técnica y política). Esto estimula a que las formas organizativas de la comunidad en el nivel local deben evolucionar rápidamente a formas más complejas de organización, que a su vez generan nuevas formas igualmente complejas de participación y de abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud en esos niveles. Es debilitarlas comunidades y sus aspiraciones de equidad pretender que la organización en los niveles locales no se articule con otros niveles locales para generar organizaciones departamentales y que estos a su vez no se organicen con otros departamentales para generar formas nacionales de presión y lucha por el control de los Determinantes Sociales de Salud.

¹⁹ OPS/OMS. Renovación de la APS en las américas, Borrador para discusión, 2005

²⁰ Barten F. And Espinoza E. Rescue of Local Experiences in El Salvador and Nicaragua for the Health Sector Reform Process. 1998.

2.5.8 APS Y ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES (ONGS).

Durante los años 90 predominaba el enfoque de APS selectiva. Muchas Organizaciones No-Gubernamentales (ONG) en El Salvador, surgieron después del conflicto armado ejecutando programas específicos como materno-infantiles (PROSAMI), agua y saneamiento, VIH/SIDA. Generalmente con fondos de AID o UNICEF pero también con apoyo financiero de la cooperación internacional. Existen ONG que continúan apoyando el desarrollo local de las comunidades, fortaleciendo las capacidades para la toma de decisiones y el empoderamiento de las mismas.

2.6 EL EMBARAZO EN EL SALVADOR.

La adolescencia es una etapa del ciclo de la vida que inicia con un proceso biológico, la pubertad y que finaliza con un proceso psicosocial, su independencia económica y familiar. Es una fase decisiva de evolución hacia una mayor autonomía social. En este periodo la persona afirma su identidad al mismo tiempo que desarrolla su madurez sexual, se plantean metas y proyectos de vida.

Se habla de “adolescencias” porque en el ámbito urbano el proceso de desarrollo psicosocial es diferente al del área rural. La LEPINA define que adolescente es la persona desde los doce años cumplidos hasta los dieciocho años de edad, y se considerara población joven de acuerdo a la Ley de Juventud a la población de quince a veintinueve años. De acuerdo a lo anterior, la adolescencia es un período de cambios rápidos y notables en el que el individuo experimenta procesos de:

- a) Maduración física: crecimiento corporal general que incluye la capacidad de reproducción.
- b) Maduración cognoscitiva: una nueva capacidad para pensar de manera lógica conceptual y futurista.
- c) Desarrollo psico-social: una mejor comprensión de uno mismo en relación a otros.

El alcance de la maduración cognoscitiva y del desarrollo psicosocial conllevan a la autonomía. En este período él y la adolescente comienzan a tomar decisiones, a plantear su futuro y a desarrollar su propia personalidad. Analiza sus gustos, intereses y valores, hasta tener opiniones propias y un lugar en su entorno social.

El desarrollo humano integral de acuerdo al plan de acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo 1994, el “desarrollo humano es un derecho universal inalienable, que es parte integrante de los derechos humanos fundamentales, y el ser humano es el sujeto central de este proceso. El ejercicio de este derecho debe satisfacer equitativamente las necesidades ambientales y demográficas de las generaciones presentes y futuras.”

El desarrollo humano integral en la adolescencia, es un proceso continuo, a través del cual, los individuos buscan oportunidades para satisfacer sus necesidades y desarrollar competencias, habilidades y redes sociales de apoyo. El desarrollo saludable de adolescentes depende en gran medida de una infancia saludable, de contar con ambientes seguros, información y oportunidades para obtener una amplia gama de habilidades prácticas y vocacionales y tener acceso con equidad a la vivienda, alimentación, educación, servicios de salud, empleo, justicia, bienestar y un macro ambiente que los proteja. Este es producto de la aplicación de Políticas Públicas, legislación, valores de la sociedad, modelos de roles positivos y normas de conducta vigentes en la sociedad, con apoyo de los medios de comunicación y otros organismos afines.

2.7 LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Es un conjunto de acciones coordinadas de promoción y atención de la salud dirigida a adolescentes y al medio en que viven y se desarrollan, permitiéndoles una participación protagónica. Estas deben ser realizadas tomando en cuenta la vulnerabilidad y riesgos según área de residencia; haciéndose necesaria la coordinación interinstitucional, con diferentes actores de la sociedad y a través de un equipo interdisciplinario (médicos,

enfermeras, odontólogos, psicólogos, maestros/as nutricionistas y otros). La atención integral a adolescentes debe contribuir a la solución de sus necesidades biológicas, psicosociales y ambientales, tomando en cuenta la edad, ambiente familiar, educación, condición socioeconómica, desarrollo y la cultura. La atención integral debe incluir: enfoque de género y derechos, haciendo énfasis en el fomento de proyectos y estilos de vida saludables.

2.8 DATOS DEMOGRÁFICOS.

Según el Ministerio de Economía a través de la Dirección de Estadística y Censos (DIGESTYC), en su publicación "VI Censo de Población y V de Vivienda 2007", realizado en el año 2007, el informe reporta una extensión territorial de 21,040.79 Km², distribuidos en 14 departamentos y 262 municipios, con una población de 5, 744,113 habitantes y una densidad poblacional promedio de 273 habitantes/km².

La población de adolescentes de 10 a 19 años corresponde a 1, 306,912 (22.7%) que se distribuye de la siguiente manera: 51.4% del total de adolescentes pertenecen al sexo masculino y el resto al sexo femenino (48.6%), y según el área geográfica más de la mitad de la población de adolescentes reside en la zona urbana (58.2%) y el resto en la zona rural (41.8%).

El informe final de la Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2008, evidencia que la edad promedio del inicio de las relaciones sexuales es de 16.3 años para mujeres y 15 años para hombres.

Además se muestra que del total de mujeres de 15 a 24 años de edad, la mitad de ellas ya experimento al menos una relación sexual (51%). (Encuesta nacional de salud familiar FESAL 2008, literal 7.3, página 140).

Los resultados de FESAL-2008 muestran que en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, alrededor del 18 por ciento tiene al menos un(a) hijo(a) actualmente vivo(a), cifra que

asciende a alrededor del 56 por ciento en el grupo de 20 a 24 años de edad. Los datos indican que en promedio las mujeres adolescentes o jóvenes quedan embarazadas de hombres de mayor edad que ellas, siendo la edad promedio de 17.3 años para ellas y 22.5 años para ellos.

El 37% de mujeres cuya primera relación ocurrió cuando tenían menos de 15 años declaró que la pareja era de 3 a 5 años mayor que ella y para el 45% la pareja era 6 o más años mayor. Esta información confirma que las adolescentes que tienen su primera relación sexual a edad más temprana, están más propensas a tener parejas sexuales mayores que ellas.

Una de cada 2 mujeres de 15 a 24 años tiene experiencia sexual. El promedio de edad para iniciar la vida sexual es de 16.3 años y es más frecuente la primera relación clasificada como pre marital que la marital: 26.4 por ciento en el grupo de 15 a 19 años y 54.5 por ciento en el grupo de 20 a 24 años de edad. La proporción cuya primera relación sexual fue pre marital asciende rápidamente del 11.3 por ciento entre las mujeres de 15 años de edad actual a un 43 por ciento entre las de 19 años y sigue ascendiendo hasta alcanzar un 62 por ciento en el grupo con 24 años de edad.

El sistema de morbilidad en línea del Ministerio de Salud, para el año 2009, existen 155,146 usuarias activas de métodos temporales de P.F. el 22.4% de ellas son adolescentes. Esta proporción se ha mantenido en los últimos 5 años. La tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos en adolescentes (TPA: usuarias de métodos anticonceptivos 10 a 19 años/MEF de 10 a 19 años) asciende del 2% en los departamentos de Sonsonate, San Miguel y la Unión hasta el 22% en el departamento de La Paz.

Según la base de datos del Sistema de información Perinatal SIP, para el año 2009, 2 de 3 mujeres no planificaron su embarazo, con un diferencial de 74.5% de embarazos no planeados entre las mujeres de 10 a 14 años, 64.3% entre mujeres de 15 a 19 años y 58.5% entre mujeres mayores de 20 años.

Según datos de la Unidad de Monitoreo y evaluación del MSPAS en el año 2009, de las 74,777 inscripciones prenatales, el 33.6% se brindaron en mujeres adolescentes.

La atención de partos en el año 2009, fue de 76,672 partos institucionales, de los cuales 31% fueron atendidos en mujeres adolescentes y entre este grupo el 5% en menores de 15 años.

Según la FESAL 2008, prácticamente ocho de cada 10 mujeres de 15 a 24 años con experiencia sexual tuvieron al menos un embarazo, pero contrario a la primera relación sexual, es mayor el porcentaje de embarazos que se clasifica como marital que el clasificado como pre marital (22.1 contra 17 por ciento). El porcentaje con experiencia de embarazo (marital o pre marital) asciende rápidamente del 8.4 por ciento entre las que tienen 15 años de edad a un 43 por ciento entre quienes tienen 19, hasta llegar al 73 por ciento en el grupo de 24 años de edad actual.

Al considerar la edad al momento de la primera relación sexual, la proporción que usó anticonceptivos asciende del 20% entre quienes la tuvieron antes de los 15 años al 26% de las de 15 a 17 años. Llegando al 37% entre quienes tenían de 18 a 24 años de edad en ese momento.

Un 29 por ciento de los primeros embarazos ocurrió cuando la mujer pensaba que no podía salir embarazada, proporción que resulta ser el doble en el embarazo que se clasifica como pre marital, comparado con el que se clasifica como marital (41.2 contra 20.2 por ciento) y desciende del 39 por ciento entre las que tenían menos de 15 años cuando quedó embarazada al 24.2 por ciento entre las que tenían de 20 a 24 años.

Las razones más frecuentes para pensar que no saldrían embarazadas fueron: "No tenía relaciones frecuentes" y por "falta de información" (18 por ciento cada una), "era la primera vez" (16.4 por ciento) y "creía que no estaba en su período fértil" (13.1 por ciento). Por otra parte, el 42.5 por ciento no planeó su primer embarazo, proporción que

varía del 23.3 por ciento entre los clasificados como maritales al 67.4 por ciento para los pre-maritales. Probablemente estas cifras serían menores si la educación en salud sexual y reproductiva fuera generalizada en el Sistema Educativo de El Salvador, pero de los centros educativos, sólo un 70 por ciento de las mujeres de 15 a 24 años reporta que recibió información sobre el embarazo y un 64 por ciento sobre los métodos anticonceptivos.

2.9 HIPOTESIS.

- Si los factores sociales y culturales inciden en las adolescentes, entonces se incrementarían los embarazos en este grupo de edad.
- Si los factores psicológicos y conductuales inciden en las adolescentes, entonces se incrementarían los embarazos en este grupo de edad.
- Si las adolescentes recibieran los beneficios de la atención primaria en salud, entonces se disminuirían los embarazos en este grupo de edad.

2.10 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Independiente	Definición	Dimensión	Indicador
Factores socio-culturales	Son todos aquellos factores internos y externos que rodean la vida de las adolescentes, los cuales tienen la capacidad de influir directa e indirectamente en el embarazo precoz, tomando en cuenta sus conocimientos, actitudes y percepciones individuales fundamentadas por la familia, escuela, sociedad y religión.	Profesión u oficio	Empleada
			Desempleada
		Escolaridad	Ninguno
			Primaria
			Secundaria
			Bachillerato
			Universitaria
		Edad	Adolescencia temprana
			Adolescencia media
			Adolescencia tardía
		Integración familiar	Familia integrada
			Familia Desintegrada
		Económico	Madre
			Padre
			Pareja
			Ninguno
		Religión	Católica
Evangélica			
Otros.			
Cultura	Creencias		
	Costumbres		
	Idiosincrasia		
Biológico	Menarquia precoz		
	Menarquia tardía		

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Independiente	Definición	Dimensión	Indicador
Factores psico-conductuales	Son todos aquellos factores que engloban la interrelación entre los aspectos físicos, cognoscitivos y emocionales del desarrollo, las conductas aprendidas que se adquieren a través de la experiencia, el modelado y el refuerzo.	Inicio de relaciones sexuales	Adolescencia temprana
			Adolescencia media
			Adolescencia tardía
		Autoestima	Baja
			Alta
		Promiscuidad	Abstinencia
			Múltiples parejas
			Pareja única
		Afectividad y figuras paternas	Carencia
			Presencia
		Adolescencia	Madurez responsable
			Madurez irresponsable
		Proyecto de vida	Con metas
			confuso
		Abuso sexual	Con antecedentes
Sin antecedentes			

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Independiente	Definición	Dimensión	Indicador
Factores atención primaria en salud	Es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.	Salud sexual y reproductiva	Conocimiento en la prevención del embarazo
			Conocimiento de métodos de planificación familiar.
			Conoce uso correcto de métodos de PF
		Promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos	Implementación de los programas de promoción
			Comunicación clara de la información
			Quien brindo la educación
			Creación de proyectos de vida.
		Accesibilidad a los servicios por los adolescentes.	Económico
			Geográfico
			Privado
			Publico
		Métodos de anticoncepción	Utilizados
			No utilizado
		Atención preconcepcional	Inscripción
			Control
Atención integral al adolescente	Inscripción		
	Control		

CAPITULO III

3.1 DISEÑO METODOLOGICO

3.1.1 TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio tipo descriptivo de corte transversal, analítico y argumentativo con enfoque cuantitativo y cualitativo en el que existe una asociación significativa entre los fenómenos estudiados, y que permitirá realizar un análisis de los diferentes factores que influyen en la incidencia de embarazo en adolescentes.

3.1.2 GRUPO POBLACIONAL.

Constituido por 347 mujeres en etapa adolescente, pertenecientes al área geográfica de responsabilidad de UCSF-B Las Lomas en el periodo de Abril a Septiembre de 2015.

3.1.3 UNIDAD DE OBSERVACIÓN.

Se realizó un censo (100% de las embarazadas adolescentes) durante el periodo correspondiente a la investigación. Se implementaron criterios de selección, inclusión y exclusión para el estudio. Al momento solo se encontraban inscritas 20 adolescentes en etapa gestante, con primer embarazo o embarazo previo, que son atendidas durante la inscripción y control prenatal de UCSF-B Las Lomas en el periodo de abril a septiembre de 2015.

3.1.4 ÁREA DE ESTUDIO.

Zona rural del departamento de Santa Ana, municipio de Chalchuapa, cantón El Coco, todos los caseríos pertenecientes al área geográfica de responsabilidad de UCSF-B Las Lomas en el periodo de abril a septiembre de 2015.

3.1.5 GRUPO SELECCIONADO

Como estrategia de selección se realizó un muestreo no probabilístico del grupo de participantes en el estudio, que cumplan con los siguientes criterios:

- Criterios de selección
- Criterios de Inclusión
- Criterios de exclusión

3.1.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Población en estudio: Adolescentes de 10 a 19 años embarazadas.

3.1.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adolescentes embarazadas pertenecientes al área geográfica de responsabilidad UCSF-B Las Lomas en el periodo de abril a septiembre de 2015.
- Adolescentes embarazadas que se inscribieron de enero a septiembre de 2015, en el programa de atención materna en UCSF-B Las Lomas
- Adolescentes que se embarazaron en el periodo de estudio (abril a septiembre de 2015).
- Adolescentes embarazadas que aceptaron participar en el estudio.

3.1.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adolescentes embarazadas que se inscribieron en el programa materno de UCSF-B Las Lomas, pero que no pertenecen al área geográfica de responsabilidad.
- Adolescentes embarazadas que no se encuentren dentro del periodo de estudio.
- Adolescentes embarazadas que no deseen participar en el estudio.
- Adolescentes embarazadas mentalmente discapacitadas.
- Adolescentes embarazadas que hayan cumplido 20 años.

3.2 FUENTE DE INFORMACIÓN.

La fuente de información será de dos tipos:

Fuente de información primaria:

- Determinada por las adolescentes embarazadas.
- Equipo de salud de UCSF-B Las Lomas

Fuentes de información secundaria:

- Revisión del libro de registro de embarazadas inscritas en el programa de atención materna.
- Revisión de expedientes de las adolescentes embarazadas.

Se diseñó un cuestionario estructurado como guía de entrevista dirigida en visitas domiciliarias, en consultas ambulatorias de inscripción y control en el embarazo, círculo de embarazadas. Además de una guía de revisión de expedientes de embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión en el periodo de abril a septiembre de 2015. Así como un cuestionario y entrevista dirigida a todo el equipo de salud que brinda los servicios.

3.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se realizó un cuestionario estructurado como guía de entrevista dirigido a las embarazadas adolescentes con preguntas cerradas y abiertas. Así mismo un cuestionario estructurado como guía de entrevista dirigida a todo el personal de salud responsable de brindar la atención en UCSF-B Las Lomas. Además se elaboró un Check List para la revisión de expedientes, todos estos instrumentos debidamente categorizados con relación a las variables de estudio.

- Factores sociales y culturales.
- Aspectos psicológicos y conductuales
- Factores de la atención primaria de salud

3.4 PROCEDIMIENTO.

Para la presente investigación, se realizó una reunión con la dirección del establecimiento explicando el desarrollo del proceso de la investigación, para su respectiva autorización, haciendo referencia a que este servirá para mejorar las acciones en salud y reorientar las estrategias para la disminución de los embarazos en adolescentes.

Luego de la autorización por parte de la dirección del establecimiento, se elaboró guías para la entrevista y la revisión de documentos, siendo estos, el libro de atención materna y expedientes clínicos de las adolescentes en la Unidad de Salud.

Partiendo de la información tomada del libro de atención materna y de los expedientes clínicos de la Unidad de Salud Las Lomas, se elaboró una base de datos que contenga información como: fecha de inscripción en el programa materno, edad y dirección de las adolescentes embarazadas inscritas en el período comprendido de abril a septiembre de 2015, datos que se utilizaron para la aplicación de criterios de inclusión y exclusión.

También se aprovechó a captar a las participantes en el estudio, durante reunión mensual del grupo adolescentes embarazadas que sostienen en el establecimiento, para identificación de la mayoría de ellas, se les solicitara el consentimiento para participar en el estudio y al obtener su aceptación, serán citadas para realizarles la entrevista.

Otro grupo de adolescentes se captó cuando asisten a sus controles prenatales, y de igual forma se les solicito el consentimiento para la participación en el estudio y al obtener su aceptación, el mismo día se realizó la entrevista; y a las adolescentes que no se captaron en el establecimiento, fueron visitadas en sus respectivos domicilios.

3.5 CONTROL DE INFORMACIÓN.

- Se utilizó un adecuado instrumento.
- Validación del instrumento por profesionales en salud.
- Instrumento correlacionado con objetivos específicos.
- Selección adecuada de las personas entrevistadas, supervisión de encuestadores, control de la información y distractores de efecto, capacitar a médicos y enfermeras sobre el llenado de instrumentos.

3.6 VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

La validez del instrumento se realizó mediante la definición conceptual y operacional de las variables resultando que los ítems responden a los objetivos establecidos en la investigación; para ello a cada variable se le determinaron las dimensiones y a éstas sus indicadores, hasta llegar a la formulación de los ítems para medir los mismos. Posteriormente se validó el instrumento por un grupo de expertos constituidos por profesionales conocedores del tema.

Previamente se realizó entrevistas piloto con el objetivo de validar el cuestionario, 5 entrevistas con guía de cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, ejecutadas al azar a 5 adolescentes embarazadas pertenecientes al área geografía de responsabilidad de UCSF-B Las Lomas, pero que no forman parte del grupo en estudio (adolescentes embarazadas inscritas fuera del periodo en estudio), esto nos permitió realizar correcciones adecuadas para la utilización de estos instrumentos.

3.7 CONDICIONES ÉTICAS.

Se tomó en cuenta principios éticos como el respeto a la autonomía y la capacidad de las adolescentes de su autodeterminación, durante la entrevista, también se les informo al respecto a su dignidad y confidencialidad logrando con esta investigación los máximos

beneficios y reducir al mínimo el daño a su integridad moral, manteniendo el bienestar de las adolescentes a que participaron en la investigación. Además se les otorgo un consentimiento informado sobre los beneficios de la investigación, socializando a posteriori los resultados del estudio.

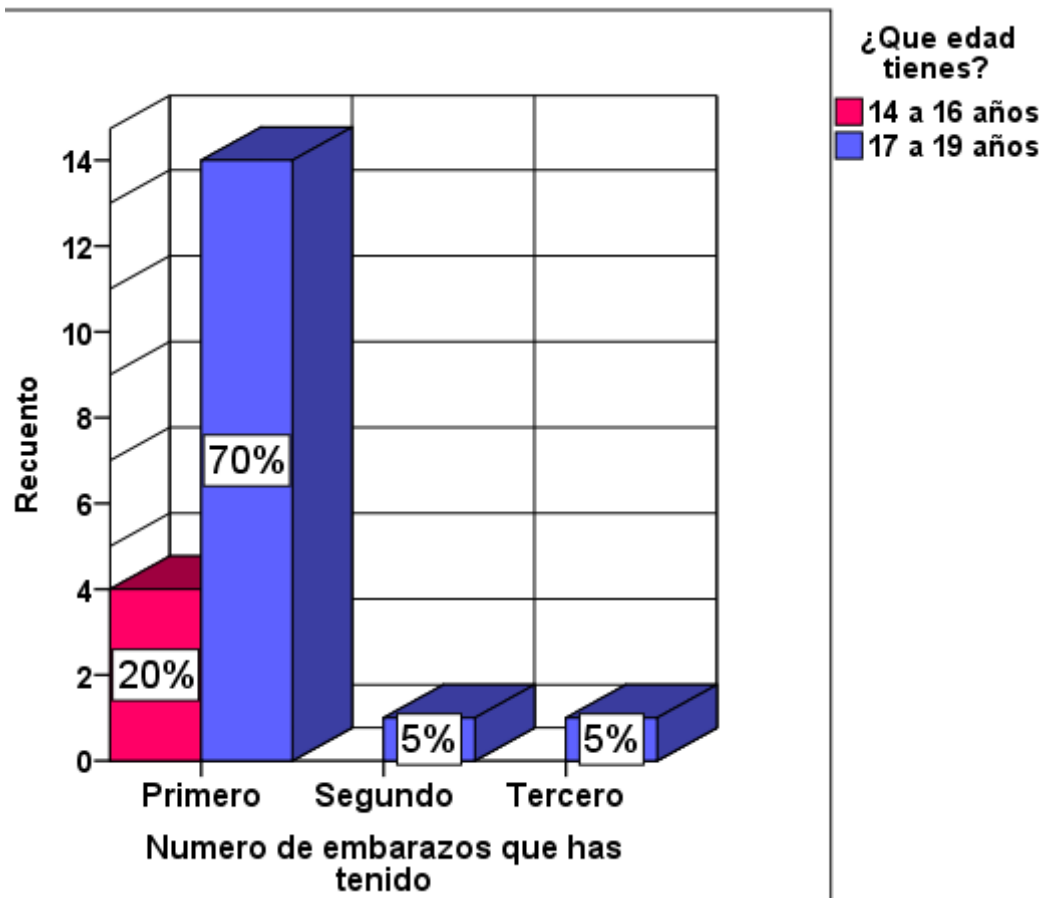
CAPITULO IV

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

Los principales resultados encontrados en el análisis del estudio correlacional transversal descriptivo, fueron los siguientes.

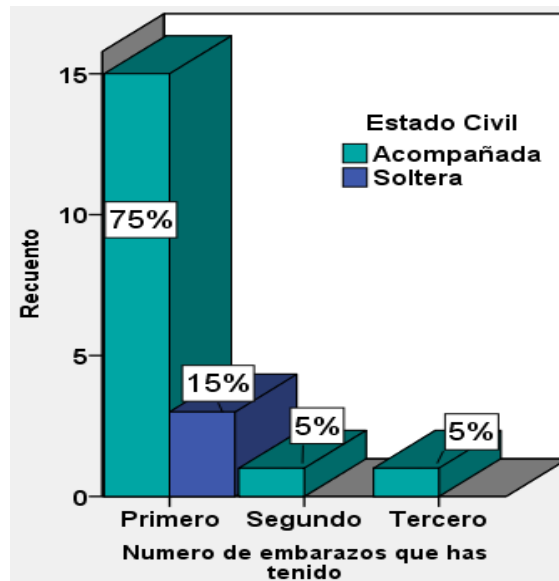
4.1.1 FACTORES SOCIO-CULTURALES

Gráfico 1. 1 Edad del paciente



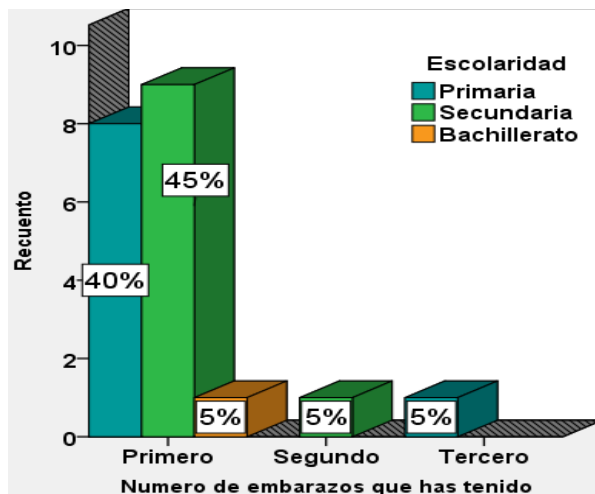
En cuanto a edad: El 80.0% de las entrevistadas, tiene una edad entre 17 a 19 años, y solo el 20.0% tiene entre 14 a 16 años. Analizando la gráfica podemos observar una tendencia que a mayor edad hay un mayor número de embarazos en las adolescentes.

Gráfico 1. 2 Estado Civil



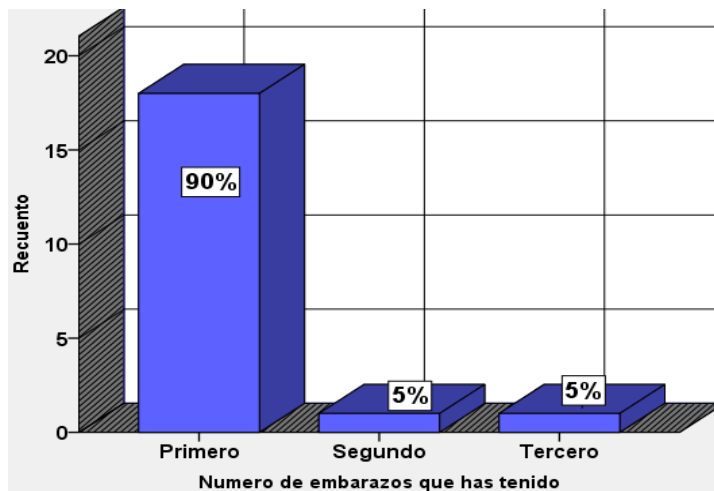
Con respecto al Estado civil del grupo de adolescentes embarazadas, el 85.0% están acompañadas, mientras que un 15.0% se encuentran solteras. Observando el grafico podemos analizar que si su estado civil estando acompañadas no cambia, se presenta una mayor tendencia a la alza de embarazos en las adolescentes.

Gráfico 1. 3 Escolaridad



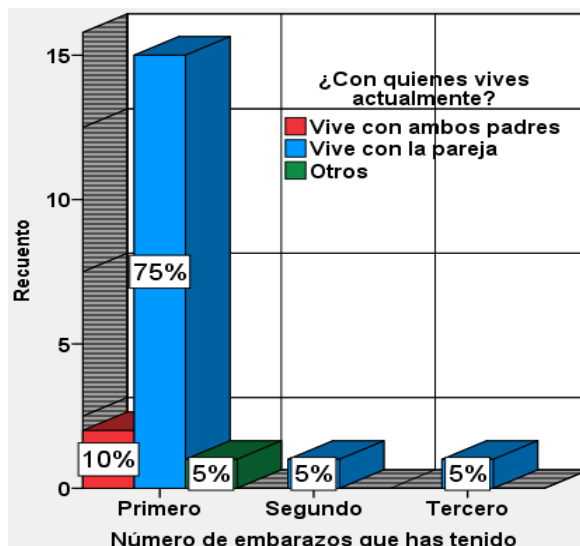
En relación a escolaridad: el 45.0% de las entrevistadas tienen una educación primaria, el 50.0% tiene una educación secundaria y solo el 5.0% obtuvo bachillerato. Analizando el grafico podemos concluir que si la educación de las adolescentes es baja, hay una mayor tendencia de embarazos en este grupo etario.

Gráfico 1. 4 A qué te dedicas actualmente



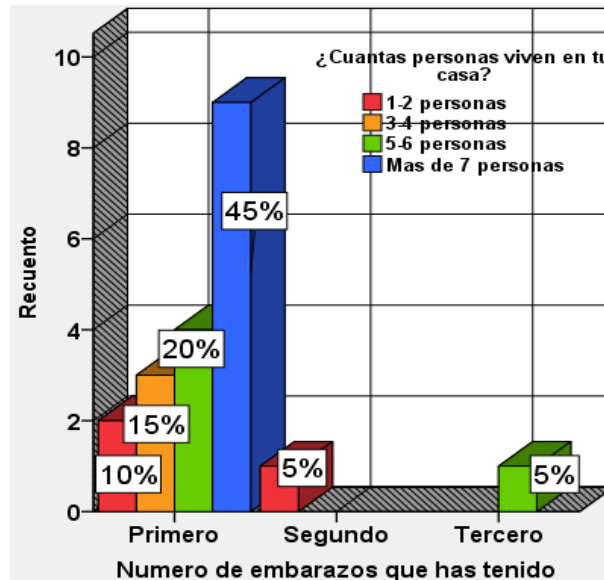
En relación al trabajo encontramos que el 100% de las adolescentes embarazadas actualmente se encuentran desempleadas y realizan el 100% solo oficios domésticos. Por lo tanto podemos concluir observando el gráfico que al no desempeñar un oficio o profesión y continuar desempleadas, hay mayor tendencia de presentar un embarazo en este grupo etario.

Gráfico 1. 5 Con quien vives actualmente



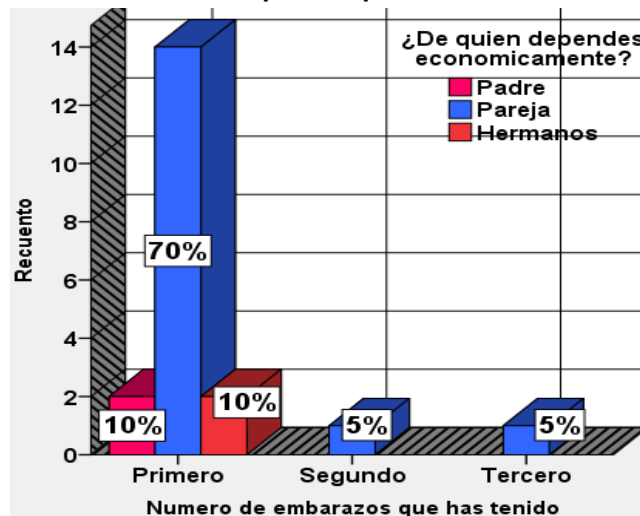
El 85% de las adolescentes embarazadas vive con su pareja, un 10% vive con sus padres y un 5% vive con otros, en este pequeño porcentaje con el hermano. De lo cual podemos dilucidar en el gráfico que si en la medida que cohabitan con su pareja, esto representa para ellas una mayor tendencia de presentar más embarazos.

Gráfico 1. 6 Cuantas personas viven en casa



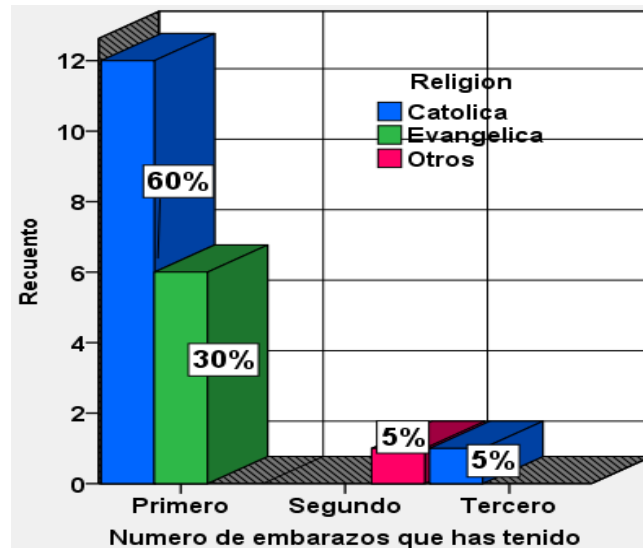
En relación a las personas que viven en casa el 45% de las entrevistadas viven con más de 7 personas en su hogar, un 25% viven con 5 a 6 personas, un 15% con 3 a 4 personas y un 15% también viven con 1 a 2 personas en casa. Del grafico podemos concluir que a medida que hay más hacinamiento en sus hogares, mayor es tendencia de presentar embarazos en este grupo etario.

Gráfico 1. 7 De quien dependes económicamente



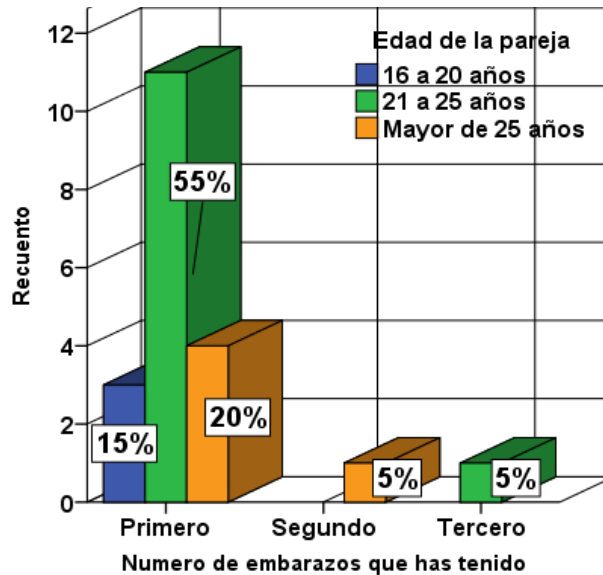
En relación al factor económico de las adolescentes el 16% dependen económicamente de su pareja, un 2% dependen de los padres y un 2% también dependen de los hermanos. Analizando el grafico concluimos que al depender económicamente de la pareja, por no tener un empleo que las sustente, se dedican más a la procreación de sus hijos, obteniendo como resultado una mayor tendencia de embarazo.

Gráfico 1. 8 Religión



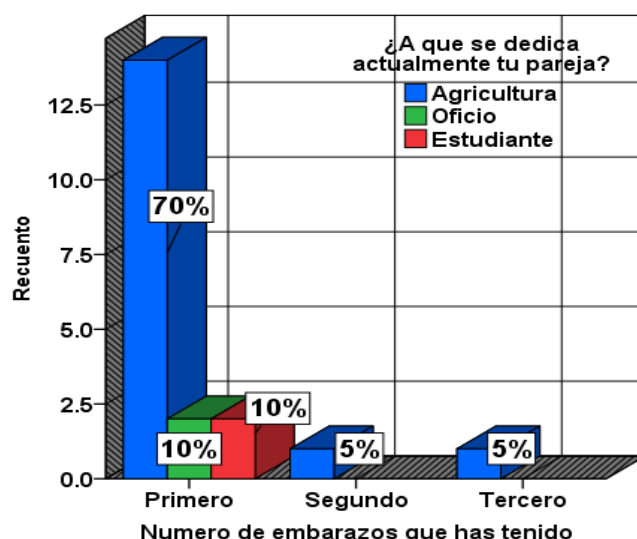
Las entrevistadas manifestaron que el 65.0% son católicas, el 30.0% son evangélicas y el 5.0% no posee ninguna religión. Concluimos de la interpretación del gráfico que la religión no es un factor que proceda a aumentar la tendencia de los embarazos en las adolescentes.

Gráfico 1. 9 Edad de la pareja.



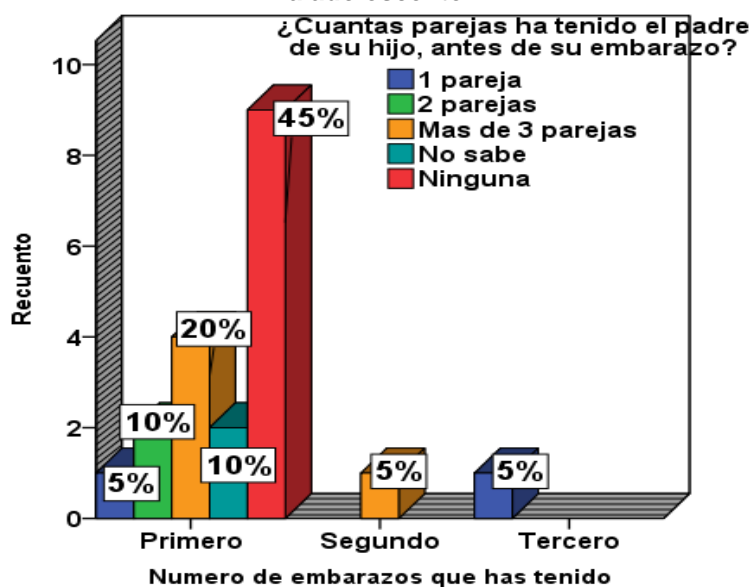
En relación a la edad de la pareja de las adolescentes, el 60% se encuentra en un rango de 21 a 25 años, el 25% de las parejas es mayor de 25 años y un 15% se encuentra entre las edades de 16 a 20 años. Analizando la gráfica concluimos que entre mayor es la edad de la pareja, es mayor el tendencia que se conlleva a embarazos en este grupo etario.

Gráfico 1. 10 A qué se dedica actualmente tu pareja



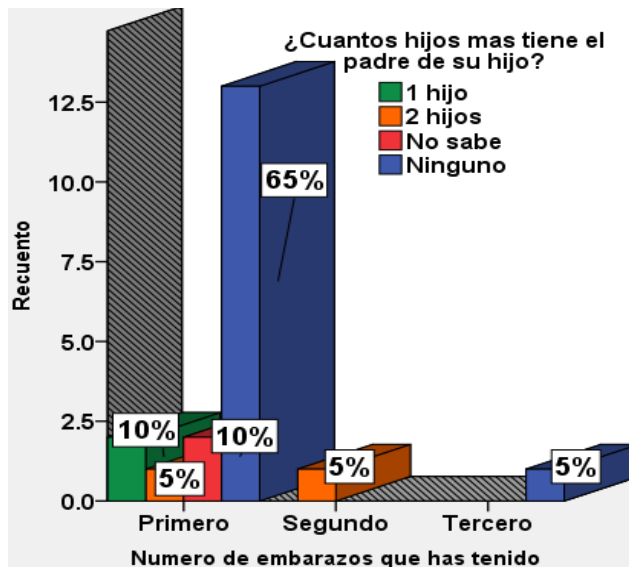
El 80% de las parejas de la adolescente se dedica a la agricultura, un 10% tiene como oficio ser motorista y un 10% es aun estudiante. Concluimos al analizar la gráfica que entre menos categoría de un empleo formal tenga la pareja, mayor es la tendencia de embarazos en las adolescentes.

Gráfico 1. 11 Cuantas parejas ha tenido el padre de su hijo, antes del embarazo de la adolescente



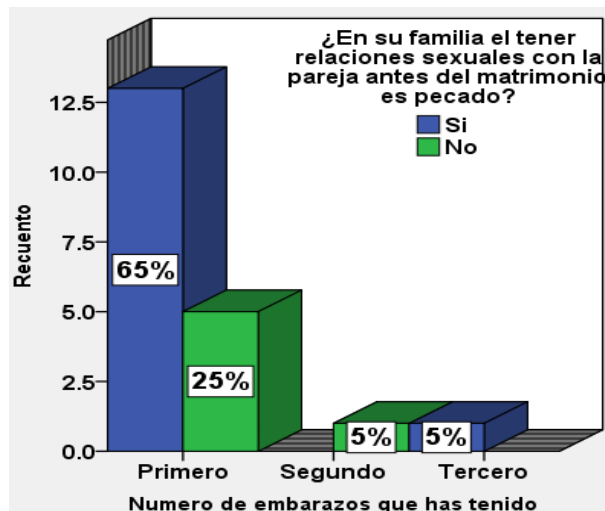
El 45% de las parejas de las embarazadas adolescentes no ha tenido previamente ninguna pareja, un 25% ha tenido más de 3 parejas, y el 10% ha tenido 1 sola pareja, un 10% ha tenido solo 2 parejas y el 10% no sabe exactamente si ha tenido alguna pareja. De la gráfica concluimos que no hay tendencia alguna que se relacione el número de parejas con el aumento en el número de embarazos en las adolescentes.

Gráfico 1. 12 Cuantos hijos más tiene tu pareja



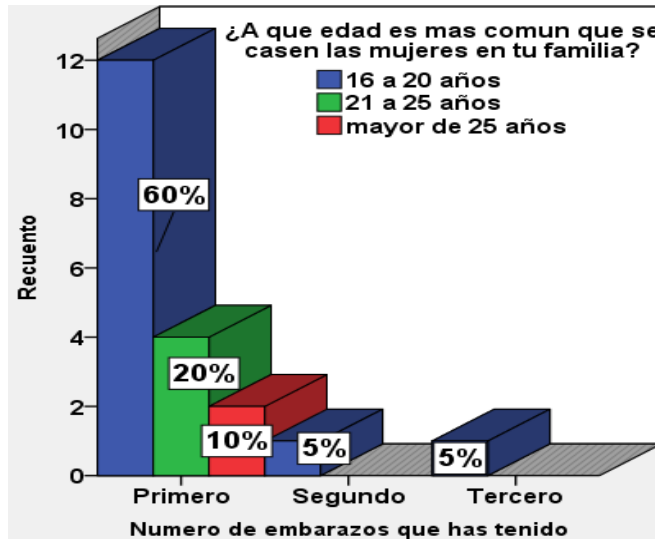
El 70% de las entrevistadas refiere que su pareja no ha tenido ningún descendiente antes de su relación con ellas, el 10% tiene 1 hijo, el 10% tiene 2 hijos previos a esta relación y un 10% no sabe si ha tenido su pareja un hijo antes de esta relación. Analizando el grafico podemos concluir que entre menos hijos tenga su pareja, mayor es la tendencia de que presente más embarazos la adolescente.

Gráfico 1. 13 Idiosincrasia en las relaciones sexuales.



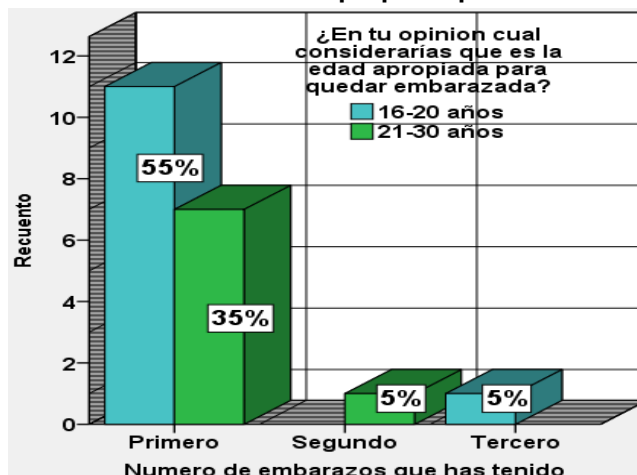
El 70% de las entrevistadas refiere que en su idiosincrasia el mantener relaciones sexuales antes del matrimonio es pecado, un 30% refiere que no lo es, de las cuales refieren que no profesan ninguna religión y nadie les ha instruido nunca que sea un practica mala el mantener relaciones sexuales antes de casarse. Analizando el grafico concluimos que no hay tendencia alguna de la idiosincrasia con respecto al aumento de las adolescentes embarazadas.

Gráfico 1. 14 A qué edad es más común que se casen las mujeres en tu familia



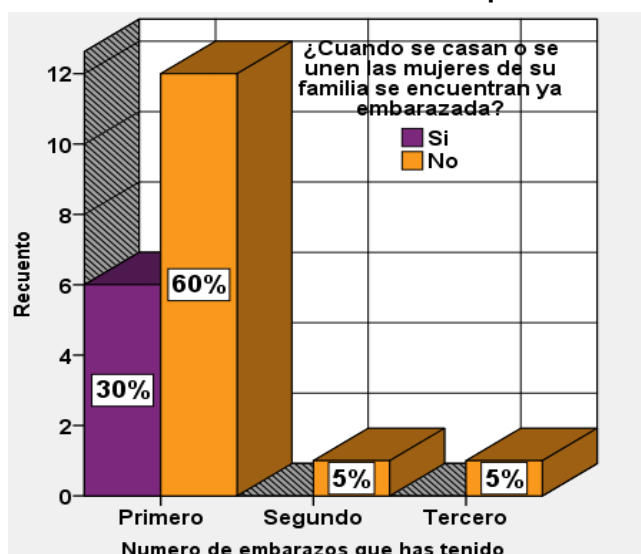
El 70% de las entrevistadas refiere que las mujeres en su familia se casan entre los 16 a 20 años, un 20% refiere que se casan entre los 21 a 25 años y el 10% refiere que se casan mayor a los 25 años. Concluimos del análisis de la gráfica que las entrevistadas tienen una idiosincrasia de su familia que el matrimonio debe ser durante la adolescencia. Por lo que podemos observar en la gráfica que a menor edad de la mujer, hay una mayor tendencia de embarazarse.

Gráfico 1. 15 Edad apropiada para el embarazo



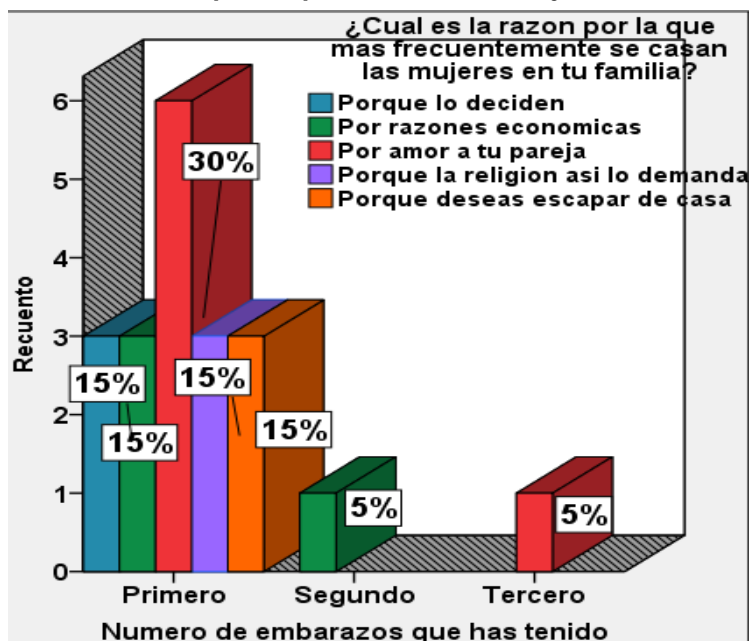
El 60% de las entrevistadas refiere que la edad apropiada para el embarazo es entre las edades de los 16 a los 20 años y un 40% refiere que debe ser entre los 21 a 30 años de edad. Concluyendo en el análisis de la gráfica que su perspectiva al momento de embarazarse debe ser a corta edad. Obteniendo como resultado que si persiste la mentalidad de embarazarse a menor edad hay mayor probabilidad de embarazos en la adolescente.

Gráfico 1. 16 Embarazos antes de acompañarse



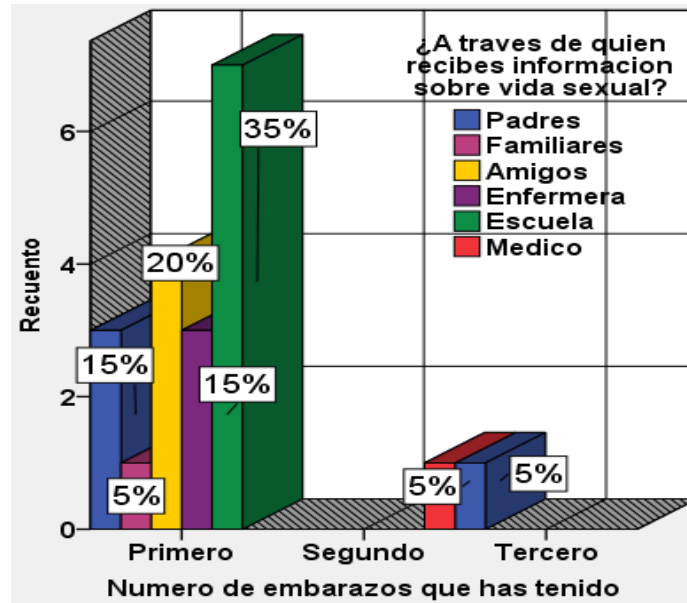
El 70% de las entrevistadas refiere no embarazarse antes de acompañarse con su pareja y el 30% refiere que se embaraza antes de acompañarse con su pareja. Concluimos del análisis de la gráfica que a mayor seguridad de su relación sentimental con la pareja, hay mayor tendencia de presentar embarazos adolescentes.

Gráfico 1. 17 Razón por la que se casan las mujeres



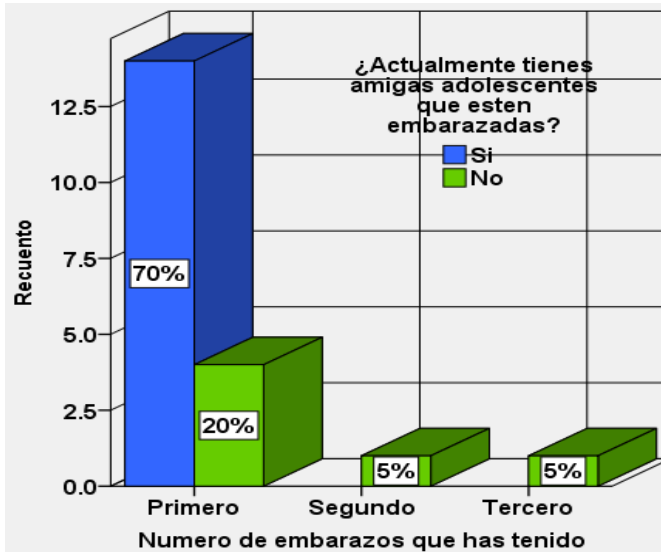
El 35% de las entrevistadas refiere que se casa por amor a su pareja, el 20% por razones económicas, el 15% por escapar de su hogar, el 15% por que la religión se lo demanda y un 15% porque así lo deciden. Concluimos al analizar el grafico que tanto el amor a la pareja, como las razones económicas conllevan más al aumento de que las adolescentes se embaracen.

Gráfico 1. 18 Información sobre vida sexual



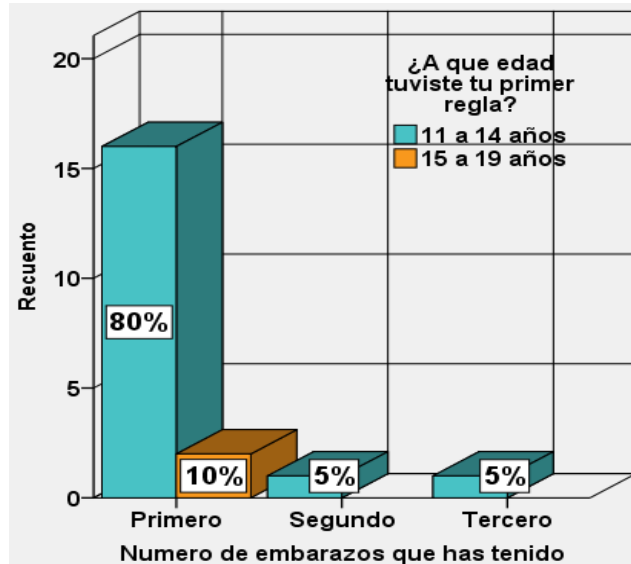
El 35% de las entrevistadas refiere que ha recibido información sobre vida sexual en una institución educativa, el 20% de los padres, un 20% también de los amigos, un 15% de enfermería, un 5% de médico y un 5% de los familiares. Analizando la gráfica observamos que cuando mayor es la información de personas no capacitadas en este tema, mayor es la tendencia de los embarazos en las adolescentes.

Gráfico 1. 19 Amigas adolescentes embarazadas



El 70% de las entrevistadas refieren que tiene amigas adolescentes que están embarazadas al igual que ellas, un 30% refiere que no tienen amigas adolescentes en etapa gestante. Concluimos del análisis del grafico que existe una competencia al momento de embarazarse entre las adolescentes, ya que tienen una mentalidad de rivalidad por aquellas que ya se encuentran embarazadas

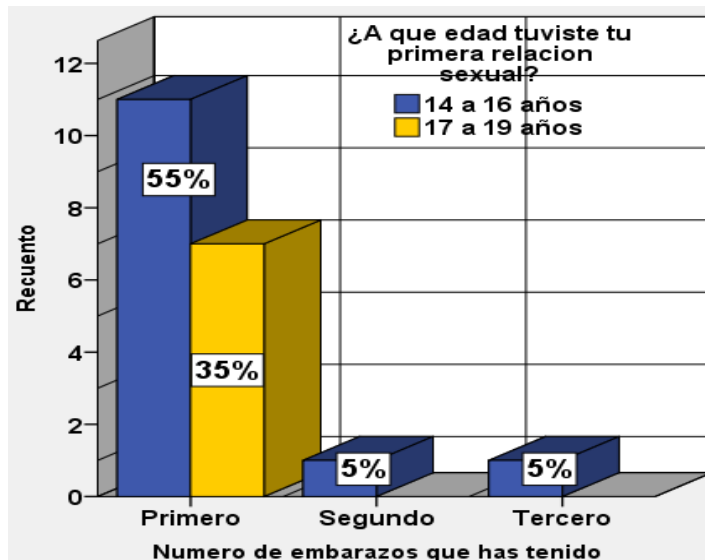
Gráfico 1. 20 Menarquia



El 90% de las entrevistadas tuvieron su primera regla entre las edades de 11 a 14 años, y un 10% entre las edades de 15 a 19 años. Al analizar el gráfico podemos concluir que a menor edad de presentación de su primera regla, mayor es la tendencia de presentar un embarazo en la adolescencia.

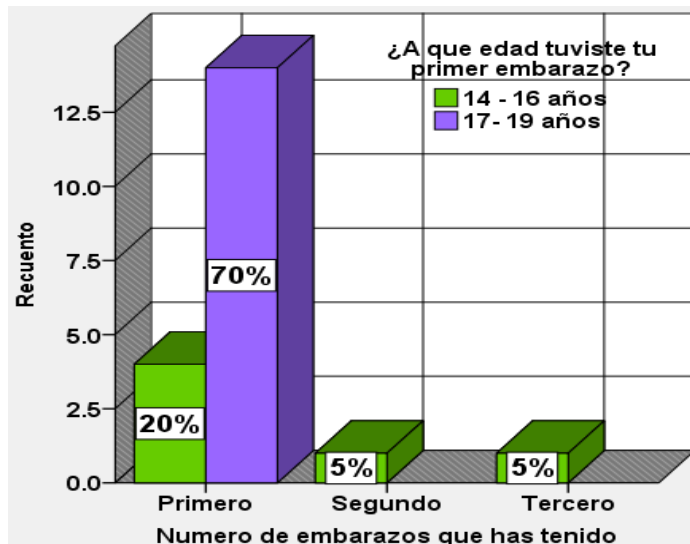
4.1.2 FACTORES PSICO-CONDUCTUALES

Gráfico 2. 1 Edad de primera relación sexual



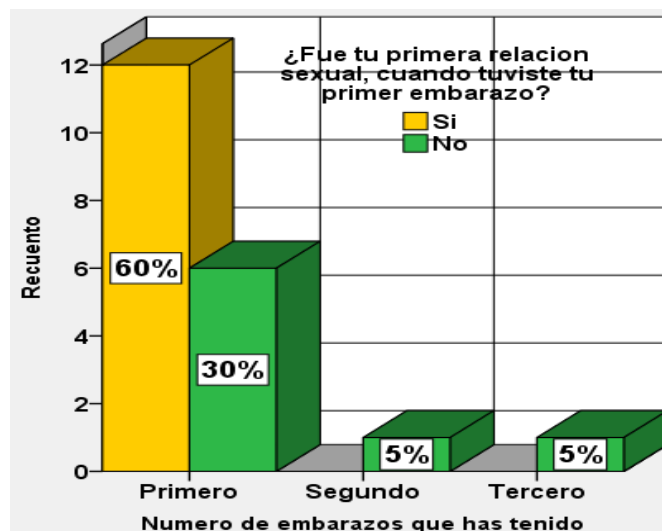
El 65% de las entrevistadas tuvieron su primera relación sexual entre los 14 a 16 años y el 35% restante entre los 17 a 19 años de edad. Concluimos al observar el gráfico que a menor edad del inicio de las relaciones sexuales, mayor alza de embarazos en las adolescentes.

Gráfico 2. 2 Edad de primer embarazo



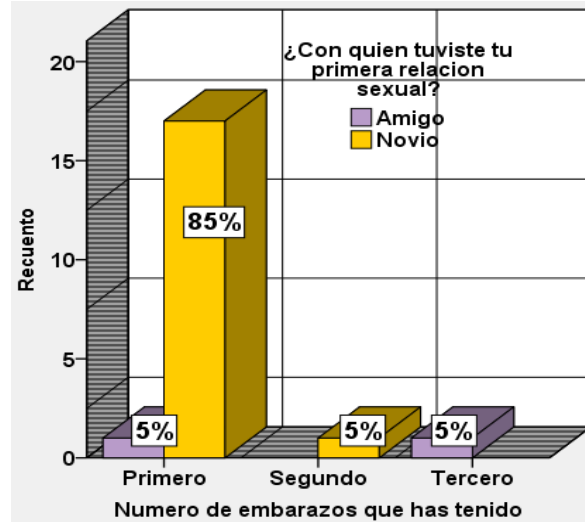
El 70% de las entrevistadas tuvo su primer embarazo entre las edades de 17 a 19 años de edad y el 30% restante dentro de las edades de 14 a 16 años. Podemos concluir del estudio de la gráfica que si hay un embarazo previo a menor edad, sigue una tendencia la adolescente de volverse a embarazar de nuevo.

Gráfico 2. 3 Primera relación sexual en el primer embarazo



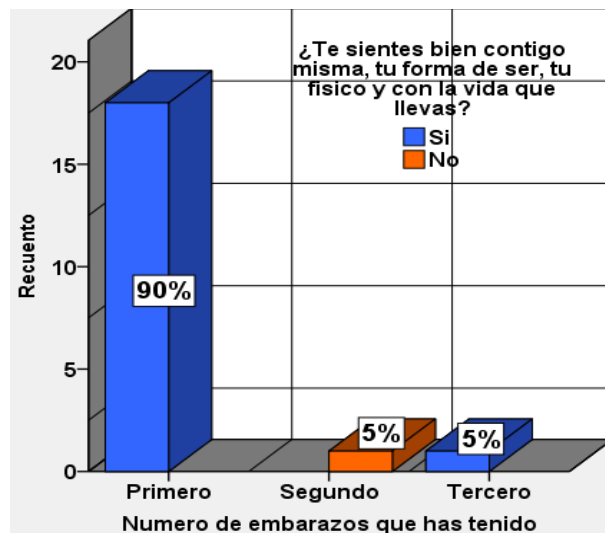
El 60% de las entrevistadas refiere que su primer embarazo fue durante su primera relación sexual, el 40% restante refiere que no tuvo su primer embarazo, durante su primera relación sexual. Analizando los resultados del grafico concluimos que al iniciar por primea vez una relación sexual hay un mayor número de embarazos en las adolescentes. Como observamos también que se incrementan el número de embarazos en este grupo etario, si estas persisten en la frecuencia con que tienen más relaciones sexuales.

Gráfico 2. 4 Con quien fue la primera relación sexual



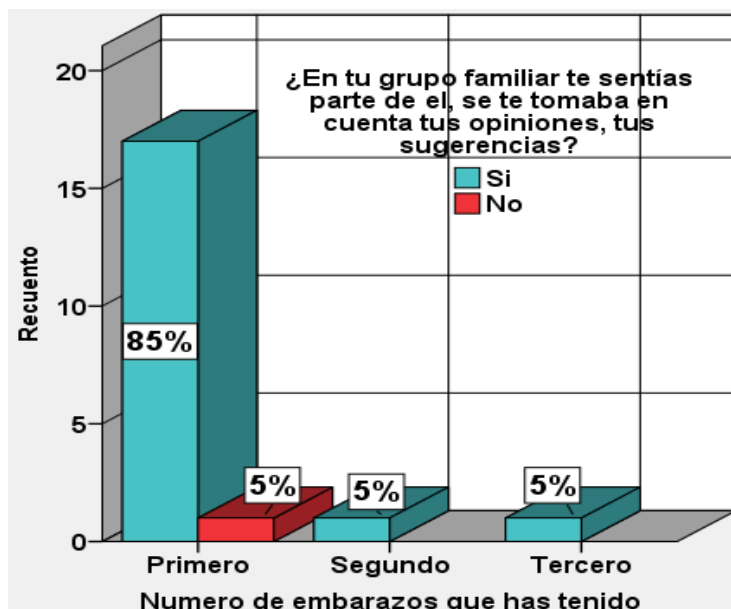
El 90% de las entrevistadas refiere que su primera relación sexual fue con su novio y el 10% restante refiere que fue con un amigo. Analizando la gráfica concluimos que la primera relación sexual fue con la pareja sentimental y no a causa de un abuso sexual, como el mantener una relación sentimental prematuramente como lo es un noviazgo, llevara al aumento de un embarazo en la adolescente, por las prácticas tempranas que estos realizan de las relaciones sexuales.

Gráfico 2. 5 Autoestima



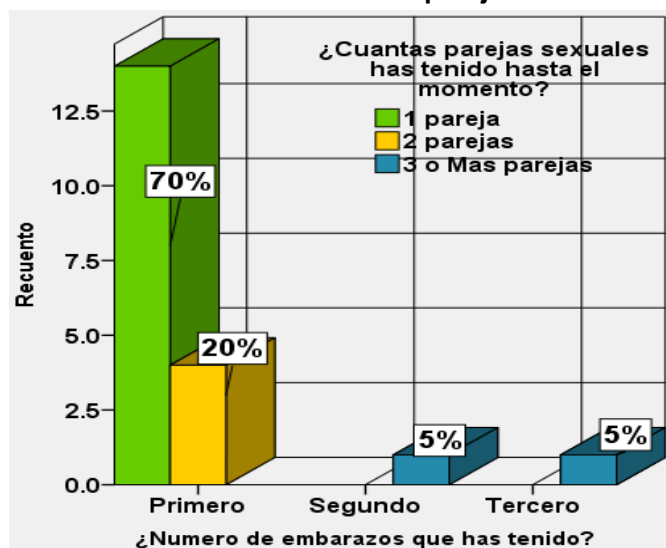
El 95% de las entrevistadas refiere que está conforme con su imagen y físico, como con la vida que lleva actualmente, el 5% restante refiere que no se siente conforme consigo, con su físico ni con la vida que lleva. Analizando el grafico notamos que a mayor autoestima, mayor es la probabilidad que se produzca un embarazo en la adolescente.

Gráfico 2. 6 Integración familiar



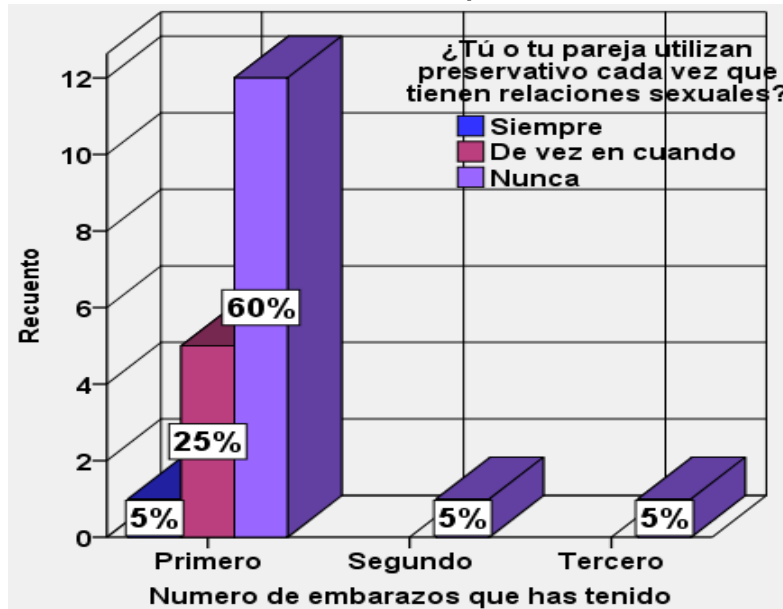
El 95% de las entrevistadas refiere sentirse parte importante de su grupo familiar, donde se le toman en cuenta sus opiniones, el 5% restante refiere que no se siente parte importante de su grupo familiar. Analizando el grafico observamos que hay una mayor prevalencia de los embarazos en aquellas adolescentes que se les toman en cuenta sus sugerencias y opiniones, quizás por la falta de disciplina de los padres, el descuido de la adolescente y la total y plena libertad que se les brindaba en el hogar.

Gráfico 2. 7 Número de parejas sexuales



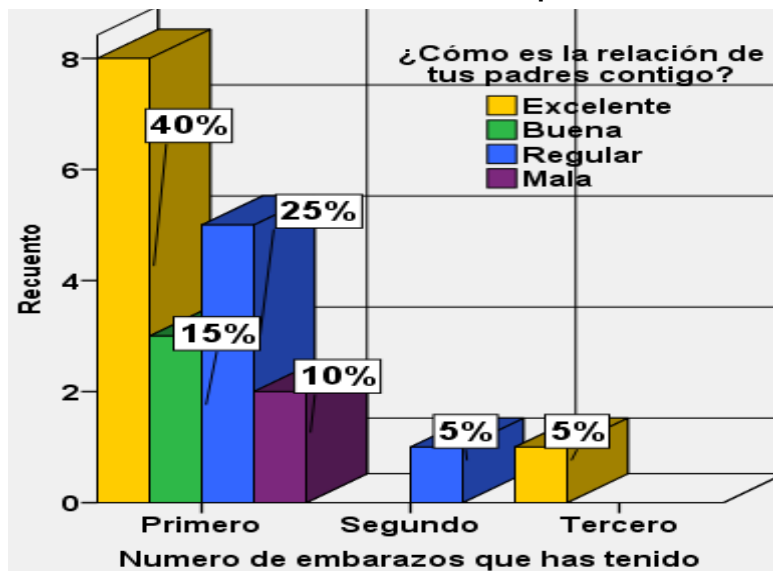
El 70% de las entrevistadas refiere haber tenido una sola pareja sexual, un 20% refiere haber tenido 2 parejas sexuales, y el 10% restante ha tenido 3 o más parejas sexuales hasta al momento. Concluimos analizando el grafico que a mayor cantidad de parejas sexuales mayor es el riesgo de que se presente un embarazo en la adolescencia.

Gráfico 2. 8 Uso de preservativo



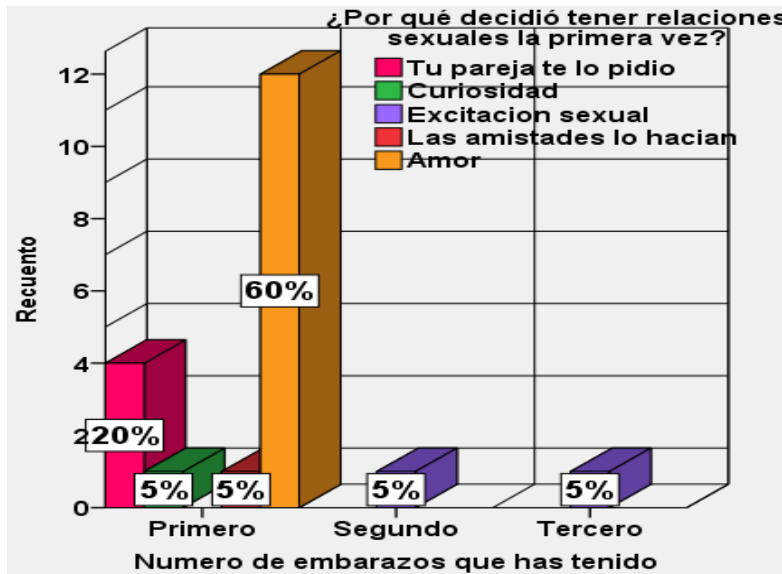
El 70% de las entrevistadas refiere que nunca ha utilizado el preservativo duran las relaciones sexuales, un 25% refiere que lo ha utilizado de manera ocasional, y el 5% restante refiere que lo utiliza siempre. Analizando el grafico observamos que a menor uso del preservativo, mayor es la probabilidad de presentar un embarazo en la adolescencia

Gráfico 2. 9 Relación de los padres



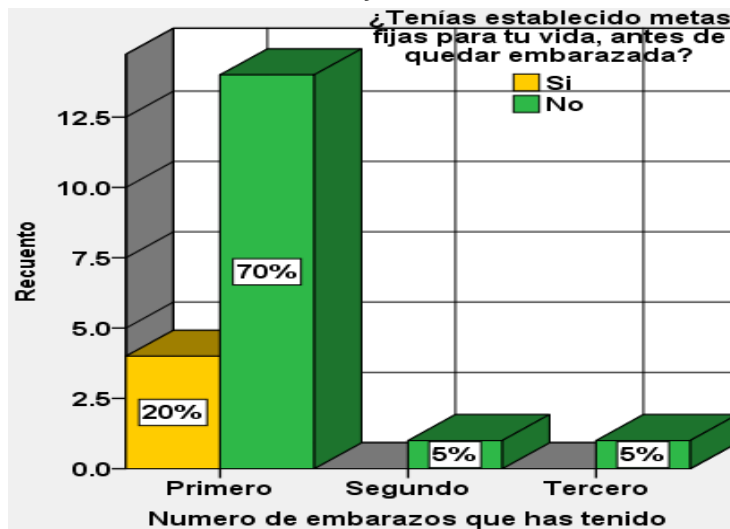
El 45% de las entrevistadas refiere una excelente relación con los padres, un 30% menciona que su relación con los padres es regular, un 15% refiere que su relación es buena y el 10% restante refiere que su relación con padres es mala. Concluimos al analizar el grafico que no guarda relación el vínculo de las adolescentes con los padres, para incidir en el aumento de los embarazos en los adolescentes.

Gráfico 2. 10 Decisión de las relaciones sexuales por primera vez



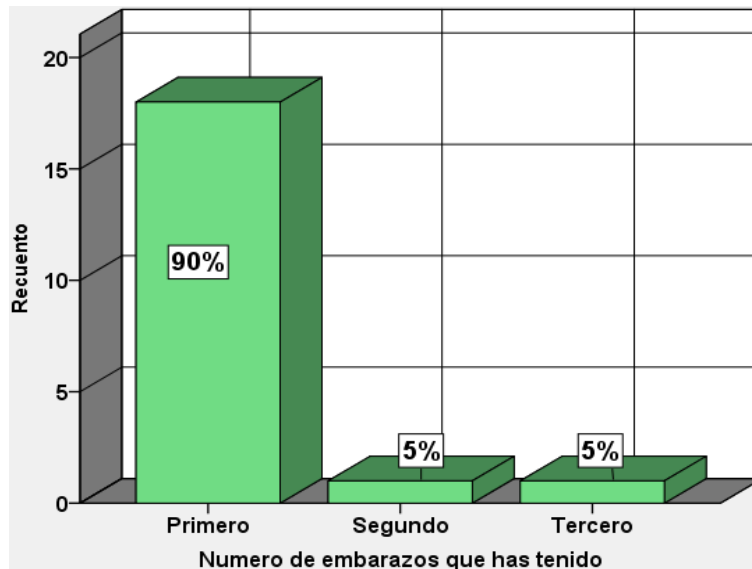
El 60% de las entrevistadas refiere que inicio relaciones sexuales por amor a la pareja, un 20% refiere que inicio por que la pareja se lo pidió, un 10% refiere que inicio sus relaciones sexuales por placer, un 15% refiere porque las amistades lo hacían también y un 5% refiere que fue por curiosidad. Concluimos que al analizar la gráfica el inicio de sus relaciones sexuales en su primer embarazo fue debido a que amaba a su pareja, y los posteriores embarazos se llevaron a cabo porque mantenía relaciones sexuales por placer.

Gráfico 2. 11 Proyectos de vida



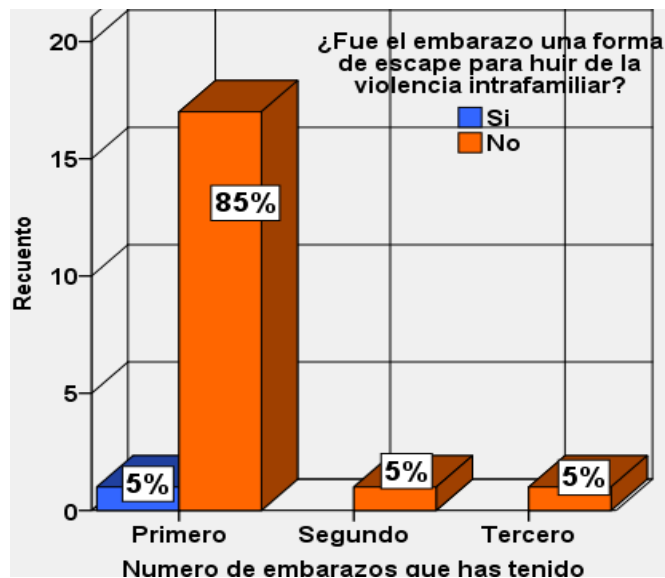
El 80% de las entrevistadas refiere que no tenía metas establecidas para su vida antes de quedar embarazada, el 20% restantes si tenía un proyecto de vida establecido. Analizando el grafico podemos observar que a menor proyecto de vida tengan las adolescentes, mayor es la probabilidad que se presente un embarazo en este grupo etario.

Gráfico 2. 12 Importancia del estudio



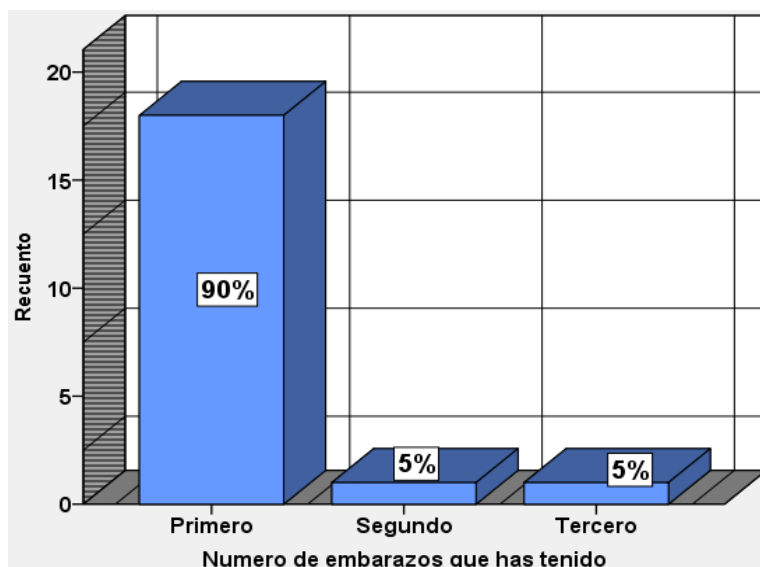
El 100% de las entrevistadas refiere que es de suma importancia estudiar, de estos el 90% en su primer embarazo refiere que es importante estudiar y un 5% tanto en el segundo como en el tercer embarazo considera que siempre es importante estudiar. Podemos concluir que no hay tendencia en relación a la importancia de estudiar para aumentar el embarazo en las adolescentes.

Gráfico 2. 13 Violencia intrafamiliar



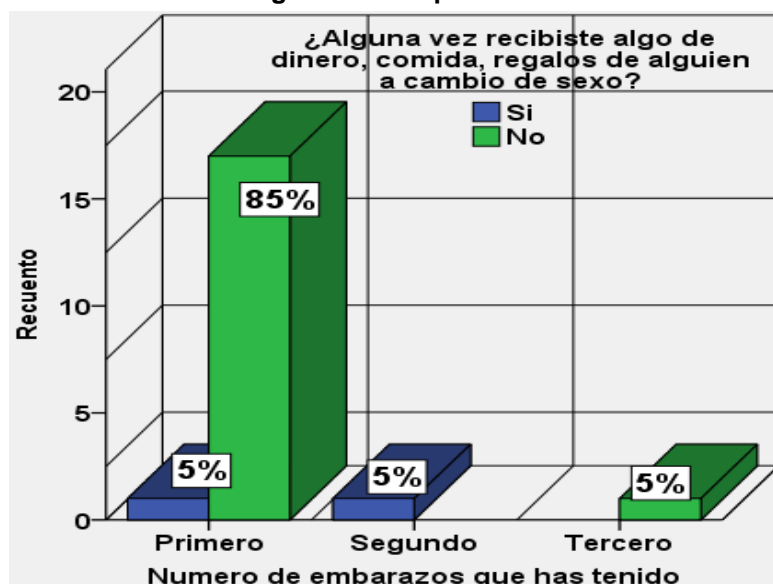
El 95% de las entrevistadas refiere que el embarazo no es una forma de escape para huir de la violencia intrafamiliar, y el 5% restante refiere que el embarazo si fue una forma de escape de huir de la violencia en casa. De esto concluimos que no hay tendencia de que la violencia intrafamiliar sea un riesgo para presentar un embarazo en la adolescente.

Gráfico 2. 14 Presión en las relaciones sexuales



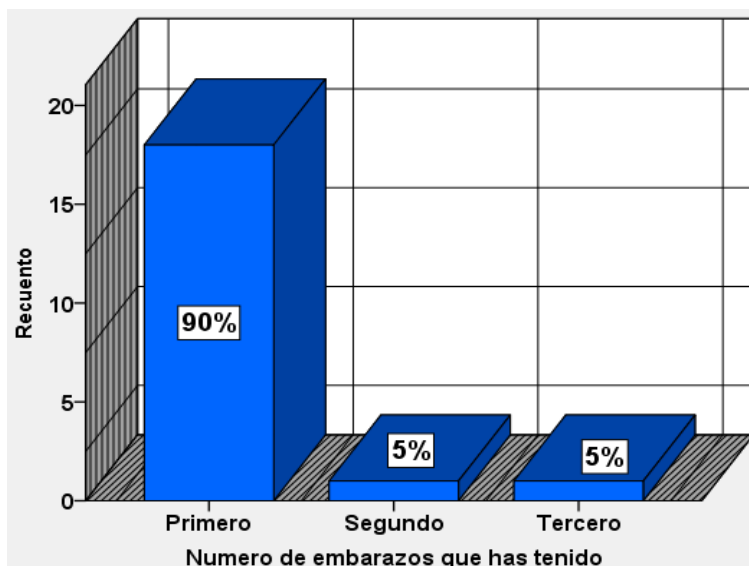
El 100% de las entrevistadas refieren que nunca se sintieron presionadas, ni obligadas para mantener relaciones sexuales en algún momento. Podemos concluir de la gráfica que las adolescentes mantienen relaciones sexuales de su propia voluntad.

Gráfico 2. 15 Recibir algo a cambio por relaciones sexuales



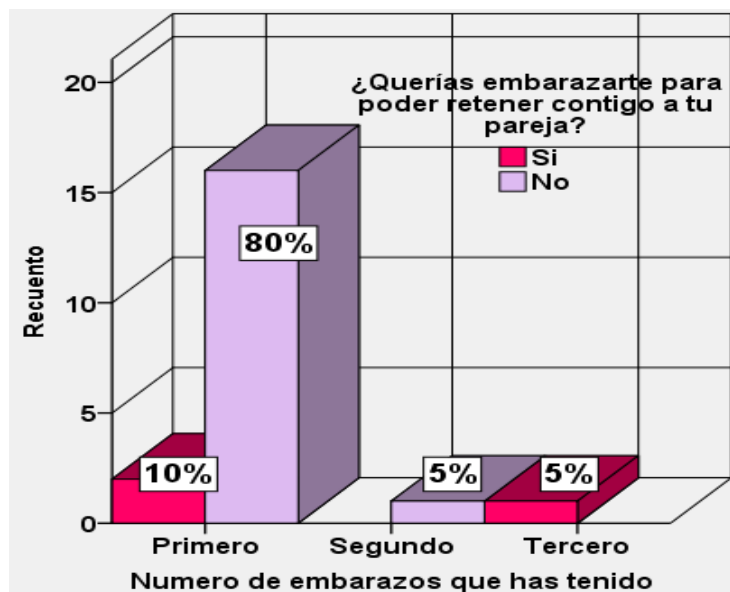
El 90% refiere que nunca ha recibido algo a cambio como dinero, comida o regalos para mantener relaciones sexuales, un 10% refiere que si ha mantenido a cambio para recibir algún beneficio. De este 10% las entrevistadas respondieron que habían mantenido relación con su amigo para obtener un beneficio. Observando la gráfica concluimos que algunas adolescentes al principio no mantuvieron relaciones a cambio de algún beneficio, pero posterior en su segundo embarazo lo hicieron por dinero.

Gráfico 2. 16 Relaciones sexuales forzadas



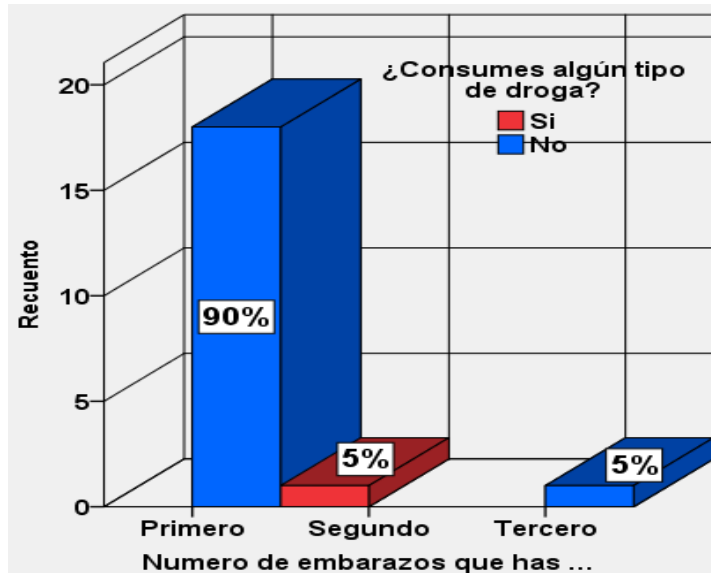
El 100% de las entrevistadas respondieron que nunca han sido forzadas a mantener relaciones sexuales con alguien. Concluimos que no hay relación alguna con la tendencia de los embarazos en la adolescente, ya que a ninguna entrevistada se le forzó físicamente, la mayoría realizó las relaciones sexuales por voluntad propia.

Gráfico 2. 17 Embarazo por retener a su pareja



El 85% de las entrevistadas refieren que no querían embarazarse para retener a su pareja con ella, el 15% restante si refieren que quería retener a su pareja embarazándose. Concluimos al analizar la gráfica que algunas adolescente ocuparon el embarazo como un medio para retener a su pareja.

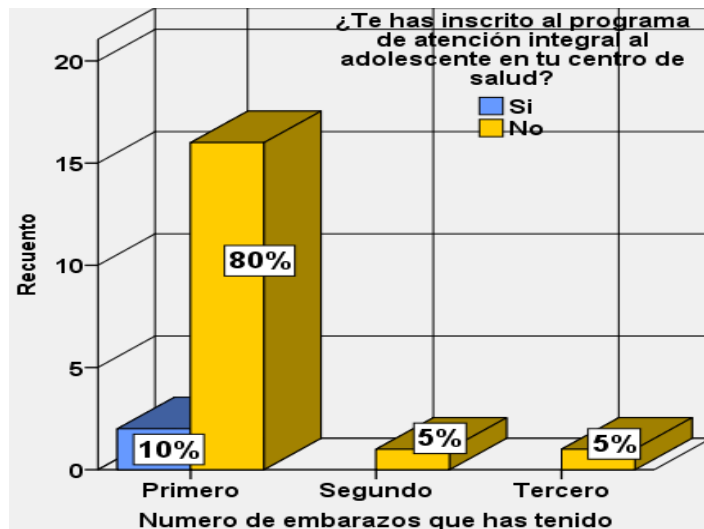
Gráfico 2. 18 Consumo de drogas



El 95% de las entrevistadas no consumen ningún tipo de droga, el 5% restante si consumen algún tipo de droga que es el alcohol. Al observar la gráfica se concluye que no hay tendencia del embarazo en la adolescente al consumir algún tipo de droga.

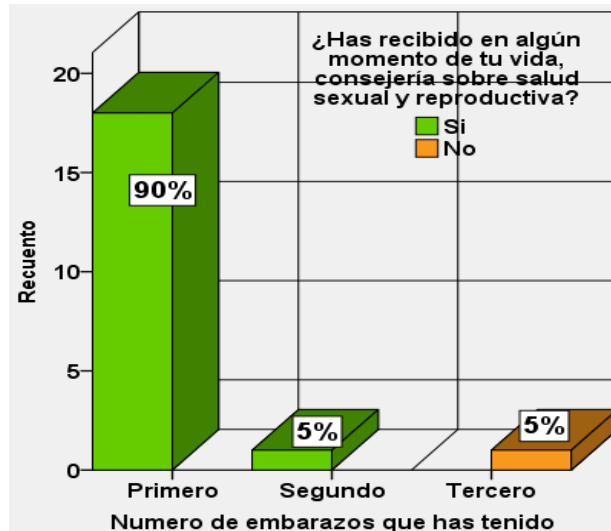
4.1.3 FACTORES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

Gráfico 3. 1 Inscripción adolescente



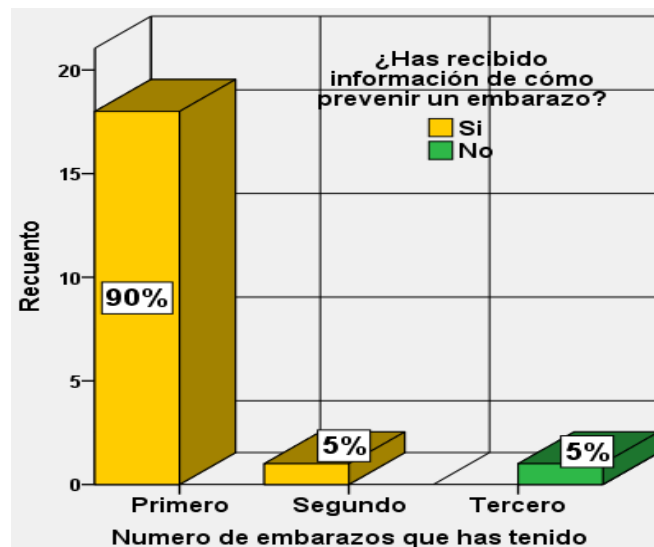
El 90% de las entrevistadas refiere no haberse inscripto nunca al programa de atención integral al adolescente, el 10% restante si refiere haberse inscripto al programa del adolescente. Concluimos al analizar la gráfica que al no recibir la adolescente embarazada una inscripción al programa de atención de este grupo etario, se presenta un mayor número de embarazos.

Gráfico 3. 2 Consejería sobre salud sexual y reproductiva



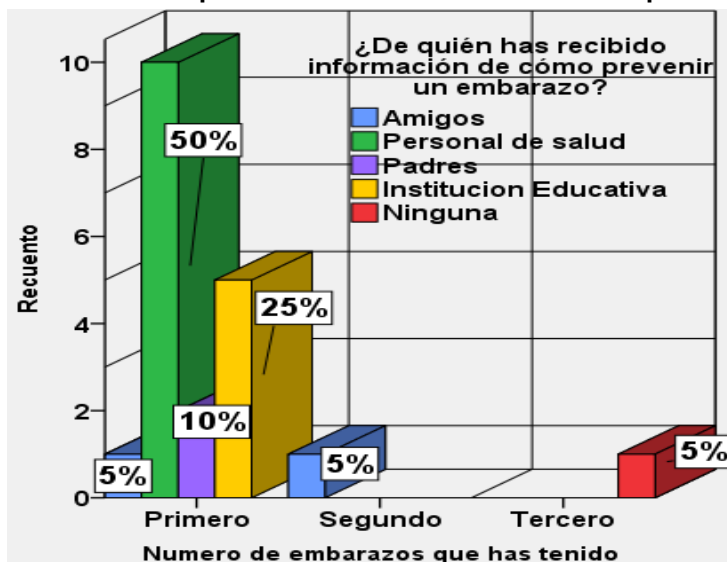
El 95% de las entrevistadas refieren que si han recibido consejería sobre salud sexual y reproductiva, el 5% restante refiere que no ha recibido nunca consejería sobre salud sexual. Al analizar la gráfica podemos concluir que si la adolescente nunca recibe consejería sobre salud sexual y reproductiva, presentara una mayor probabilidad a la alza de embarazos en la adolescencia.

Gráfico 3. 3 Información de cómo prevenir un embarazo



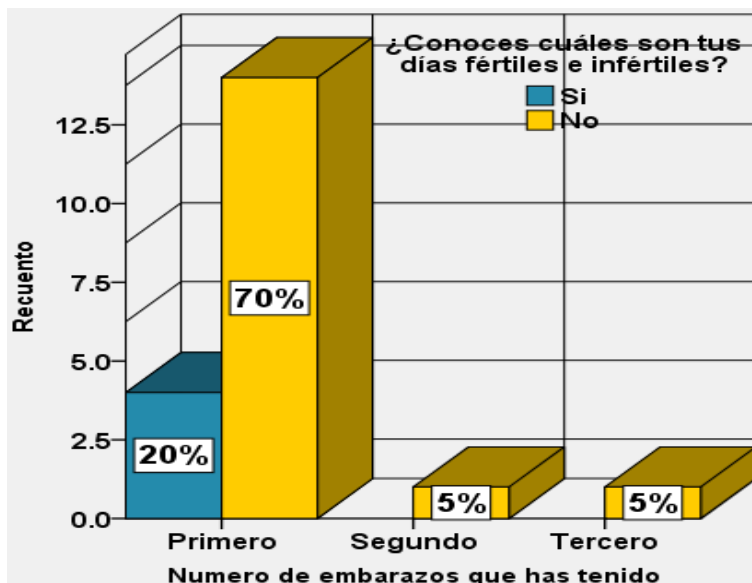
El 95% de las entrevistadas si ha recibido información de cómo prevenir un embarazo. El 5% restante no ha recibido información para prevenir un embarazo. Analizando la gráfica podemos concluir que se presenta un mayor número de embarazos, en las adolescentes que no han recibido información en la prevención del embarazo. Por lo que existe una relación inversamente proporcional en aquellas adolescentes que no han recibido información de prevención de embarazos.

Gráfico 3. 4 De quien recibes información de cómo prevenir un embarazo



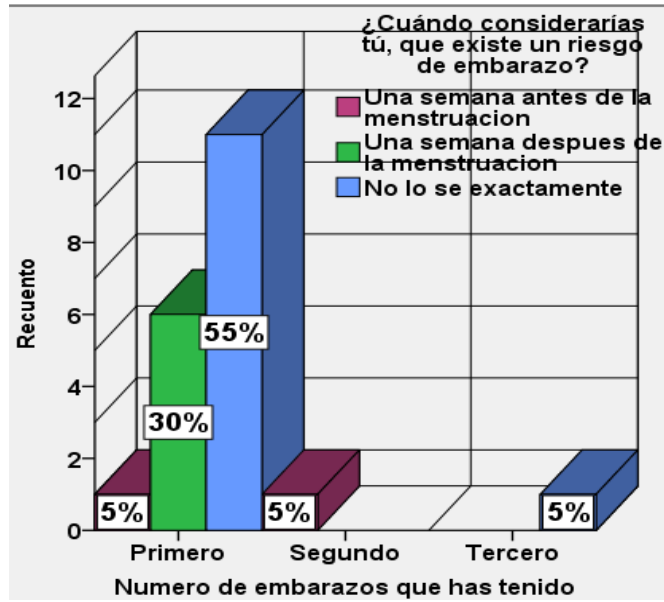
El 50% de las entrevistadas refieren que han recibido información de cómo prevenir un embarazo del personal de salud, un 25% refieren que fue de una institución educativa, un 10% de los amigos, un 10% de los padres y el 5% restante refiere que nadie le brindó nunca información. Podemos concluir al analizar la gráfica que al no recibir información correcta de cómo prevenir un embarazo, se presentaría en la adolescente un mayor aumento en la probabilidad de más embarazos.

Gráfico 3. 5 Cuales son tus días fértiles



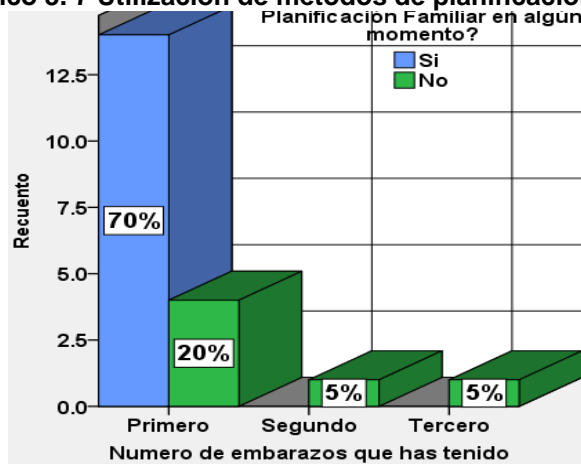
El 80% de las entrevistadas respondió que no sabe cuáles son sus días fértiles, el 20% restante contestó que si sabe cuáles son sus días fértiles. Al analizar la gráfica podemos observar que al no conocer cuáles son sus días fértiles las adolescente, hay una mayor probabilidad que se aumenten los embarazos en este grupo etario.

Gráfico 3. 6 Cuando existe un riesgo de embarazo



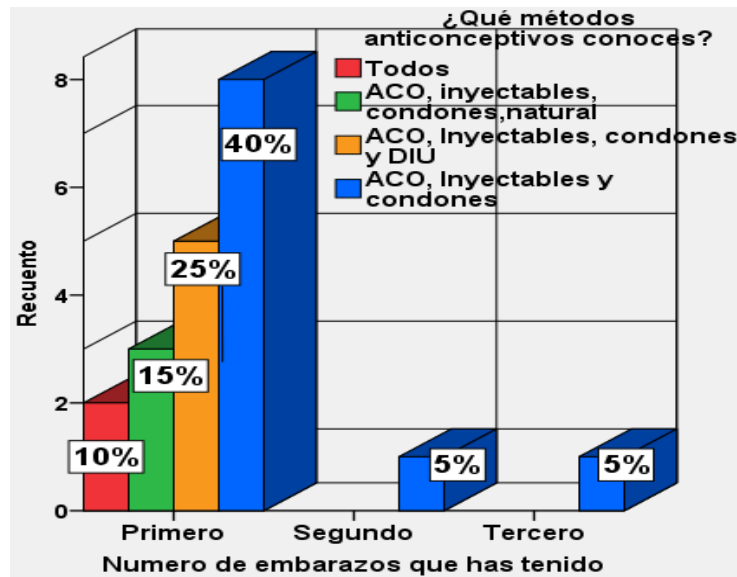
El 60% de las entrevistadas refiere que no sabe exactamente cuando existe riesgo para un embarazo, un 30% de las embarazadas refiere que existe riesgo de embarazo después de la menstruación, el 30% restante refiere hay un riesgo una semana antes de la menstruación. Analizando el grafico podemos observar que a menor conocimiento de la adolescente de cuando se puede presentar un riesgo de embarazarse, hay un mayor aumento de la probabilidad de que surja un nuevo embarazo.

Gráfico 3. 7 Utilización de métodos de planificación familiar



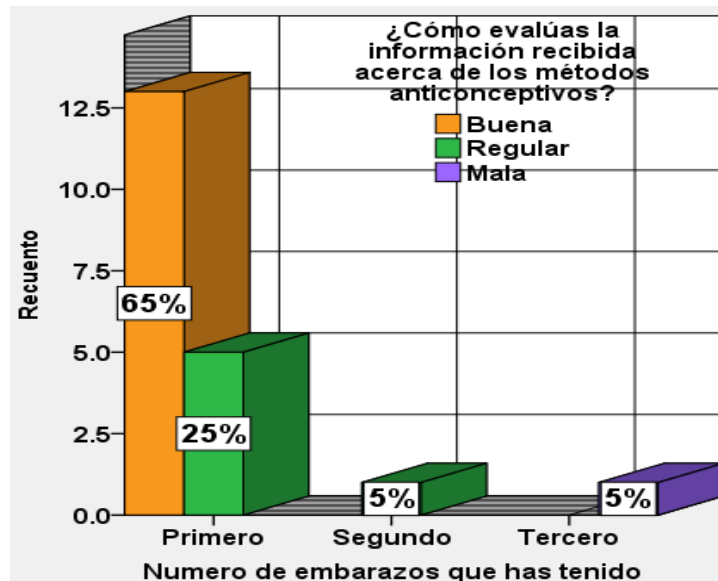
El 70% de las entrevistadas refiere que ha utilizado métodos de planificación familiar en algún momento de su vida, el 30% restante refiere que nunca ha utilizado un método de planificación familiar. Analizando los gráficos podemos observar que a menor uso de los métodos de planificación familiar, aumenta la probabilidad de presentar más embarazos en la adolescencia.

Gráfico 3. 8 Que métodos anticonceptivos conoces



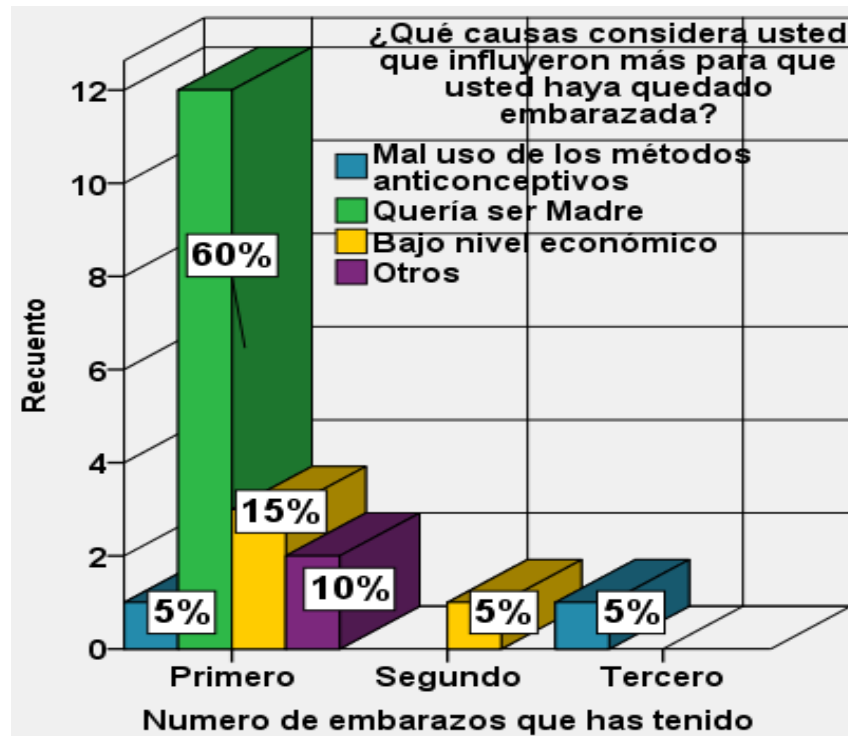
El 50% de las entrevistadas conocen 3 métodos anticonceptivos, un 25% conocen 4 métodos anticonceptivos, 15% conoce ACO, Inyectables, condones y método natural, el 10% restante conocen todos los métodos anticonceptivos. Analizando los resultados de la gráfica podemos observar que a medida que se conocen más métodos anticonceptivos, hay una disminución de la tendencia de presentar un embarazo en la adolescente.

Gráfico 3. 9 Evaluación de la información de métodos P.F



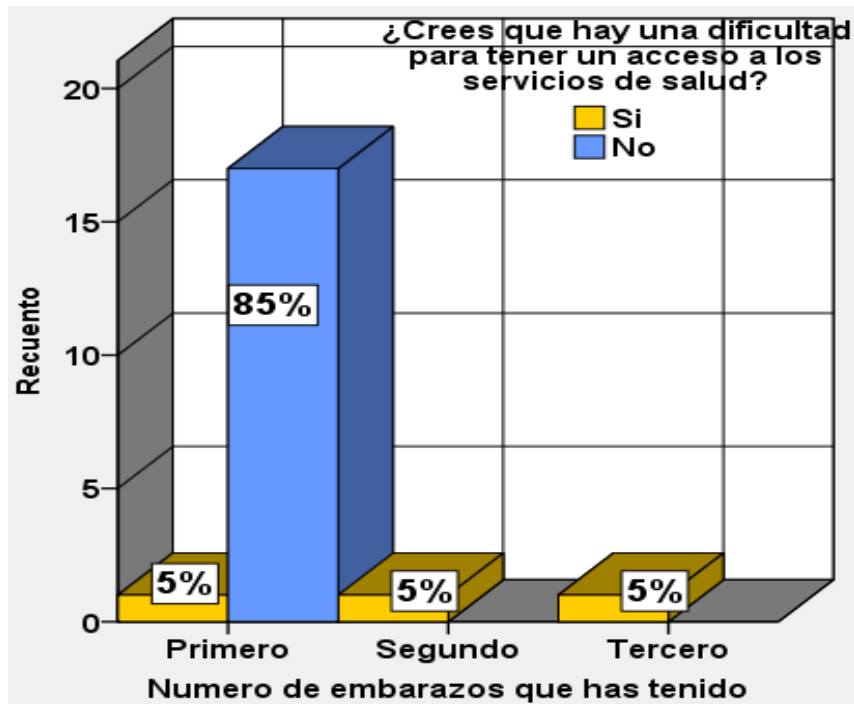
El 65% de las entrevistadas refiere que ha recibido una buena información sobre los métodos de PF, un 30% refiere que la información brindada es regular y el 5% restante refiere que la información brindada es mala. Observando la gráfica podemos concluir que si la información brindada de los métodos de PF es inadecuada, aumentara la probabilidad de embarazos en las adolescentes.

Gráfico 3. 10 Causas del embarazo



El 60% de las entrevistadas refiere como causa primaria del embarazo, que deseaba ser madre, un 20% refiere que como causa primara de embarazo fue el factor económico, un 10% hace referencia al mal uso de los métodos anticonceptivos y un 10% restante refiere como causa que pareja le insistió porque deseaba ser padre. Analizando los resultados de la gráfica observamos que el bajo nivel económico incide en el aumento del embarazo en la adolescente, como el mal uso de métodos anticonceptivos. Y como primera causa de embarazo se obtiene el deseo de la adolescente de ser madre a temprana edad.

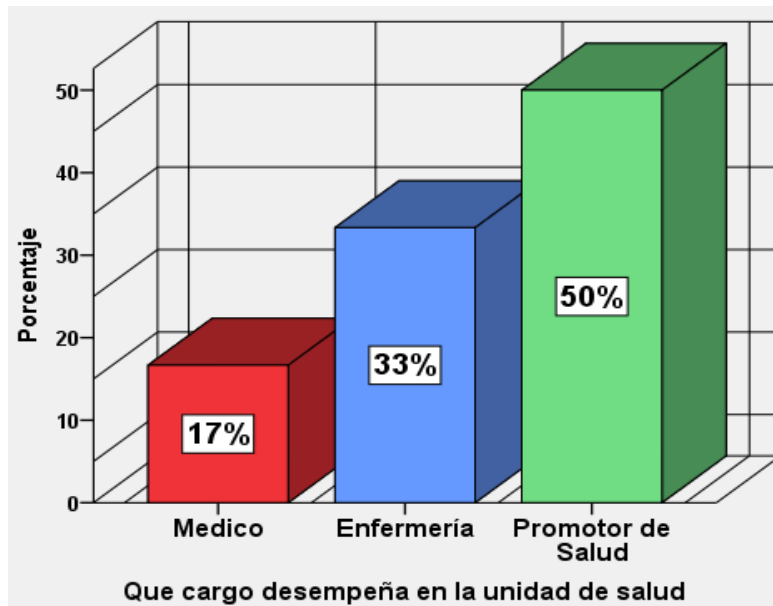
Gráfico 3. 11 Dificultad en el acceso a los servicios de salud



El 85% de las entrevistadas refieren que no presentan dificultad en el acceso a los servicios de salud, el 15% restante si refiere dificultad al acceso, poniendo como primer factor el acceso geográfico para acercarse a un centro de salud. Analizando el resultado de los gráficos podemos observar que a mayor dificultad de los accesos a los servicios de salud, hay una mayor tendencia de presentar más embarazos en la adolescente.

4.1.4 ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA AL PERSONAL DE SALUD.

Gráfico 4. 1 Cargo que desempeña en la unidad de salud



El 50% del personal de salud que trabaja en la UCSF-B Las Lomas, representa al grupo de los promotores de salud, un 33% representa al equipo de enfermería y el 17% restante representa al médico. Concluimos que el equipo de salud básico según la normativa se encuentra completo para este centro asistencial.

Tabla 4. 1 Actividades de promoción de salud.

¿Realiza usted actividades de promoción de salud concerniente al tema de salud sexual y reproductiva?		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	100.0

Referente al cuadro se observa que el 100% del equipo tanto; promotores, enfermeras y médico, si realizan actividades orientadas a la promoción de la salud sexual y reproductiva, por lo que concluimos que el personal de salud, cumple su rol y está fomentando educación en materia sexual, para desarrollar las comunidades y fortalecerlas en este ámbito.

Tabla 4. 2 Importancia de orientar sobre el tema de salud reproductiva

¿Considera usted importante el orientar sobre el tema de salud sexual reproductiva al adolescente?		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	100.0

El 100% del personal de salud presenta una mentalidad orientada y consciente que es de suma importancia el abordar este tema en la comunidad, para solventar inquietudes, educar más a la población y generar en ella consciencia e interés sobre su salud reproductiva.

Tabla 4. 3 Que actividades de promoción en salud reproductiva realiza

¿Qué tipo de actividades de promoción en salud sexual y reproductiva realiza?		
Actividades de promoción SSR	Frecuencia	Porcentaje
Todos	6	100.0

El 100% del personal de salud manifiesta realizar actividades en salud reproductiva tales como; Educación sobre métodos anticonceptivos seguros y modernos, prevención e información sobre ETS, derechos en salud sexual y reproductiva, educación sobre sexualidad y salud reproductiva, prevención y atención en materia de violencia de género.

Gráfico 4. 2 cómo evalúa la implementación de los programas de promoción en salud reproductiva que realiza.

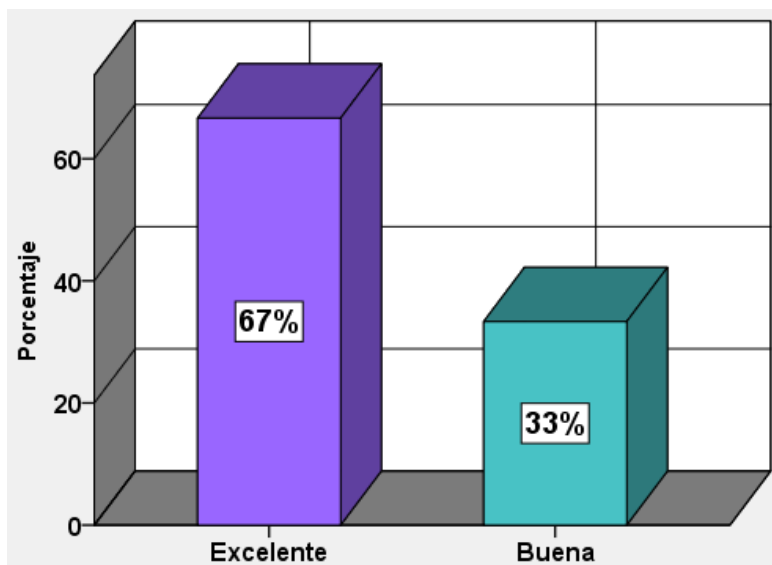
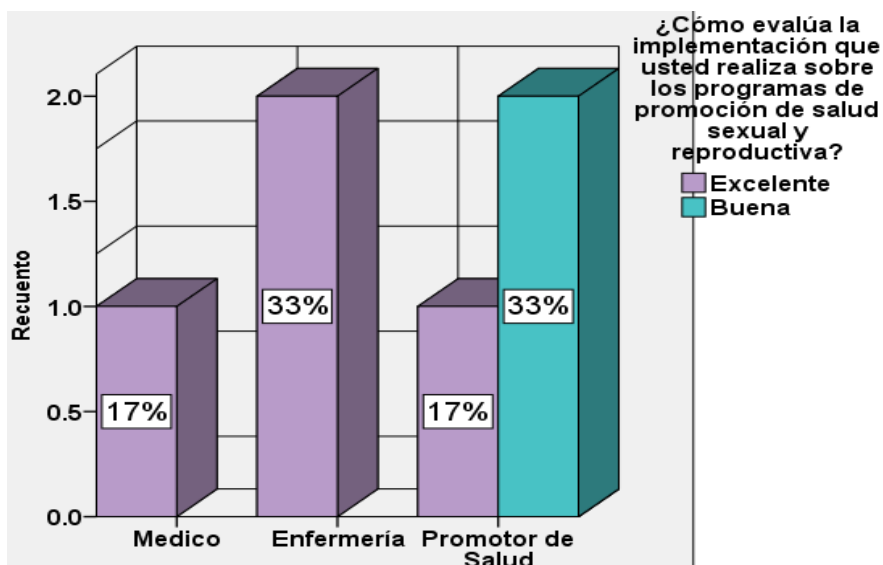


Gráfico 4. 3 Implementación del programa de promoción en SSR



El 67% de los entrevistados refiere que realiza una excelente implementación sobre los programas de promoción de salud sexual y reproductiva, sin embargo el 33% restante refiere que la implementación del programa de promoción que realiza es buena, encontrando deficiencias en sectores del personal de salud, con el que aún falta mayor formación para implementar con excelencia los programas de promoción de la salud reproductiva.

Gráfico 4. 4 Con qué frecuencia consulta el adolescente para obtener información sobre SSR

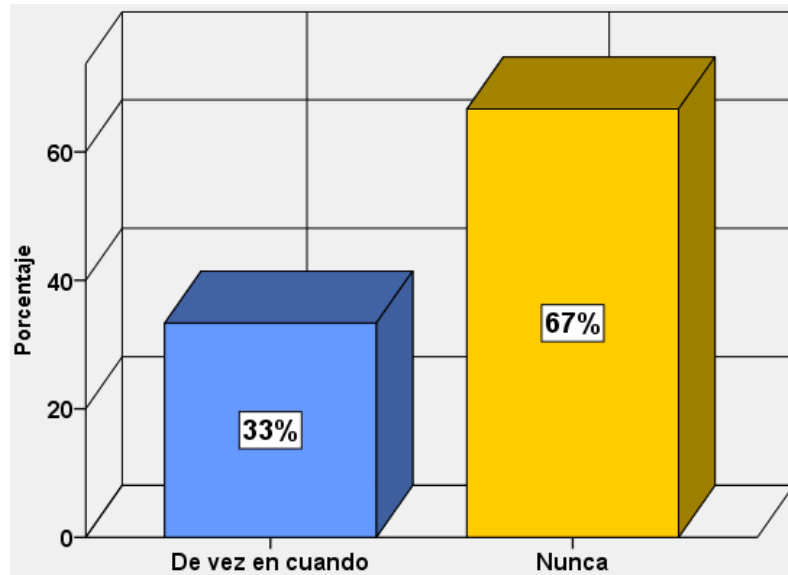
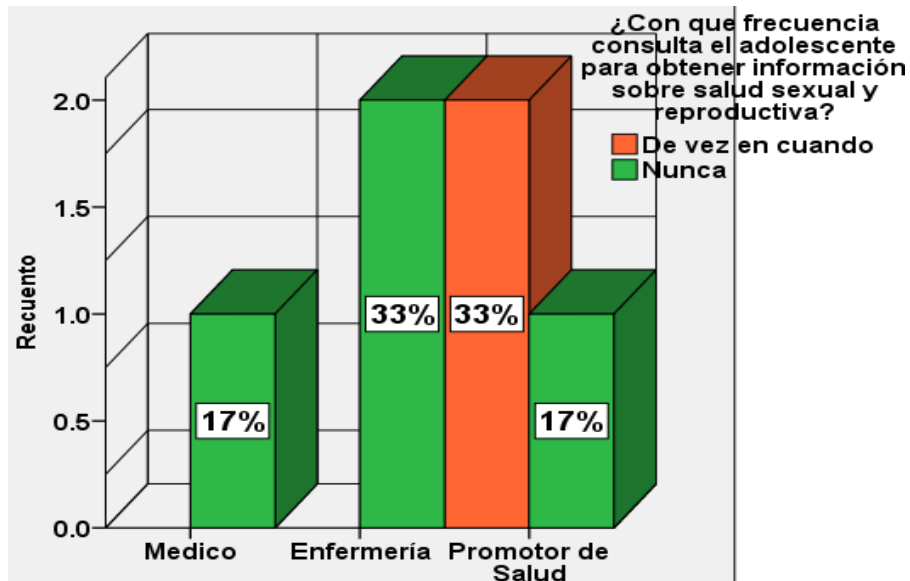


Gráfico 4.5 Frecuencia de consulta adolescente sobre SSR



El 67% del personal de salud refiere que las adolescentes nunca consultan, para obtener información sobre salud reproductiva, y el 33% restante refiere que solo en ocasiones consultan las adolescentes por esta información. Analizando los gráficos podemos observar que la tendencia de las adolescentes es que nunca consultan para recibir una información sobre la salud sexual y reproductiva, y en ocasiones consultan y si lo hacen, solo es con los promotores de salud, por la cercanía que este grupo tiene entre su comunidad.

Tabla 4. 4 Momento en el que se brinda la educación en salud reproductiva

¿En qué momento brinda la educación en salud sexual y reproductiva?		
	Frecuencia	Porcentaje
Totas las anteriores	6	100.0

El 100% de los entrevistados refiere que brinda educación en salud sexual y reproductiva, durante la atención preconcepcional, atención por PF al adolescente, en la detección y atención en la inscripción al adolescente y durante el control subsecuente del adolescente, sin embargo podemos concluir que en la entrevista realizada a las adolescentes, ellas refieren que casi nunca consultaron para ser inscritas en estos programas.

Tabla 4. 5 Realización de consejería en salud sexual y reproductiva

¿Se realiza consejería en salud sexual y reproductiva con énfasis en anticoncepción y acceso a métodos anticonceptivos, para prevenir el embarazo en la adolescencia?		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	100.0

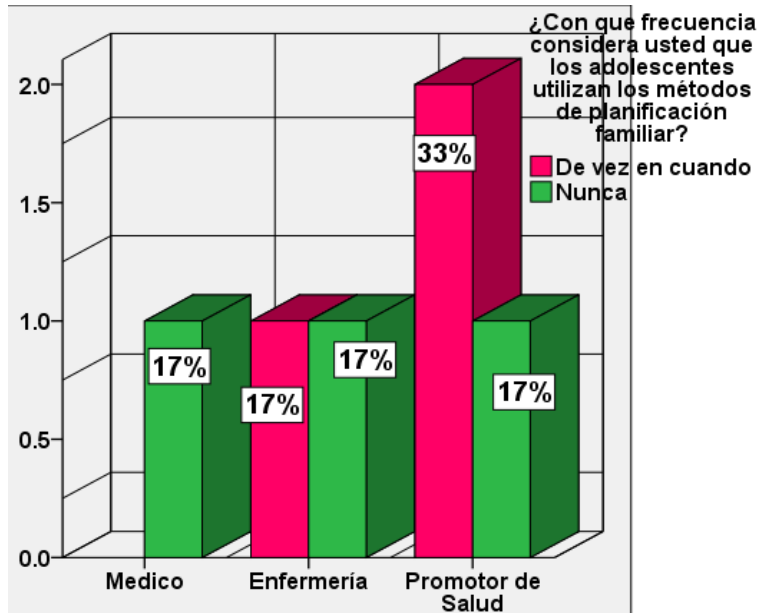
El 100% del personal de salud refiere que brinda consejería al adolescente, sobre salud sexual y reproductiva con énfasis en métodos de planificación familiar, no obstante la población adolescente, que se acerca a recibir esta información es sumamente baja.

Tabla 4. 6 Métodos anticonceptivos con los que se cuenta en la unidad de salud

¿Con que métodos anticonceptivos cuenta su unidad de salud?		
Métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Todos excepto el DIU	6	100.0

El 100% de los entrevistados refiere que la unidad de salud cuenta con la oferta básica de métodos de planificación familiar, los cuales son preservativos, anticonceptivos orales e inyecciones, refieren que en su unidad no se oferta el DIU por ser este un método que solo se encuentra en unidades de salud intermedias, especializadas y hospitales.

Gráfico 4. 6 Frecuencia de utilización por adolescentes de métodos P.F



Un 50% de los entrevistados considera que las adolescentes nunca utilizan métodos de planificación familiar y el 50% restante refiere que los utilizan pero de vez en cuando. Analizando la gráfica podemos concluir que la tendencia de las adolescentes, es nunca utilizar los métodos de planificación familiar y observamos que solo un 33% considera que si los utilizan, es de forma ocasional, siendo los promotores quienes en su mayoría se encargan de brindar más métodos de P.F a las adolescentes.

Gráfico 4. 7 Con qué frecuencia se realizan detecciones activas e inscripciones de adolescentes al programa en su centro de salud

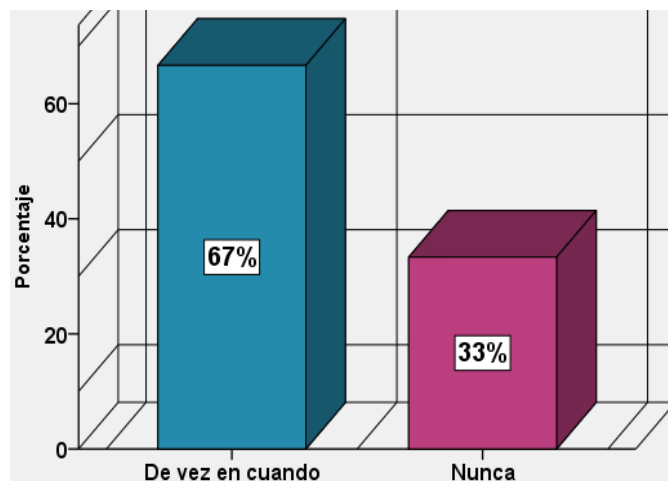
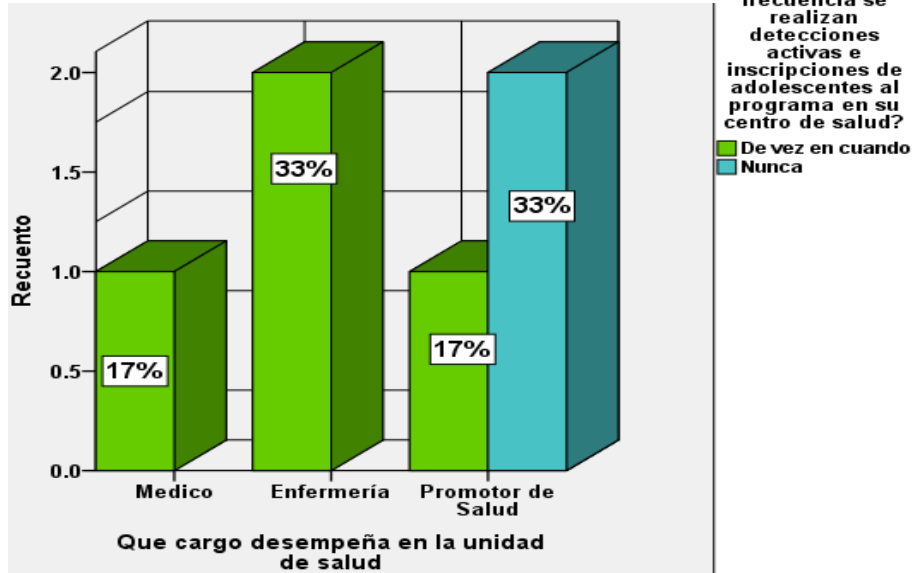


Gráfico 4. 8 Frecuencia de inscripciones al adolescente



El 67% de los entrevistados refieren que se realizan de vez en cuando inscripciones al adolescente a su programa, el 33% restante refieren que nunca se realiza una inscripción al programa de adolescente. Observando los gráficos podemos concluir que la tendencia a realizar inscripciones al adolescente es de forma ocasional, y que el 33% de los promotores refiere que nunca se les inscribe a los adolescentes al programa.

Gráfico 4. 9 Se realizan inscripción de atenciones preconcepcionales en adolescentes

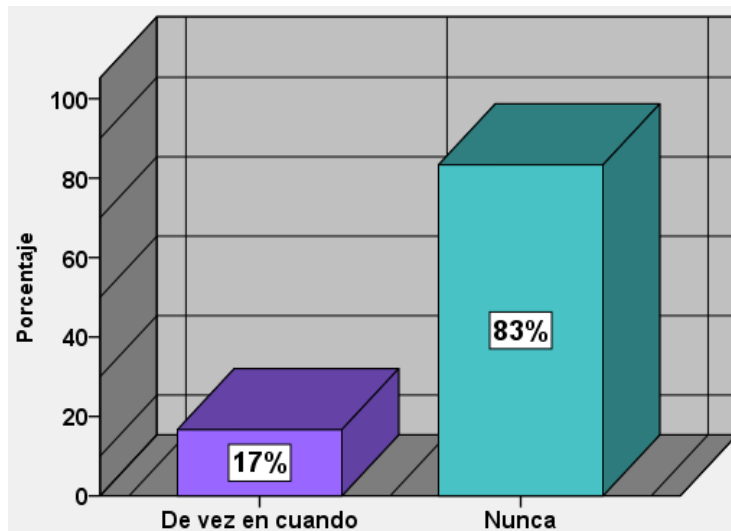
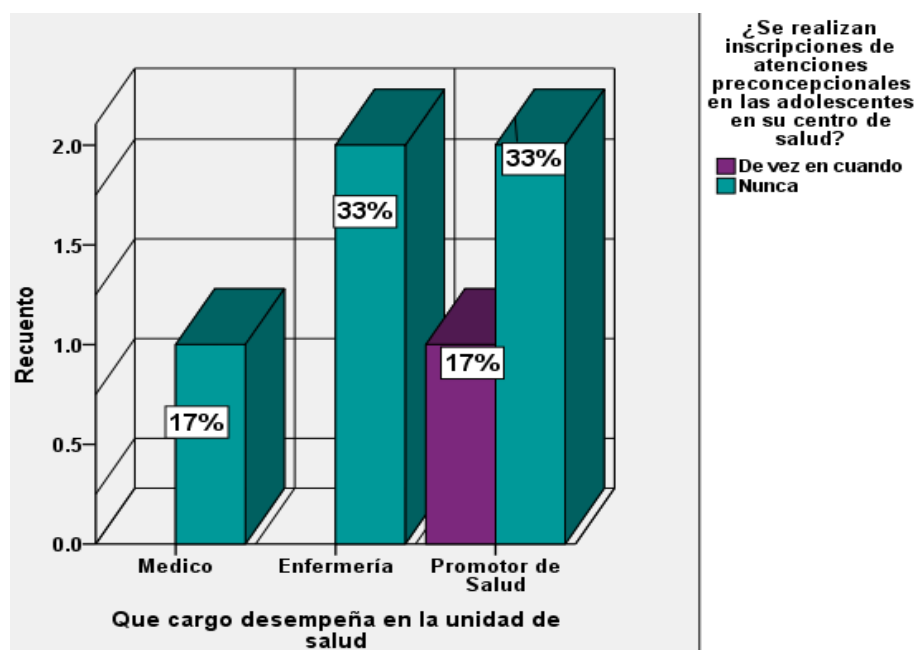


Gráfico 4. 10 Inscripción preconcepcional



El 83% de los entrevistados refiere que nunca se realizan inscripciones de tipo preconcepcional en las adolescentes en su centro de salud, el 17% restante refiere que si se realiza es de forma ocasional. Analizando los gráficos podemos observar que existe una tendencia, a nunca realizar inscripciones ni detecciones para el programa de atención preconcepcional al adolescente por parte del personal de salud.

Tabla 4. 7 Como consideras la cobertura y calidad de las actividades de promoción

¿Considera que la cobertura y calidad de las actividades de promoción ofrecidas a los adolescentes para prevenir embarazos a través de los servicios de salud es la apropiada?		
	Frecuencia	Porcentaje
No	6	100.0

Un 100% de los entrevistados considera que existe una baja cobertura y calidad de las actividades de promoción brindada a los adolescentes y que no es la apropiada si se quiere evitar un probable embarazo en este grupo etario.

Tabla 4. 8 Detección oportuna de la usuaria con riesgo de un embarazo

¿Se detecta oportunamente en la comunidad a la usuaria con riesgo de un embarazo adolescente?		
	Frecuencia	Porcentaje
No	6	100.0

El 100% del personal de salud, refiere que al momento no se implementa una detección oportuna en la comunidad, para evitar en la adolescente un embarazo.

Tabla 4. 9 Seguimiento adecuado a la usuaria detectada con embarazo adolescente

Se le da un seguimiento adecuado y oportuno a la usuaria previamente detectada con riesgo de un embarazo adolescente y de esta manera tratar de prevenirlo		
	Frecuencia	Porcentaje
No	6	100.0

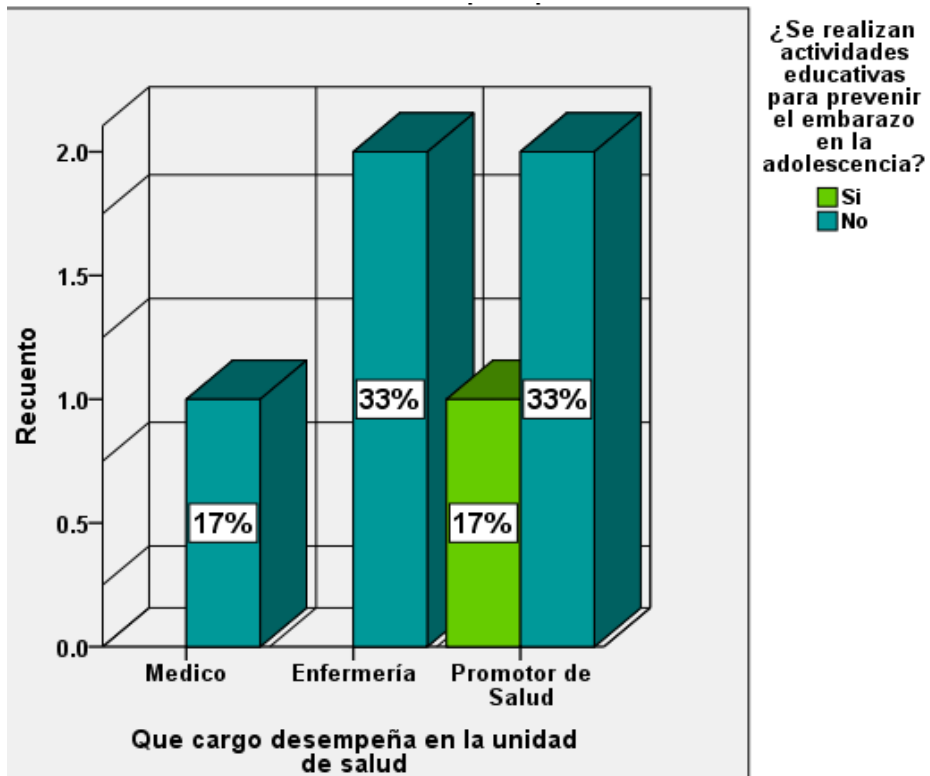
El 100% de los entrevistados refiere que no se da un seguimiento adecuado ni oportuno a la usuaria previamente detectada con riesgo de un embarazo precoz para poderlo prevenir. Podemos concluir retomando la pregunta anterior, que primeramente no se detecta oportunamente a la adolescente con riesgo de embarazo en la comunidad, por lo tanto no se realiza un seguimiento adecuado, ni oportuno para prevenir estos embarazos en este grupo etario.

Tabla 4. 10 Realización de programación a la prevención de embarazos

¿Realizan una programación orientada hacia los aspectos preventivos comunitarios del embarazo adolescente?		
	Frecuencia	Porcentaje
No	6	100.0

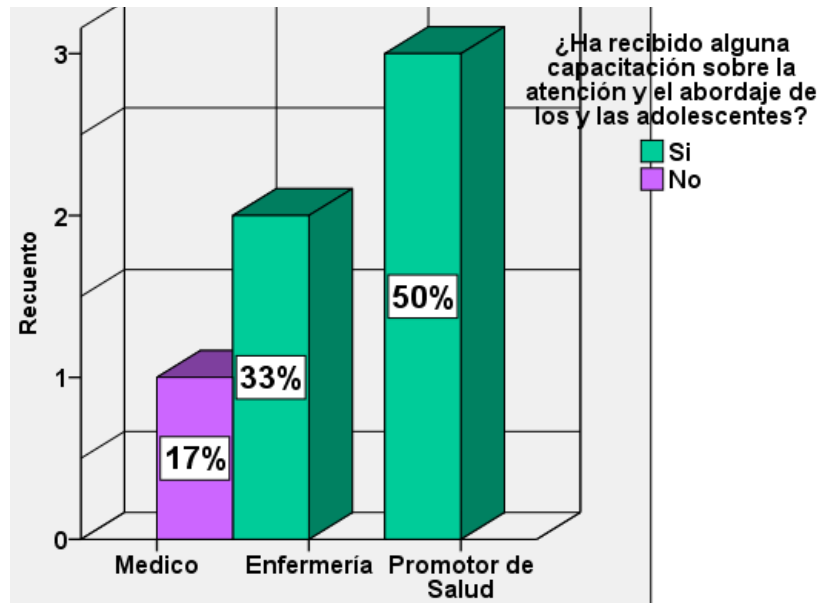
El 100% de los entrevistados refiere que no existe al momento, una programación orientada y de ejecución hacia los aspectos meramente preventivos de un embarazo en las adolescentes dentro del área geográfica de su responsabilidad.

Gráfico 4. 11 Actividades de educación para prevención de embarazos



Un 83% de los entrevistados refiere que no se realizan actividades educativas para la prevención de los embarazos en las adolescentes, el 17% restante que es de los promotores, manifiesta que si realiza actividades en su área, para prevenir este tipo de embarazos. Observando la gráfica podemos concluir que solo un integrante del equipo de salud está promoviendo e implementando dichas actividades y que la tendencia en el personal de salud es no realizar actividades que vayan a favor de la reducción de los embarazos en las adolescentes.

Gráfico 4. 12 Capacitación en el abordaje al adolescente



Un 83% de los entrevistados refiere que ha recibido alguna capacitación sobre la atención y el abordaje de los adolescentes, el 17% restante refiere que nunca ha recibido una capacitación para el abordaje de los adolescentes. Del análisis del gráfico podemos concluir que existe una tendencia a que se capacite al equipo en salud para el abordaje de los adolescentes y observamos que solo el médico no ha recibido dicha capacitación, esto debido a que es un médico en servicio social y no un médico permanente en la unidad, por lo tanto no recibe las debidas capacitaciones que se imparten.

Gráfico 4. 13 Como consideras que fue esa capacitación

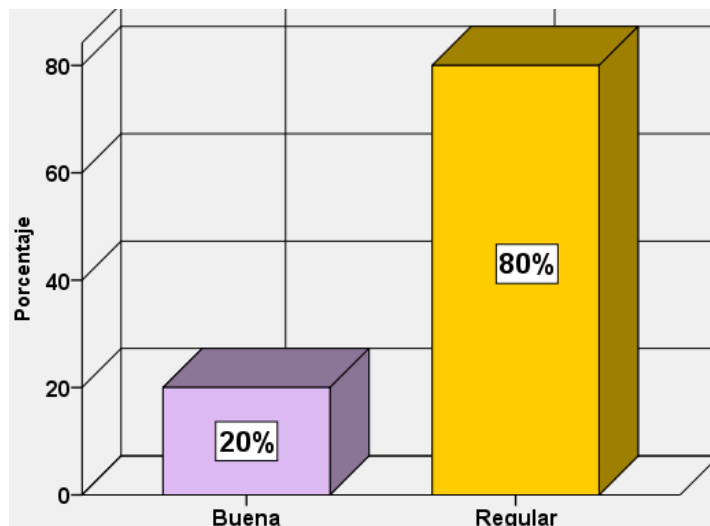
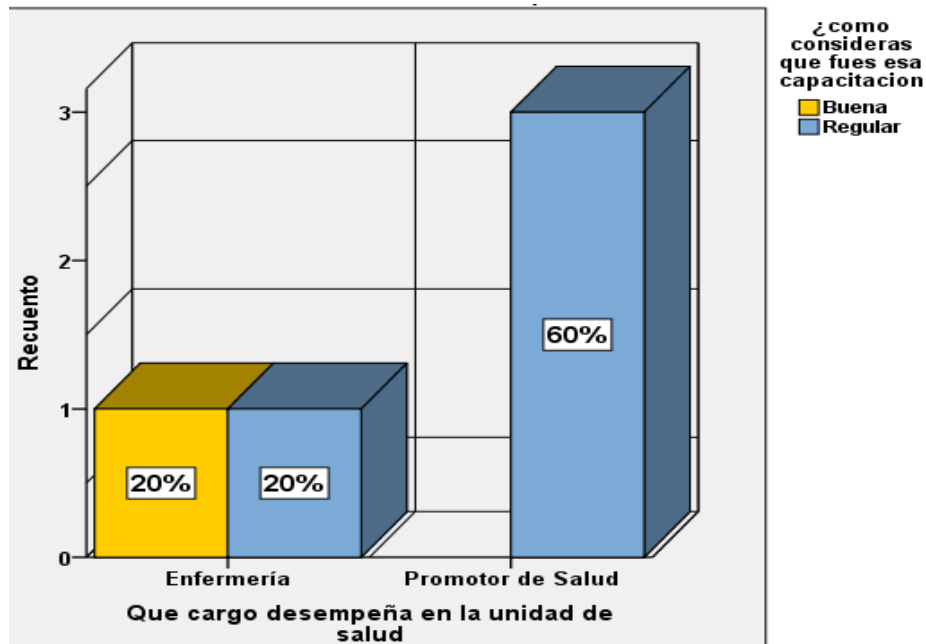


Gráfico 4. 14 Evaluación de capacitación



Un 80% de los entrevistados refiere que evalúan como regular la capacitación que se les transmitió sobre el abordaje de los adolescentes y el 20% restante evalúa como buena la capacitación que se les brindó. Analizando el gráfico podemos concluir que existe una tendencia, a que estas capacitaciones no se perciben satisfactoriamente por el personal, para su mayor aprendizaje al evaluarla como regular.

Tabla 4. 11 Elaboración de propuestas de acciones para prevenir un embarazo

¿Se ha elaborado en su Unidad de salud, documentos con propuesta de acciones para prevenir el embarazo adolescente tomando en cuenta los factores protectores y de riesgo?		
	Frecuencia	Porcentaje
No	6	100.0

El 100% de los entrevistados refiere que no se han elaborado en ningún momento propuesta por el personal de salud, orientadas a realizar acciones de tipo preventivas para reducir embarazos en las adolescentes, tomando como parámetros los factores protectores como los de riesgo.

4.1.5 ANÁLISIS DE LISTA DE COMPROBACIÓN.

Tabla 5. 1 Registro actualizado de mujeres en edad reproductiva que utilizan métodos de P.F

Se cuenta con un registro completo y actualizado de mujeres en edad reproductiva que hacen uso de métodos de P.F
Si

Se concluye que se le está dando seguimiento al programa y se cuenta con un registro completo y actualizado al momento, de las mujeres que se encuentran en su edad reproductiva y que hacen uso de los métodos de P.F.

Tabla 5. 2 Hoja de inscripción del adolescente en expediente, previo a embarazo de adolescente

Se cuenta con hoja de inscripción del programa al adolescente en expediente de embarazada previo a su etapa gestacional
No

Concluimos que al no encontrarse un registro de la hoja de inscripción al programa del adolescente en el expediente, no se está cumpliendo con el debido seguimiento de forma activa al programa por parte del personal de salud y las adolescentes no han recibido una atención integral de salud.

Tabla 5. 3 Registro de controles subsecuentes al programa adolescente

Registro de controles subsecuentes del programa de adolescente y su respectivo seguimiento
No

Podemos argumentar que no se cuenta con un registro de controles subsecuentes del programa de adolescente y su respectivo seguimiento, debido a que no han sido previamente inscritas nunca al programa.

Tabla 5. 4 Realización de inscripciones preconceptionales a las adolescentes

Se ha realizado inscripción preconceptional a usuaria adolescente previo a su embarazo en este grupo etario
No

Concluimos que al no encontrarse un registro de la hoja de inscripción al programa preconceptional en el expediente, no se está detectando oportunamente al adolescente con prácticas de riesgo a un embarazo, y se incumple con el debido seguimiento de forma activa al programa por parte del personal de salud.

Tabla 5. 5 Registro en expediente de llenado de hoja de tamiza de violencia

Registro en expediente de llenado de hoja de tamizaje para indagar violencia al adolescente
No

Podemos concluir que al momento no se cuenta con un registro en expediente de llenado de hoja de tamizaje para indagar violencia al adolescente, debido a que no se ha realizado una previa inscripción al adolescente.

Tabla 5. 6 Utilización de hoja filtro de cuidado preconceptional en expediente

Se ha pasado hoja filtro de cuidado preconceptional en las atenciones previas a las adolescentes
No

Argumentamos que si no se realizan inscripciones preconceptionales en las adolescentes, no se podrá visualizar la implementación que el medico realiza en el expediente, del llenado de la hoja filtro del cuidado preconceptional.

Tabla 5. 7 Se brinda consejería por enfermería sobre salud reproductiva

Se ha brindado consejería en salud sexual y reproductiva al adolescente embarazada en las atenciones por parte del personal de enfermería
Si

Podemos concluir que si se ha brindado una consejería en salud sexual y reproductiva en las atenciones que brinda el personal de enfermería a las adolescentes, pero es durante el embarazo de estas y no como medida preventiva durante las inscripciones a los programas del adolescente y preconcepcional ya que no se han llevado a cabo.

Tabla 5. 8 Registro en expediente de inscripción al programa de P.F

Registro previo en expediente de Inscripción al programa de P.F a la embarazada adolescente
Si

Analizando la tabla podemos observar que hay un registro en expediente de la inscripción previa al programa de planificación familiar, antes del embarazo de la adolescente.

Tabla 5. 9 Registro de la detección oportuna de embarazos adolescentes en libro de referencia

Registro en libro de referencia y retorno de la detección oportuna en la comunidad por parte del promotor de salud a la usuaria con riesgo de un embarazo adolescente
No

No se cuenta al momento con un registro de referencias realizadas por la detección oportuna que el promotor de salud puede realizar a toda usuaria con riesgo de un embarazo adolescente. Ya que no está realizando las actividades pertinentes para identificar la población adolescente en riesgo de un embarazo.

Tabla 5. 10 Registro de consejería por parte del médico en salud reproductiva

Registro de consejería al adolescente en expediente clínico, por parte del médico sobre salud sexual y reproductiva con énfasis en anticoncepción, para prevenir un embarazo futuro en este grupo etario.
Si

Concluimos que existe un registro de la consejería al adolescente por parte del médico sobre salud sexual y reproductiva, con énfasis en la utilización de métodos de planificación familiar, para prevenir embarazos futuros en las adolescentes. Pero no previo al embarazo actual, sino durante el transcurso que la adolescente se encuentra embarazada. Pues no se ha realizado inscripciones a programa de adolescente ni atenciones preconcepcionales.

Tabla 5. 11 Registro de documentación sobre propuesta de acciones para prevenir embarazos adolescentes

Registro de documentación con propuesta de acciones para prevenir el embarazo adolescente tomando en cuenta los factores protectores y de riesgo
No

Podemos concluir que no se cuenta en la unidad de salud, con un registro que documente sobre propuestas y acciones que se hayan coordinado por parte del personal de salud, para reducir futuros embarazos en las adolescentes, ni se ha identificado factores protectores y de riesgo en este grupo.

Tabla 5. 12 Disposición en farmacia con oferta básica de productos anticonceptivos

Disposición en farmacia con oferta básica de productos anticonceptivos ACO, inyectables y preservativos.
Si

La unidad de salud cuenta con la oferta básica de métodos de planificación familiar, dentro de los cuales cuenta con anticonceptivos orales, preservativos e inyectables de 3 meses. Para dar cobertura a la población que así lo solicite.

Tabla 5. 13 Registro de actividades educativas sobre salud sexual reproductiva, con metodología participativa

Registro de actividades educativas dirigidas a la adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, sobre ETS, proyecto de vida, derechos de los y las adolescentes, maternidad, paternidad, feminidad, masculinidad y otros temas de interés, con metodología participativa
Si

Argumentamos que se cuenta con un registro de actividades educativas dirigidas a las adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, prevención de enfermedades de transmisión sexual, proyectos de vida, derechos de los adolescentes, maternidad, paternidad, feminidad, masculinidad con metodología participativa. Encontrando que hay círculos y club de adolescentes activos por parte de los promotores y se realizan además sesiones y charlas educativas a este grupo etario.

Tabla 5. 14 Registro de atenciones al adolescente por promotores de salud

Registro de las atenciones a adolescentes por parte de los promotores en los diferentes programas de atención a este grupo etario
Si

Concluimos que si se cuenta al momento con un registro que documente sobre la atención activa que se hace, por parte de los promotores de salud, a los adolescentes en los diversos programas que estos llevan, a los cuales se les está dando seguimiento actualmente.

Tabla 5. 15 Registro del cumplimiento de normativa en expedientes en atención al adolescente

Registro del cumplimiento de normativa en expedientes clínicos durante la atención al adolescente, cuando el medico pasa instrumentos de supervisión y auto monitoreo
No

Argumentamos que no existe ningún registro debido a que no se han inscrito oportunamente al adolescente previo a su embarazo, a programas como atención preconcepcional y atención integral al adolescente.

Tabla 5. 16 Registro de atención psicológica al adolescente con factores de riesgo

Registro de atención psicológica al adolescente con factores de riesgo tales como embarazo precoz, violencia intrafamiliar, abuso sexual
Si

Podemos concluir que se cuenta con registro en expediente, de la atención psicológica que se brinda al adolescente, cuando se encuentra un factor de riesgo; tal como un embarazo precoz, violencia intrafamiliar y abuso sexual. Esto es debido a que un equipo de salud se traslada a la unidad cada dos meses, para brindar atenciones de tipo especializada.

4.2 ANALISIS DE RESULTADOS Y COMPROBACION DE HIPOTESIS.

4.2.1 FACTORES SOCIO-CULTURALES.

Desde la perspectiva social y cultural de la población estudiada, podemos argumentar que según la edad de la entrevistada, la mayoría de las adolescentes embarazadas un 80%, tiene su primer embarazo durante la adolescencia tardía. Sin embargo podemos deducir que si el inicio del embarazo se da durante la adolescencia temprana o media es decir de forma muy precoz en este grupo etario, existirá una mayor tendencia a posibles futuros embarazos durante las siguientes etapas de la adolescencia.

Sobre el nivel de escolaridad de la entrevistada, podemos concluir que casi todas las adolescentes entrevistadas es decir un 95%, tienen un bajo grado de educación y que si este factor se mantiene sin cambios a lo largo de la etapa adolescente, existe una mayor tendencia a que aumenten el número de embarazos en este grupo etario. Esta perspectiva limita sus oportunidades de estudio y trabajo, puesto que la mayoría de ellas se ve obligada a desertar del sistema escolar, y con la dificultad para reinsertarse nuevamente a este sistema. Quedando la adolescente con un nivel de escolaridad muy bajo que no le permite acceder a un trabajo digno que le permita satisfacer, al menos, sus necesidades básicas, logrando un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza de estas adolescentes.

A nivel del grupo familiar de orientación, la baja formación académica y ocupación de los padres limitan las expectativas de superación de este grupo, ajustándolas a reproducir su propio sistema familiar, por lo que son especialmente vulnerables y propensas a empezar su vida sexual y tener hijos en la adolescencia, dadas sus características individuales, el contexto en el que viven y las posibilidades futuras que perciben. En el estudio observamos que el 100% de las entrevistadas, se encuentra actualmente desempleada y se dedica a realizar oficios de tipo domésticos. Por lo cual podemos argumentar que si el escaso deseo de superación, proyectos de vida y carencia de ocupación continúa sin percibir cambios en este grupo etario, existirá un alza en el número de embarazos en la adolescente.

Uno de los principales núcleos o estructuras que una nación posee, descansan sobre la familia, si esta misma no es estimulada a crecer en un ambiente sano y acogedor no puede crecer de forma plena. La familia forma parte integral de todas las estructuras para sostener el carácter de su propia existencia. La desintegración familiar es un problema en la medida en que una estructura existente se hace disfuncional, no puede desempeñar eficazmente su finalidad específica, creando consecuentemente un desequilibrio en sus interrelaciones con las demás estructuras sociales. Argumentando respecto al grado de integración familiar que tiene nuestra población en estudio, concluimos que el 85% de las entrevistadas refiere que vive con su pareja y agrega que habita en hacinamiento, formando una nueva familia con más de 5 integrantes. Entendemos deduciendo que en la medida que la adolescente se acompaña con su pareja, abandona de manera precoz su núcleo familiar y es llevada a formar parte de un nuevo grupo familiar. Esto lleva a que se distorsionen los roles que le han sido asignados, creando una situación inadecuada en su patrón cultural y un problema que desestabiliza hechos que no han sido planificados, iniciando una nueva vida en unión consensual con su pareja, formando parte de otra estructura familiar que crean familias más extensas y en hacinamiento. A lo cual entre mayor sea la medida en que se presenten este tipo de tendencias, mayor será la probabilidad de que se produzcan embarazos en las adolescentes.

La pobreza, una baja calidad escolar y la poca capacidad de decisión y control sobre sus propios planes de vida, ponen a las adolescentes en mayor riesgo ante el embarazo y la maternidad temprana. Eso, a su vez, se asocia con menores oportunidades educativas, económicas y laborales. Concluimos en el estudio realizado que el 80% de las entrevistadas, dependen económicamente en su mayoría de su pareja, probablemente por el hecho de no tener un empleo que las sustente y la falta de oportunidades que están directamente asociadas con su embarazo precoz, que se convierten en impedimentos para que las adolescentes aprovechen al máximo sus oportunidades de desarrollo y al no poder elegir efectivamente metas y tomar decisiones libres acerca de sus planes de vida, estableciendo un patrón cultural en ellas, que

perciben su dedicación y mentalidad solo a la procreación de sus hijos, volviéndose esto un estilo de vida habitual y obteniéndose como resultado una mayor tendencia a la alza de un embarazo.

En lo referente a la religión en la población estudiada, no se encontró una tendencia que nos indique que el pertenecer o no a una estructura religioso, provoque una disminución o un aumento del número de embarazos en la adolescente.

Dentro de otros factores sociales y culturales que inciden en este grupo estudiado, encontramos que el 60% de las entrevistadas refiere estar acompañada con una pareja mayor a la del adolescente, además de que el 80% de sus parejas trabajan en el área de la agricultura. De esto podemos argumentar que las adolescentes buscan una pareja con estabilidad económica, con mayor madurez y seguridad, más independientes, que pueda solventar sus necesidades básicas.

Un 70% refiere que su pareja no ha tenido al momento ningún descendiente previamente, a la relación que lleva con la adolescente embarazada, por lo que se concluye que a menor número de hijos que tenga su pareja mayor es la tendencia de un embarazo en este grupo etario. Probablemente sea porque la pareja así se lo demande, por el deseo de concebir un hijo por primera vez.

Un 70% refiere que la edad en que se casan o se acompañan las mujeres en su grupo familiar es en la mayoría en etapa adolescente y un 60% de las adolescentes refiere que la edad apropiada para que ella conciba un embarazo es durante la adolescencia. Por lo cual podemos concluir que se tiene una mayor influencia cultural y más aceptación de la sociedad al tema del embarazo adolescente, estas condiciones de vida favorecen las tempranas relaciones sexuales de las jóvenes y esto lleva a que incurran más embarazos en este grupo etario.

Las entrevistadas refieren que en un 70% las mujeres primero se acompañan para posterior concebir un embarazo, por lo cual podemos concluir que previo al embarazo,

buscan seguridad y estabilidad en la relación sentimental que brinde su pareja. Respecto a la razón por la cual más frecuentemente deciden casarse o acompañarse la mayoría de las entrevistadas en un 35% respondió que lo deciden por amor a su pareja, un 20% por razones económicas y un 15% por escapar de su hogar. Concluimos que las causas más preponderantes por las que toman a bien acompañarse o casarse es por el amor que tienen a la pareja, buscando afecto y atención del que no se les ha impartido en el hogar. Además de que buscan una mayor solvencia y estabilidad económica, y poder lograr así otro estilo de vida aunque no sea el mejor. Y otro porcentaje menor desea huir de casa porque no logran el apoyo y comprensión de los miembros de su familia, y más a menudo, de los padres, al sentirse poco comprendidas, aceptadas, ni apreciadas.

Un 35% de las entrevistadas refiere recibir información sobre vida sexual de una institución educativa, un 20% de amigos y otro 20% de los padres, concluimos de que no se recibe la información más adecuada, ni confiable para que ellas pueden tomar decisiones más correctas y más acertadas. Por no recibir dicha información del personal con mayor capacidad. Esto provoca una mayor tendencia a que se produzcan más embarazos en las adolescentes. Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual, incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales. Por lo tanto, gran parte de la educación sexual que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar.

El 90% de las entrevistadas refiere que su inicio de la menarquía fue de forma precoz entre las edades de 11 a 14 años, concluimos que este adelanto de la menarquia es un factor biológico, que se acompaña de actitudes y de comportamientos hacia el sexo opuesto, que pueden conducir a un ejercicio temprano de la sexualidad, determinante en la aparición de conductas de riesgo, lo cual provoca un despertar sexual más precoz y muy importante en sus vidas carentes de otros intereses, con escolaridad pobre, sin proyectos, con modelos familiares de iniciación sexual precoz, por estimulación de los

medios, con muy escasa comunicación verbal y predominio del lenguaje corporal, siendo que si este factor se presenta precozmente, habrá una mayor tendencia a la alza del número de embarazos.

Finalizando todo lo antes descrito podemos argumentar; que si los factores sociales y culturales que se presentan en la adolescente como lo es; una menarquia precoz, baja escolaridad, desempleo y ausencia de proyectos de vida, falta de una verdadera integración familiar, pobre nivel económico, carencia de cultura y educación, todo esto incidirá de manera negativa, provocando una tendencia mayor a que se presente un embarazo precoz en este grupo etario.

4.2.2 FACTORES PSICO-CONDUCTUALES.

Un 65% de las entrevistadas refiere que inicio precozmente sus relaciones sexuales, podemos concluir que pueda estar ligado a una menarquia menor, que ha provocado en este grupo un despertar sexual más precoz para iniciar sus relaciones sexuales, como consecuencia de esto la mayoría tuvo su primer embarazo a menor edad. Y si se presentare un embarazo previo a menor edad, sigue una tendencia la adolescente de volverse a embarazar de nuevo, lo que nos hace argumentar que la tendencia del embarazo incrementa, a menor edad de iniciarse sexualmente.

Un 95% de las entrevistadas refiere presentar una buena autoestima, obteniendo como resultado que a mayor autoestima, mayor es la tendencia de un embarazo en la adolescencia. Probablemente esto incida porque estas adolescentes son más seguras de quienes son, son capaces de tener intimidad en sus relaciones, no ocultan sus sentimientos, por lo que las lleva a tener más libertades sexuales, volviéndose este un factor que tiende a provocar un embarazo precoz.

Un 70% de las entrevistadas refiere que ha tenido hasta el momento una sola pareja sexual, por lo que en la mayoría de este grupo estudiado, no existe promiscuidad. Sin embargo un pequeño grupo de adolescentes del 10% ha tenido más de 3 parejas sexuales y es la que mayor tendencia de embarazos tiene.

Un 90% de este grupo refiere que inicio las relaciones sexuales con su novio, agregado a que el 70% de este grupo entrevistado nunca ha utilizado el preservativo en las relaciones que mantiene con su pareja. Podemos concluir que el mantener una relación sentimental prematuramente, como lo es un noviazgo en las adolescentes y baja utilización de un preservativo para prevenir un futuro embarazo en la adolescente, aunado a las prácticas y libertades sexuales tempranas que estos realizan. Todos estos malos hábitos, imprudencia, inmadurez e irresponsabilidad, aumentan la tendencia a presentar un mayor número de embarazos.

De este grupo un 40% admite que no fue su primera relación sexual cuando tuvo su primer embarazo, refiriendo que ha presentado múltiples relaciones sexuales previamente. Por lo que vemos implicados que si estas tendencias persisten, provocarían un mayor número de embarazos futuros.

El 95% de las entrevistadas refiere que se sentía parte del grupo familiar, se le tomaban en cuenta todas sus opiniones y sugerencias, concluimos argumentando que, en aquellas adolescentes que se les toman en cuenta sus sugerencias y opiniones, quizás por falta de disciplina de los padres, el descuido de la adolescente y la total libertad que se les brindaba en el hogar, presentaron una mayor tendencia al número de embarazos.

El 80% de las embarazadas adolescentes refieren que no tenían establecido metas fijas para su vida, antes de estar embarazadas. Concluimos que la mayoría de las adolescentes no presentan un desarrollo de proyectos de vida a futuro, en los cuales no solo se vean como madre, sino como mujeres con numerosas dimensiones y potencialidades que les permitan acceder a posibilidades de movilidad social reales, y a su realización personal y colectiva. Esto debido al bajo nivel económico, falta de oportunidades, bajo nivel de estudio, pobre orientación a emprender metas y otras debilitantes de su entorno.

Sobre el abuso sexual podemos argumentar que el 100% de las entrevistadas, no se sintió presionada por alguna persona, ni se le forzó físicamente con amenazas, para mantener relaciones sexuales. Concluyendo que este factor no influye en este grupo de adolescentes, pues no existe ninguna tendencia al aumento de los embarazos en este grupo etario.

Finalizando el estudio de estos factores psicoconductuales, podemos argumentar que si se presentan elementos tales como; el temprano inicio de las relaciones sexuales, la promiscuidad, la carencia de proyectos de vida, adolescencia con madurez irresponsable, autoestima alta, falta de disciplina y autoridad en el hogar por parte de los padres, todo esto incurre de manera negativa, provocando una tendencia mayor a que se presente un embarazo en la adolescente.

4.2.3 FACTORES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD.

El tema de salud sexual se orienta al mejoramiento de la vida, al bienestar y al logro de las relaciones personales sanas y equitativas. Su fin fundamental es lograr disfrutar de una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos, todo esto con respeto de los derechos humanos y sexuales que garanticen el derecho a libertad sexual de hombres y mujeres en las distintas etapas del ciclo de vida, sin que para ello tenga que sufrir discriminación, coacción o violencia.

El 95% de las embarazadas adolescentes refieren que en algún momento de su vida han recibido consejería sobre salud sexual y reproductiva, al igual que un 95% también ha recibido información de cómo prevenir un embarazo. Sin embargo refieren que solo un 50% ha recibido información del personal de salud, capacitado sobre el tema. Comparándolo con la información que brinda el personal de salud, podemos argumentar que el 100% de los entrevistados realiza educación sobre, promoción de la salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos seguros y modernos, prevención e información sobre ETS, derechos en salud sexual y reproductiva, educación sobre sexualidad y salud reproductiva, prevención y atención en materia de violencia de género. No obstante solo un 67% refiere que la atención brindada la evalúa al implementarla como

excelente, entiendo que en el 33% restante realizan dicha ejecución con algunas deficiencias, como es en el caso de los promotores de salud para este estudio.

Esta atención brindada en salud sexual reproductiva se implementa por parte del personal de salud, durante la atención preconcepcional, inscripción del adolescente y su respectivo control, como en la atención de P.F en la adolescente. Sin embargo el 67% de las adolescentes refiere que nunca, consulto para obtener información sobre salud sexual y reproductiva. De lo cual concluimos que si la adolescente se han acercado al personal de salud, es con la idea de obtener métodos de planificación familiar y no buscando una consejería sobre educación en salud sexual y reproductiva.

El 80% de las entrevistadas refiere no saber cuáles son sus días fértiles y por consiguiente refieren un 60% que no saben exactamente cuándo exactamente existe un riesgo de presentar un embarazo, durante las prácticas sexuales que estas mantienen. Aunque el 70% manifiesta que si utiliza métodos de planificación familiar, de estas un 50% conoce métodos tales como; ACO, inyectables y preservativos, que son los métodos básico con los que cuenta la unidad de salud y los que utiliza la población. Ademas hacemos mención que un 65% califica la información brindada sobre estos métodos, como buena y que debido al mal uso que estas realizan de los métodos anticonceptivos un 10%, lo refiere como causa posible de su embarazo. Por lo que podemos argumentar que por su bajo nivel educativo, cuando el personal de salud brinda la consejería de salud sexual reproductiva y el uso de métodos anticonceptivo, no se asimila correctamente, dicha información por las usuarias, ya que aún se perciben dudas entre ellas al momento de prevenir un embarazo.

La promoción de la salud constituye un proceso que abarca las acciones dirigidas principalmente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y grupos, así como las encaminadas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. El fin último de dichas acciones es propiciar espacios saludables donde los diferentes actores involucrados participen responsablemente en el mantenimiento y mejoramiento de su bienestar.

La educación juega un papel fundamental, ya que constituye la base del conocimiento y permite el desarrollo de las destrezas que habilitan, tanto al adolescente, como al joven para tomar decisiones y ser responsables en materia de salud. Por tanto, se hace necesaria una educación sexual de carácter alternativo que ofrezca a este grupo la posibilidad de elegir patrones y comportamientos en correspondencia con su forma particular de interpretar la sexualidad y determinar su manera de expresarla y sentirla de forma libre, lo que permite armonizar lo individual y lo social y enriquecerla sin conflictos antagónicos.

Un 90% de las entrevistadas refiere que nunca se ha inscripto al programa del adolescente, esto se puede contrastar con el hecho de que en un 67% el personal de salud refiere que de forma ocasional, se realiza detecciones activas e inscripciones al programa, y que un 83% del personal de salud refiere que nunca se realiza una inscripción preconcepcional a las adolescentes.

Además el personal de salud refiere que no creen que sea apropiada la cobertura y calidad de las actividades de promoción que se brindan a las adolescentes. Por lo consiguiente no se detecta oportunamente en la comunidad a la adolescente con riesgo de un embarazo. Asimismo no se realiza una programación dentro la unidad que vaya orientada hacia los aspectos preventivos del embarazo en este grupo etario, tomando en cuenta los factores protectores y de riesgo en este grupo. Por lo que el personal de salud admite que un 83% de ellos, no realizan actividades orientadas directamente a la prevención de que surjan embarazos en la adolescente.

En cuanto al acceso de los servicios de salud solo un 15% refiere que para ellas si existe dificultad, al momento de acercarse a una unidad de salud, mencionando como principal factor el acceso geográfico, lo cual le impide obtener oportunamente un servicio de salud.

Finalizando con lo anteriormente descrito, en cuanto a los factores de la atención primaria en salud, podemos argumentar que si las adolescentes recibieran de manera oportuna y eficaz los beneficios de la atención primaria en salud, se disminuiría la

tendencia que estas tienen a posibles embarazos futuros. Sin embargo sino se modifican ciertos aspectos, esto representara siempre un problema para la salud pública. Por lo que aún falta mucho trabajo que realizar por parte de los servicios de salud, como la creación de nuevas estrategias, orientadas al acercamiento de las adolescentes mediante la intersectorialidad e interinstitucionalidad, para llevar a cabo, una mayor promoción en salud enfocadas al tema de salud sexual y reproductiva, para crear una conciencia en las adolescentes, sobre la prevención del embarazo, planificación de proyectos de vida, actitudes de madurez en el adolescente, correcta utilización de métodos de P.F, expectativas y oportunidades mayores para este sector de la población, para realizar cambios en sus patrones de comportamiento cultural, imprudencia y falta de buena formación sexual.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Podemos argumentar que en el estudio, los detonantes principales que inducen mayor tendencia de embarazos en las adolescentes, son en gran medida los factores socio-culturales y los psico-conductuales, sin embargo podemos hacer mención que si las adolescentes recibieran los beneficios de la atención primaria en salud, disminuirán con ello los embarazos que este grupo etario presenta. Aunque podemos inferir que aún existen grandes desafíos como vacíos en los sistemas de atención en salud primarios, los cuales están pobremente orientados en el abordaje directo de la prevención de embarazos en los adolescentes. Siendo nuestra conclusión que no hay factores en si aislados, sino que la problemática de salud de los embarazos en las adolescentes, tiene un principio de tipo multifactorial en la población estudiada.

En la adolescencia es una etapa en la que no se ha alcanzado la suficiente madurez fisiológica, psicología y emocional, repercutiendo en la realización de los planes a futuro que garanticen una mejor calidad de vida personal y social, notándose una poca o nula capacidad en la formulación de ideales propios, adoptando estilos de vida ajenos, adquiriendo respuestas a sus inquietudes en fuentes cercanas a actividades grupales, lo que provoca caer en conductas de riesgo como es el embarazo en la adolescencia tema que en nuestro país se ha convertido en un problema de salud nacional.

Los embarazos adolescentes se dan por falta de información y comunicación, ya sea por parte de los padres con los adolescentes y de parte de la institución educativa o de la institución de salud, además hay mucha falta de información segura y distorsionada por parte de amigos y entorno social de los jóvenes. En el factor social en las familias acostumbran a casarse a temprana edad, lo que representa un patrón cultural marcado y con la falta de comunicación y la falta de orientación de las adolescentes sobre sexualidad, a pesar de tener principios dados en casa los cuales se deducen que no han sido bien fijados en los sujetos de estudio, se hace una conducta repetitiva de generación en generación.

Las jóvenes adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales a temprana edad, desconocen información sobre el ciclo de ovulación, menstruación y la fecundidad. Además no existe conocimiento adecuado sobre planificación familiar, factor que puso en mayor vulnerabilidad el embarazo precoz; lo cual no solo afecta a las jóvenes implicadas, sino también a las familias y la sociedad.

Las adolescentes dicen estar en pareja y no trabajan, refieren que dependen económicamente ya sea de la pareja o de los padres, debido a que son menores de edad y estos padres tienen responsabilidad legal hacia ellos y al niño por nacer. Además un ambiente familiar con mayor libertad, despreocupación y poca disciplina a sus hijos adolescentes, llevara consigo a las adolescentes a tomar decisiones erróneas como conductas que tienden a iniciar precozmente la actividad sexual, por no pertenecer a un hogar estable con valores y responsabilidad, al no tener una imagen correctiva que las conduzca a una vida con valores y a lograr mayores aspiraciones.

La falta de conocimiento de los temas de salud sexual y reproductiva condiciona a la adolescente a adoptar estilos de vida no saludables y por ende comportamientos sexuales de riesgo, desencadenando embarazos precoces.

Con respecto a la religión se destaca el hecho que en la mayoría de las entrevistadas pertenecían a una estructura religiosa ya sea católica o evangélica, pero se observa que no cumplen con el mandato religioso, que implica cuidarse con métodos naturales o abstinencia y de respetar una serie de normas que obligan primero a casarse antes de presentar un embarazo.

El embarazo no planeado en las adolescentes es el producto de la falta de información sobre los anticonceptivos, el sexo sin protección, la falla anticonceptiva o el uso incorrecto de estos métodos de planificación familiar.

La mayoría de las adolescentes presenta un bajo nivel de escolaridad, debido a que abandona tempranamente sus estudios por el embarazo en curso, y que posteriormente a este embarazo no se vuelve a retomar la educación, por lo que fomenta a que se presente un ciclo repetitivo, en el cual ha observado el mismo patrón de conducta, entre las generaciones de su familia, que llevan a la creación de futuros embarazos en estas adolescentes, y como resultado se obtienen más adolescentes desocupadas y sin posibilidades de reintegrarse hacia un fin laboral. Así mismo este bajo nivel educativo, provoca que se presenten dificultades al momento de querer recibir e interpretar información que brinde el personal de salud sobre salud sexual y reproductiva.

La red de servicios de salud muestra deficiencia a la hora de brindar cobertura en promoción y educación sobre temas de salud sexual y reproductiva, las adolescentes se informan poco o nada, porque no hay estrategias de acercamiento que les haga generar interés y conciencia sobre temas de sexualidad y prevención oportuna de un embarazo.

Los adolescentes en su mayoría han escuchado hablar sobre los métodos para prevenir un embarazo, sin embargo la mayoría no los utiliza por desconocer el uso correcto de los mismos, que sin la debida promoción y educación de estos, terminara influyendo en el embarazo de las adolescentes.

Es evidente que la carencia de proyectos de vida de las adolescentes, sin metas claras y fijas, hacen que se mantengan las mismas conductas y patrones de su entorno familiar, presentando siempre en su ambiente ciclos generacionales de embarazos adolescentes, mostrando como máxima aspiración solo el ser madre y dedicarse al cuidado de su hijo. Con respecto a al consumo de drogas, parece ser que en esta población no incide sobre el número de embarazos, ya que no se observó una tendencia, para argumentar que este factor incida en la gestación del adolescente.

RECOMENDACIONES

A LOS ADOLESCENTES Y FAMILIA

Que los padres den un apoyo y preparación a los adolescentes sobre educación sexual y la importancia de la comunicación entre éstos y sus hijos en edades adolescentes, para que puedan tomar decisiones conscientes y orientadas, desarrollando la capacidad de resistir las presiones sociales y grupales que favorecen las relaciones sexuales tempranas.

Incorporar a las adolescentes a grupos de autoayuda intersectorial dirigido por personal interesado en la problemática personal de salud, profesores, familia, líderes comunales y religiosos, para que juntos brinden una atención integral a las adolescentes ayudándoles a formular y ejecutar su proyecto de vida; ampliando las oportunidades laborales y educativas. Como estas entidades de ayuda social deben realizar programas de capacitaciones dirigidos a este grupo de población para que en su hogar puedan hacer tareas que tengan fines lucrativos para ayudarse económicamente y tener un mejor nivel de vida.

Las iglesias entre sus enseñanzas deben tomar en cuenta que la fijación de los principios, es un factor importante para que la persona pueda desarrollarse y que no basta solo con enseñar, sino orientar a las personas de la manera correcta para que esta en el futuro no tenga conductas que a criterio de las religiones no son aceptables.

A LA INSTITUCION DE SALUD

Incorporar la intersectorialidad e interinstitucional, para implementar e incrementar estrategias de educación y promoción en salud orientadas al tema de salud sexual y reproductiva.

Se debe trabajar en la calidad de la consejería anticonceptiva, diversificar la oferta de métodos como el DIU y los inyectables, así como aumentar el acceso a la

anticoncepción hormonal de emergencia. Son desafíos que los servicios de salud reproductiva para adolescentes deberían encarar de manera sistemática.

Detectar en la comunidad, grupos de riesgo de embarazo durante la adolescencia, sensibilizando a la comunidad sobre la importancia de su inscripción temprana. Además de programar actividades de capacitación para los recursos humanos involucrados en la atención de los y las adolescentes en temas y metodologías de trabajo con este grupo etario.

Crear programas de orientación a los padres sobre la educación sexual de los hijos y la de la importancia de la comunicación entre éstos y sus hijos en edades adolescentes

Coordinaciones estrechas con los centros educativos para el desarrollo de talleres en temas de salud sexual y reproductiva, con participación de los padres de familia, docentes y adolescentes.

El establecimiento de salud, debe de actuar en forma más protagónica, potenciando el papel social de la participación, con el enfoque de género, incorporando los aspectos culturales en la comprensión de la vivencia de la sexualidad y de la necesidad de priorizar las estrategias que conllevan a prácticas saludables de la salud sexual y reproductiva de la población de los adolescentes.

Para futuros estudios de investigación se recomienda, orientarse a identificar factores que inciden en las adolescentes a adoptar conductas sexuales y reproductivas de riesgo, tomando en cuenta además el medio y las características geo-poblacionales, que permitan mejorar el abordaje de los temas de salud sexual y reproductiva.

Desarrollar capacidades y habilidades, por medio de capacitaciones a los recursos de la Unidad de Salud Las Lomas, con el fin de que estos se empoderen y sean partícipes en el desarrollo e implementación de estrategias orientadas a la salud sexual y reproductiva.

A LOS CENTROS EDUCATIVOS

Los temas de salud sexual y reproductiva, deben ser impartidos por los maestros con todo el conocimiento sobre el tema, dándole la confianza al alumno para que pregunte las dudas que pueda tener; previo a esto debe existir un proceso de coordinación, capacitación y retroalimentación continua por parte del personal de salud del establecimiento hacia los diferentes centros educativos.

Las instituciones educativas deben mantener comunicación constante, con los padres y comprometerlos a asistir a las escuelas de padres en donde les impartan temas de salud sexual y reproductiva enfocada a los adolescentes.

Solicitar a los centros escolares incorporar conductas saludables en los adolescentes, fomentando el protagonismo juvenil, en conjunto con el Ministerio de Salud y desarrollando diferentes actividades socio-recreativas, incluyendo extracurriculares, para mantener a los adolescentes ocupados y alejados de las conductas de riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- Azambuja Loch, J. (2002). *La confidencialidad en la asistencia a la salud del*. Porto Alegre: PR: Edipucrs.
- Alvarez Lajonchere, D. (1993). *El Embarazo en la Adolescencia*. La Habana, Cuba: Científico-Técnica.
- Behrman, R. Kliegman, R. Jenson, B. (2006). *Nelson Tratado de Pediatría*. Madrid: Elsevier.
- Carlos García, C., & González Meneses, A. (2000). *Tratado de pediatría social*. Madrid: Díaz de Santos.
- Castillo, C. López, C. Muñoz, C. & Rivera, J. (1992). *Una aproximación a la conflictiva de la adolescente soltera embarazada*.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (Febrero de 2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011*. Obtenido de La adolescencia: Una época de oportunidades: http://www.unicef.org/ecuador/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf
- Marinis, P. (1 de Marzo de 2010). La comunidad según Max Weber. *desde el tipo ideal de la Vergemeinschaftung hasta la comunidad de los combatientes*. Buenos Aires, Argentina. Obtenido de <http://www.identidadcolectiva.es/pdf/58.pdf>
- Ministerio de Salud de El Salvador. (Septiembre de 2012). *El Plan intersectorial para la atención integral de la salud de la población adolescente y joven 2012-2014*. Obtenido de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/planes/plan_intersectorial_adolescentes.pdf
- OMS. (3 de JUNIO de 1998). Glosario de la Promoción de la Salud. Ginebra, Suiza. Obtenido de http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- OMS. (2008). Comisión de determinantes sociales de la salud. *Subsanar las desigualdades en una Generación: Alcanzar la Equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Journal S.A. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- Organizacion Mundial de la Salud. (21 de Noviembre de 1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud . *Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*. Ottawa, Canada. Obtenido de http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud . (8 de 11 de 2009). *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*. Obtenido de <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SSRA-programas-politicas.pdf>

- Organizacion Panamericana de la Salud. (2007). Evaluación de la promoción de la salud. *Principios y perspectivas*. Washington D.C, USA.
- Organización Panamericana de la Salud. (07 de 12 de 2010). *Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1998*. Obtenido de <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil-salud-sexual-adolescentes-LAC--bilbiografia--1988-1998.pdf>
- Romero, M. I. (10 de 10 de 2000). *Curso Salud y Desarrollo del Adolescente*. Obtenido de Sexualidad y Embarazo: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/leccion15/M3L15Leccion2.html>
- Sosa, B. (13 de Diciembre de 2013). *La Prensa Gráfica*. Obtenido de <http://www.laprensagrafica.com/2013/12/13/catalogan-de-epidemia-embarazos-en-adolescentes>
- Werner, D., & Sanders, D. (1995). *Cuestionando la solución*. (Health Wrights) Obtenido de Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil: <http://www.healthwrights.org/content/books/CLS/indice.htm>

ANEXOS.

GRÁFICO 1.

Tendencias en tasas de fertilidad de adolescentes (15-19 años), 1990-2000

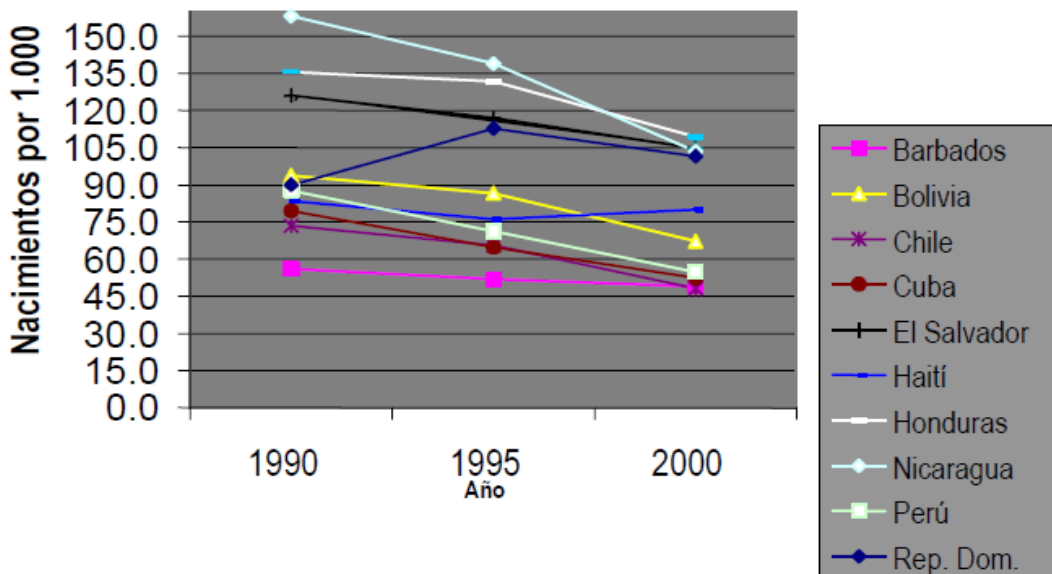
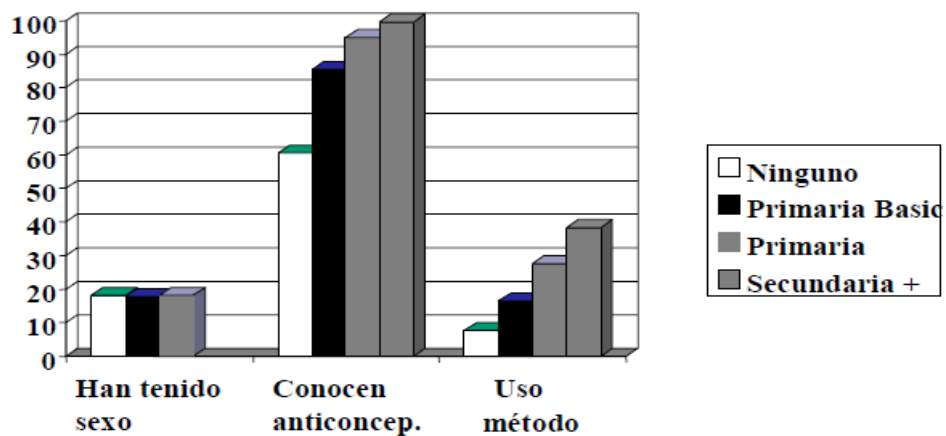


GRÁFICO 2.

Influencias educativas en conducta sexual de Adolescentes, Bolivia, 1998



Fuente: Encuestas Demográficas de Salud, 1994-1996

Cuadro 1: Estadísticas importantes sobre la sexualidad de los jóvenes
<i>Las mujeres jóvenes están abortando y son víctimas de mortalidad materna</i>
<ul style="list-style-type: none"> • La mortalidad materna sigue siendo una de las causas principales de muerte entre las adolescentes.²¹ • En Chile y Argentina, donde el aborto está prohibido, más de la tercera parte de las muertes de madres adolescentes son consecuencia directa de prácticas de aborto.²² • Entre 21% y 30% de los embarazos en México, Colombia, Brasil, República Dominicana, Chile y Perú terminan en aborto.²³
<i>Las mujeres jóvenes sufren violencia doméstica y abuso</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Los adolescentes tienen mayor riesgo de experimentar violencia sexual. En Perú, el 40% de las mujeres jóvenes informaron que su primera relación sexual ocurrió bajo presión o coerción.²⁴ • En Nicaragua, el 26% de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad han experimentado algún tipo de violencia física o sexual en 1998.²⁵ • En Costa Rica, un estudio reveló que el 95% de los embarazos de jóvenes de 15 años o menos eran debidos al incesto.²⁶ • En el Caribe, del 30% de adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, la mitad refiere que su primera relación fue forzada.²⁷
<i>Influencias socioeconómicas en salud reproductiva: los resultados adversos tienen causas comunes</i>
<ul style="list-style-type: none"> • En Colombia, República Dominicana, Guatemala y México, la probabilidad de iniciarse sexualmente antes de los 20 años en niñas con 10 años o más de educación era cuatro veces menor que en aquéllas con menos años de educación.²⁸ • En Perú, los jóvenes con mayor riesgo de sufrir consecuencias negativas de salud reproductiva parecen ser aquellos que provienen de familias de condiciones socioeconómicas bajas.²⁹ • La “conexión” con la familia se asocia con una menor probabilidad de haber tenido sexo.³⁰ • En Ecuador, el porcentaje de mujeres jóvenes entre 15 y 24 años que han estado embarazadas disminuye con la educación, de un 60% (sin educación) a un 29% (con educación universitaria).³¹

²¹ Allan Guttmacher Institute, 1994.

²² Advocates for Youth, webpage, www.advocatesforyouth.org.

²³ Allan Guttmacher Institute, 1994.

²⁴ Cáceres y cols., 2000

²⁵ Macro International, 1998b.

²⁶ OPS, 1999.

²⁷ OMS Centro Colaborador en Salud de Adolescentes/OPS, 2000

²⁸ FNUAP, 1997

²⁹ Magnani y cols., 2001.

³⁰ Ibid.

³¹ CEPAR, 2000.

Cuadro 1: Estadísticas importantes sobre la sexualidad de los jóvenes
Los jóvenes son sexualmente activos, y a una edad temprana
• Aproximadamente un 50% de los adolescentes menores de 17 años de la Región ³² son sexualmente activos.
• Entre 53% y 71% de las mujeres en la Región tuvieron relaciones sexuales antes de los 20 años. ³³
• El promedio de edad del primer coito es de aproximadamente 15–16 años para las jóvenes en muchos países de América Latina y el Caribe; para los varones el promedio es de aproximadamente 14-15 años. ³⁴ Los jóvenes en ciertos países del Caribe inician la vida sexual a una edad tan temprana como los 10 y 12 años. ³⁵
• Un número significativo de adolescentes mujeres están casadas o en unión. Entre el 18% (Perú), 38% (El Salvador) y 34% (Trinidad y Tobago) de las adolescentes están casadas a los 18 años. La mayoría de las relaciones sexuales entre las mujeres jóvenes se producen dentro del matrimonio. ³⁶
Los niveles de conocimiento son altos pero todavía existen brechas
• En general, los niveles de conocimiento sobre anticoncepción y la concientización del riesgo de VIH son altos, pero los adolescentes saben menos sobre otras ITS y sobre las formas de transmisión del VIH. ³⁷
• Entre una cuarta parte y la mitad de las adolescentes entre 15 y 19 años de edad en Guatemala, Perú, Haití y Brasil no saben que una persona con SIDA puede parecer saludable. ³⁸
La conducta sigue sin cambiar
• Solamente el 30% de los jóvenes en el Caribe se preocupan del embarazo; el 26% utiliza anticonceptivos de forma constante. ³⁹
• Las encuestas en el Caribe sugieren que el 40% de las adolescentes y el 50% de los adolescentes varones no tienen acceso a anticonceptivos durante su primera relación sexual. ⁴⁰
Consecuencias negativas de la salud reproductiva
<i>Las mujeres jóvenes se embarazan</i>
• Entre el 35% y el 52% de los embarazos adolescentes en la Región no fueron planificados. ⁴¹
• Como promedio, el 38% de las mujeres se quedan embarazadas antes de los 20 años. ⁴²
• En la mayoría de los países de América Latina, entre el 15 y el 25% de todos los recién nacidos eran hijos de adolescentes. ⁴³

³² FNUAP, 1997.

³³ Basado en encuestas EDS, 1990 - 1999

³⁴ Camacho-Hubner, 2000.

³⁵ UNICEF, 1998; OMS/OPS, 2000.

³⁶ Singh, S. y cols., 2000.

³⁷ FNUAP, 1997.

³⁸ UNICEF, 2000

³⁹ OM/OPS, 2000.

⁴⁰ UNICEF, 1997b

⁴¹ FNUAP, 1997

⁴² FNUAP, 1997

⁴³ UNICEF, 1997b

ANEXOS II
ANALISIS DE DATOS.

FACTORES SOCIALES Y CULTURALES

Tabla 1. 1 Edad de la paciente

Número de embarazos que has tenido	¿Qué edad tienes?		Total
	14 a 16 años	17 a 19 años	
Primer Embarazo	4 22.2%	14 77.8%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	4 20.0%	16 80.0%	20 100.0%

Tabla 1. 2 Estado Civil

Número de embarazos que has tenido	Estado Civil		Total
	Acompañada	Soltera	
Primer Embarazo	15 83.3%	3 16.7%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	17 85.0%	3 15.0%	20 100.0%

Tabla 1. 3 Grado de Escolaridad

Número de embarazos que has tenido	Escolaridad			Total
	Primaria	Secundaria	Bachillerato	
Primer Embarazo	8 44.4%	9 50.0%	1 5.6%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	9 45.0%	10 50.0%	1 5.0%	20 100.0%

Tabla 1. 4 A que te dedicas actualmente

Número de embarazos que has tenido	¿Trabajas actualmente?	¿A qué te dedicas?	Total
	No	Oficios Domésticos	
Primer Embarazo	18 100.0%	18 100.0%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	20 100.0%	20 100.0%	20 100.0%

Tabla 1. 5 Con quien vives actualmente

Número de embarazos que has tenido	¿Con quienes vives actualmente?			Total
	Vive con ambos padres	Vive con la pareja	Otros	
Primer Embarazo	2 11.1%	15 83.3%	1 5.6%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	2 10.0%	17 85.0%	1 5.0%	20 100.0%

Tabla 1. 6 Cuantas personas viven en tu casa

Número de embarazos que has tenido	¿Cuantas personas viven en tu casa?				Total
	1-2 personas	3-4 personas	5-6 personas	Más de 7 personas	
Primer Embarazo	2 11.1%	3 16.7%	4 22.2%	9 50.0%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	3 15.0%	3 15.0%	5 25.0%	9 45.0%	20 100.0%

Tabla 1. 7 De quien dependes económicamente

Número de embarazos que has tenido	¿De quién dependes económicamente?			Total
	Padre	Pareja	Hermanos	
Primer Embarazo	2 11.1%	14 77.8%	2 11.1%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	2 10.0%	16 80.0%	2 10.0%	20 100.0%

Tabla 1. 8 Religión que profesa

Número de embarazos que has tenido	Religión			Total
	Católica	Evangélica	Otros	
Primer Embarazo	12 66.7%	6 33.3%	0 0.0%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	13 65.0%	6 30.0%	1 5.0%	20 100.0%

Tabla 1. 9 Edad de la pareja

Número de embarazos que has tenido	Edad de la pareja			Total
	16 a 20 años	21 a 25 años	Mayor de 25 años	
Primer Embarazo	3 16.7%	11 61.1%	4 22.2%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	3 15.0%	12 60.0%	5 25.0%	20 100.0%

Tabla 1. 10 Cuantas parejas ha tenido el padre de tu hijo, antes de tu embarazo

Número de embarazos que has tenido	¿Cuantas parejas ha tenido el padre de su hijo, antes de su embarazo?					Total
	1 pareja	2 parejas	Más de 3 parejas	No sabe	Ninguna	
Primer Embarazo	1 5.6%	2 11.1%	4 22.2%	2 11.1%	9 50.0%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	2 10.0%	2 10.0%	5 25.0%	2 10.0%	9 45.0%	20 100.0%

Tabla 1. 11 Cuantos hijos más tiene el padre de tus hijos

Número de embarazos que has tenido	¿Cuántos hijos más tiene el padre de su hijo?				Total
	1 hijo	2 hijos	No sabe	Ninguno	
Primer Embarazo	2 11.1%	1 5.6%	2 11.1%	13 72.2%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	2 10.0%	2 10.0%	2 10.0%	14 70.0%	20 100.0%

Tabla 1. 12 Las relaciones sexuales antes del matrimonio, son un pecado

Número de embarazos que has tenido	¿En su familia el tener relaciones sexuales con la pareja antes del matrimonio es pecado?		Total
	Si	No	
Primer Embarazo	13 72.2%	5 27.8%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	14 70.0%	6 30.0%	20 100.0%

Tabla 1. 13 A qué edad es más común que se acompañen las mujeres en tu familia

Número de embarazos que has tenido	¿A qué edad es más común que se casen las mujeres en tu familia?			Total
	16 a 20 años	21 a 25 años	mayor de 25 años	
Primer Embarazo	12 66.7%	4 22.2%	2 11.1%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	14 70.0%	4 20.0%	2 10.0%	20 100.0%

Tabla 1. 14 Cual considera que es la edad apropiada para el embarazo

Número de embarazos que has tenido	¿En tu opinión cual considerarías que es la edad apropiada para quedar embarazada?		Total
	16-20 años	21-30 años	
Primer Embarazo	11 61.1%	7 38.9%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	12 60.0%	8 40.0%	20 100.0%

Tabla 1. 15 Se embarazan las mujeres, antes de acompañarse con su pareja

Número de embarazos que has tenido	¿Cuándo se casan o se unen las mujeres de su familia se encuentran ya embarazada?		Total
	Si	No	
Primer Embarazo	6 33.3%	12 66.7%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	6 30.0%	14 70.0%	20 100.0%

Tabla 1. 16 Razón por la que se casan las mujeres en tu familia

Número de embarazos que has tenido	¿Cuál es la razón por la que más frecuentemente se casan las mujeres en tu familia?					Total
	Porque lo deciden	Por razones económicas	Por amor a tu pareja	Porque la religión así lo demanda	Porque deseas escapar de casa	
Primer Embarazo	3 16.7%	3 16.7%	6 33.3%	3 16.7%	3 16.7%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	3 15.0%	4 20.0%	7 35.0%	3 15.0%	3 15.0%	20 100.0%

Tabla 1. 17 De quien recibes información sobre vida sexual

Número de embarazos que has tenido	¿A través de quien recibes información sobre vida sexual?						Total
	Padres	Familiares	Amigos	Enfermera	Escuela	Medico	
Primer Embarazo	3 16.7%	1 5.6%	4 22.2%	3 16.7%	7 38.9%	0 0.0%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	4 20.0%	1 5.0%	4 20.0%	3 15.0%	7 35.0%	1 5.0%	20 100.0%

Tabla 1. 18 Tienes amigas adolescentes embarazadas

Número de embarazos que has tenido	¿Actualmente tienes amigas adolescentes que estén embarazadas?		Total
	Si	No	
Primer Embarazo	14 77.8%	4 22.2%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	14 70.0%	6 30.0%	20 100.0%

Tabla 1. 19 Edad de tu primera regla

Número de embarazos que has tenido	¿A qué edad tuviste tu primera regla?		Total
	11 a 14 años	15 a 19 años	
Primer Embarazo	16 88.9%	2 11.1%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	18 90.0%	2 10.0%	20 100.0%

Factores Psico-Conductuales

Tabla 2. 1 Edad de tu primera relación sexual

Número de embarazos que has tenido	¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?		Total
	14 a 16 años	17 a 19 años	
Primer Embarazo	11 61.1%	7 38.9%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	13 65.0%	7 35.0%	20 100.0%

Tabla 2. 2 Edad de tu primer embarazo

Número de embarazos que has tenido	¿A qué edad tuviste tu primer embarazo?		Total
	14 - 16 años	17- 19 años	
Primer Embarazo	4 22.2%	14 77.8%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	6 30.0%	14 70.0%	20 100.0%

Tabla 2. 3 Fue tu primera relación sexual, cuando tuviste tu primer embarazo

Número de embarazos que has tenido	¿Fue tu primera relación sexual, cuando tuviste tu primer embarazo?		Total
	Si	No	
Primer Embarazo	12 66.7%	6 33.3%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	12 60.0%	8 40.0%	20 100.0%

Tabla 2. 4 Con quien tuviste tu primera relación sexual

Número de embarazos que has tenido	¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?		Total
	Amigo	Novio	
Primer Embarazo	1 5.6%	17 94.4%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	2 10.0%	18 90.0%	20 100.0%

Tabla 2. 5 Autoestima

Número de embarazos que has tenido	¿Te sientes bien contigo misma, tu forma de ser, tu físico y con la vida que llevas?		Total
	Si	No	
Primer Embarazo	18 100.0%	0 0.0%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	19 95.0%	1 5.0%	20 100.0%

Tabla 2. 6 Integración del grupo familiar

Número de embarazos que has tenido	¿En tu grupo familiar te sentías parte de él, se te tomaba en cuenta tus opiniones, tus sugerencias?		Total
	Si	No	
Primer Embarazo	17 94.4%	1 5.6%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	19 95.0%	1 5.0%	20 100.0%

Tabla 2. 7 Número de parejas sexuales que has tenido

Número de embarazos que has tenido	¿Cuántas parejas sexuales has tenido hasta el momento?			Total
	1 pareja	2 parejas	3 o Más parejas	
Primer Embarazo	14 77.8%	4 22.2%	0 0.0%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	14 70.0%	4 20.0%	2 10.0%	20 100.0%

Tabla 2. 8 Utilizan preservativo durante las relaciones sexuales

Número de embarazos que has tenido	¿Tú o tu pareja utilizan preservativo cada vez que tienen relaciones sexuales?			Total
	Siempre	De vez en cuando	Nunca	
Primer Embarazo	1 5.6%	5 27.8%	12 66.7%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	1 5.0%	5 25.0%	14 70.0%	20 100.0%

Tabla 2. 9 Relación de tus padres contigo

Número de embarazos que has tenido	¿Cómo es la relación de tus padres contigo?				Total
	Excelente	Buena	Regular	Mala	
Primer Embarazo	8 44.4%	3 16.7%	5 27.8%	2 11.1%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	9 45.0%	3 15.0%	6 30.0%	2 10.0%	20 100.0%

Tabla 2. 10 Decisión de las relaciones sexuales, por primera vez

Número de embarazos que has tenido	¿Por qué decidió tener relaciones sexuales la primera vez?					Total
	pareja lo pidió	Curiosidad	Excitación sexual	Las amistades lo hacían	Amor	
Primer embarazo	4 22.2%	1 5.6%	0 0.0%	1 5.6%	12 66.7%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	4 20.0%	1 5.0%	2 10.0%	1 5.0%	12 60.0%	20 100.0%

Tabla 2. 11 Proyectos de vida

Número de embarazos que has tenido	¿Tenías establecido metas fijas para tu vida, antes de quedar embarazada?		Total
	Si	No	
Primer embarazo	4 22.2%	14 77.8%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	4 20.0%	16 80.0%	20 100.0%

Tabla 2. 12 Importancia del estudio

Número de embarazos que has tenido	¿Crees que es importante estudiar?	Total
	Si	
Primer embarazo	18 100.0%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	20 100.0%	20 100.0%

Tabla 2. 13 Violencia intrafamiliar

Número de embarazos que has tenido	¿Fue el embarazo una forma de escape para huir de la violencia intrafamiliar?		Total
	Si	No	
Primer embarazo	1 5.6%	17 94.4%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	1 5.0%	19 95.0%	20 100.0%

Tabla 2. 14 Abuso sexual

Número de embarazos que has tenido	¿Te sentiste presionada en algún momento por alguna persona, para tener relaciones sexuales?	Total
	No	
Primer embarazo	18 100.0%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	20 100.0%	20 100.0%

Tabla 2. 15 Regalos a cambio de relaciones sexuales

Número de embarazos que has tenido	¿Alguna vez recibiste algo de dinero, comida, regalos de alguien a cambio de sexo?		Total
	Si	No	
Primer embarazo	1 5.6%	17 94.4%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	2 10.0%	18 90.0%	20 100.0%

Tabla 2. 16 Relaciones sexuales por abuso físico

Número de embarazos que has tenido	¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales con alguien que te forzaba físicamente a hacerlo, te lastimaba o te amenazaba?	Total
	No	
Primer embarazo	18 100.0%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	20 100.0%	20 100.0%

Tabla 2. 17 Embarazo para retener a la pareja

Número de embarazos que has tenido	¿Querías embarazarte para poder retener contigo a tu pareja?		Total
	Si	No	
Primer embarazo	2 11.1%	16 88.9%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	3 15.0%	17 85.0%	20 100.0%

Tabla 2. 18 Consumes drogas

Número de embarazos que has tenido	¿Consumes algún tipo de droga?		Total
	Si	No	
Primer embarazo	0 0.0%	18 100.0%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	1 5.0%	19 95.0%	20 100.0%

Factores de atención primaria en salud.

Tabla 3. 1 Inscripción al programa del adolescente

Número de embarazos que has tenido	¿Te has inscrito al programa de atención integral al adolescente en tu centro de salud?		Total
	Si	No	
Primer embarazo	2 11.1%	16 88.9%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	2 10.0%	18 90.0%	20 100.0%

Tabla 3. 2 Consejería sobre salud sexual y reproductiva

Número de embarazos que has tenido	¿Has recibido en algún momento de tu vida, consejería sobre salud sexual y reproductiva?		Total
	Si	No	
Primer embarazo	18 100.0%	0 0.0%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	19 95.0%	1 5.0%	20 100.0%

Tabla 3. 3 Información de cómo prevenir un embarazo

Número de embarazos que has tenido	¿Has recibido información de cómo prevenir un embarazo?		Total
	Si	No	
Primer embarazo	18 100.0%	0 0.0%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	19 95.0%	1 5.0%	20 100.0%

Tabla 3. 4 De quien recibiste información para prevenir un embarazo

Número de embarazos que has tenido	¿De quién has recibido información de cómo prevenir un embarazo?					Total
	Amigos	Personal de salud	Padres	Institución Educativa	Ninguna	
Primer embarazo	1 5.6%	10 55.6%	2 11.1%	5 27.8%	0 0.0%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	2 10.0%	10 50.0%	2 10.0%	5 25.0%	1 5.0%	20 100.0%

Tabla 3. 5 Conoces cuáles son tus días fértiles e infértiles

Número de embarazos que has tenido	¿Conoces cuáles son tus días fértiles e infértiles?		Total
	Si	No	
Primer embarazo	4 22.2%	14 77.8%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	4 20.0%	16 80.0%	20 100.0%

Tabla 3. 6 Cuando existe un riesgo de embarazo para ti

Número de embarazos que has tenido	¿Cuándo considerarías tú, que existe un riesgo de embarazo?			Total
	Una semana antes de la menstruación	Una semana después de la menstruación	No lo sé exactamente	
Primer embarazo	1 5.6%	6 33.3%	11 61.1%	18 100.0%
Segundo embarazo	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	2 10.0%	6 30.0%	12 60.0%	20 100.0%

Tabla 3. 7 Utilización de métodos de planificación familiar

Número de embarazos que has tenido	¿Has utilizado métodos de Planificación Familiar en algún momento?		Total
	Si	No	
Primer embarazo	14 77.8%	4 22.2%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	1 100.0%	1 100.0%
TOTAL	14 70.0%	6 30.0%	20 100.0%

Tabla 3. 8 Que métodos anticonceptivos conoces

Número de embarazos que has tenido	¿Qué métodos anticonceptivos conoces?				Total
	Todos	ACO, Inyectables, condones, natural	ACO, Inyectables, condones y DIU	ACO, Inyectables y condones	
Primer embarazo	2 10.0%	3 15.0%	5 25.0%	9 40.0%	18 90.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.0%	1 5.0%
Tercer embarazo	0 0.0%	0 0.0%	1 0.0%	0 5.0%	1 5.0%
TOTAL	2 10.0%	3 15.0%	5 25.0%	10 50.0%	20 100.0%

Tabla 3. 9 Evaluación de la información recibida sobre métodos de P.F

Número de embarazos que has tenido	¿Cómo evalúas la información recibida acerca de los métodos anticonceptivos?			Total
	Buena	Regular	Mala	
Primer embarazo	13	5	0	18
	72.2%	27.8%	0.0%	100.0%
Segundo embarazo	0	1	0	1
	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
Tercer embarazo	0	0	1	1
	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
TOTAL	13	6	1	20
	65.0%	30.0%	5.0%	100.0%

Tabla 3. 10 Causas que influyeron en tu embarazo

Número de embarazos que has tenido	¿Qué causas considera usted que influyeron más para que usted haya quedado embarazada?				Total
	Mal uso de los métodos anticonceptivos	Quería ser Madre	Bajo nivel económico	Otros	
Primer embarazo	1 5.6%	12 66.7%	3 16.7%	2 11.1%	18 100.0%
Segundo embarazo	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%
Tercer embarazo	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
TOTAL	2 10.0%	12 60.0%	4 20.0%	2 10.0%	20 100.0%

Tabla 3. 11 Dificultad en el acceso a los servicios de salud

Número de embarazos que has tenido	¿Crees que hay una dificultad para tener un acceso a los servicios de salud?		Total
	Si	No	
Primer embarazo	1	17	18
	5.6%	94.4%	100.0%
Segundo embarazo	1	0	1
	100.0%	0.0%	100.0%
Tercer embarazo	1	0	1
	100.0%	0.0%	100.0%
TOTAL	3	17	20
	15.0%	85.0%	100.0%

Análisis de la entrevista estructurada al personal de salud.

Tabla 4. 12 Cargo que desempeña en la unidad de salud

Qué cargo desempeña en la unidad de salud		
Cargo	Frecuencia	Porcentaje
Medico	1	16.7
Enfermería	2	33.3
Promotor de Salud	3	50.0
Total	6	100.0

Tabla 4. 13 Evaluación de la implementación de los programas de promoción en SSR

Cargo que desempeña	¿Cómo evalúa la implementación que usted realiza sobre los programas de promoción de salud sexual y reproductiva?		Total
	Excelente	Buena	
Medico	1 16.7%	0 0.0%	1 16.7%
Enfermera	2 33.3%	0 0.0%	2 33.3%
Promotores de Salud	1 16.7%	2 33.3%	3 50.0%
TOTAL	4 66.7%	2 33.3%	6 100.0%

Tabla 4. 14 Frecuencia con la que consulta por información el adolescente sobre SSR.

Cargo que desempeña	¿Con que frecuencia consulta el adolescente para obtener información sobre salud sexual y reproductiva?		Total
	De vez en cuando	Nunca	
Medico	0 0.0%	1 16.7%	1 16.7%
Enfermera	0 0.0%	2 33.3%	2 33.3%
Promotores de Salud	2 33.3%	1 16.7%	3 50.0%
TOTAL	2 33.3%	4 66.7%	6 100.0%

Tabla 4. 15 Frecuencia con la que utilizan métodos de P.F los adolescentes

Cargo que desempeña	¿Con que frecuencia considera usted que los adolescentes utilizan los métodos de planificación familiar?		Total
	De vez en cuando	Nunca	
Medico	0 0.0%	1 16.7%	1 16.7%
Enfermera	1 16.7%	1 16.7%	2 33.3%
Promotores de Salud	2 33.3%	1 16.7%	3 50.0%
TOTAL	3 50.0%	3 50.0%	6 100.0%

Tabla 4. 16 Frecuencia con la que se realizan detecciones e inscripciones de adolescente

Cargo que desempeña	¿Con que frecuencia se realizan detecciones activas e inscripciones de adolescentes al programa en su centro de salud?		Total
	De vez en cuando	Nunca	
Medico	1 16.7%	0 0.0%	1 16.7%
Enfermera	2 33.3%	0 0.0%	2 33.3%
Promotores de Salud	1 16.7%	2 33.3%	3 50.0%
TOTAL	4 66.7%	2 33.3%	6 100.0%

Tabla 4. 17 Realización de inscripciones preconceptionales a las adolescentes

Cargo que desempeña	¿Se realizan inscripciones de atenciones preconceptionales en las adolescentes en su centro de salud?		Total
	De vez en cuando	Nunca	
Medico	0 0.0%	1 16.7%	1 16.7%
Enfermera	0 0.0%	2 33.3%	2 33.3%
Promotores de Salud	1 16.7%	2 33.3%	3 50.0%
TOTAL	1 16.7%	5 83.3%	6 100.0%

Tabla 4. 18 Realización de actividades educativas para prevenir embarazos adolescentes

Cargo que desempeña	¿Se realizan actividades educativas para prevenir el embarazo en la adolescencia?		Total
	Si	No	
Medico	0 0.0%	1 16.7%	1 16.7%
Enfermera	0 0.0%	2 33.3%	2 33.3%
Promotores de Salud	1 16.7%	2 33.3%	3 50.0%
TOTAL	1 16.7%	5 83.3%	6 100.0%

Tabla 4. 19 Capacitación sobre la atención y abordaje a los adolescentes

Cargo que desempeña	¿Ha recibido alguna capacitación sobre la atención y el abordaje de los y las adolescentes?		Total
	Si	No	
Medico	0 0.0%	1 16.7%	1 16.7%
Enfermera	2 33.3%	0 0.0%	2 33.3%
Promotores de Salud	3 50.0%	0 0.0%	3 50.0%
TOTAL	5 83.3%	1 16.7%	6 100.0%

Tabla 4. 20 Evaluación de la capacitación sobre el abordaje de los adolescentes

Cargo que desempeña	¿Cómo consideras que fue esa capacitación		Total
	Buena	Regular	
Enfermera	1 20.0%	1 20.0%	2 40.0%
Promotores de Salud	0 0.0%	3 60.0%	3 60.0%
TOTAL	1 20.0%	4 80.0%	5 100.0%

GUIA DE ENTREVISTA

TEMA: Principales factores que inciden en el aumento de embarazos en las adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de UCSF-B Las Lomas de abril a septiembre del 2015

Objetivo del instrumento.

Recopilar la información necesaria de las adolescentes embarazadas para determinar los factores que influyen en la incidencia de embarazo en adolescentes inscritas en el programa de Atención Materna de la Unidad de Salud Las Lomas, de abril a septiembre 2015.

Factores socio-culturales.

1. ¿Qué edad tienes?

10-13 años 14-16 años 17-19 años

2. Estado civil:

Casada Soltera
Acompañada Separada

3. Escolaridad:

Ninguna Primaria
Secundaria Bachillerato
Universitaria

4. ¿Trabajas actualmente?

No Si

5. ¿A qué te dedicas?

Oficios domésticos Profesión
Agricultura Estudiante

6. ¿Con quienes vives actualmente?

Vive con ambos padres Vive solo con la madre
Vive solo con los abuelos Vive solo con el padre
Vive con la pareja Otros

7. ¿Cuántas personas viven en tu casa?

1 a 2 personas 5 a 6 personas
3 a 4 personas 7 o más personas

8. ¿De quién dependes económicamente?

Padre Ninguno
Madre Hermanos
Pareja Otros

9. Religión

Católica Evangélica
Testigos de Jehová Otros.

10. Edad de la pareja

10 a 15 años 16 a 20 años
21 a 25 años Mayor de 25 años

11. ¿A qué se dedica actualmente tu pareja?

- Agricultor Oficio
Estudiante Profesión
Nada

12. ¿Cuántas parejas ha tenido el padre de su hijo, antes de su embarazo?

- 1 pareja 3 o más parejas ninguna
2 parejas No sabe

13. ¿Cuántos hijos más tiene el padre de su hijo?

- 1 hijo 3 o más hijos Ninguno
2 hijos No sabe

14. ¿En su familia el tener relaciones sexuales con la pareja antes del matrimonio es pecado? Sí No

Explique porque: _____

15. ¿A qué edad es más común que se acompañen o se casen las mujeres en tu familia?

- 10 a 15 años 16 a 20 años
21 a 25 años Mayor de 25 años

16. ¿En tu opinión cual considerarías que es la edad apropiada para quedar embarazada?

- 10 a 15 años 16 a 20 años
21 a 30 años mayor de 30 años

17. ¿Cuándo se casan o se unen las mujeres de su familia se encuentran ya embarazadas?

Si

No

18. ¿Cuál es la razón por la que más frecuentemente se casan las mujeres en tu familia?

Porque están embarazadas

Porque las obligan a casarse

Porque lo deciden

Porque la religión así lo demanda

Por razones económicas

Porque deseas escapar de casa

Por amor a tu pareja

Otras

19. ¿A través de quien has recibido información sobre vida sexual?

Padres

Medios de comunicación

Escuela

Familiares

Enfermera

Medico

Amigos

Otros

20. ¿Actualmente tienes amigas adolescentes que estén embarazadas?

SI

No

21. ¿A qué edad tuviste tu primera regla?

De 8 a 10 años

15 a 19 años

De 11 a 14 años

Factores Psico-Conductuales.

22. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

10 a 13 años 14 a 16 años

17 a 19 años

23. ¿A qué edad tuviste tu primer embarazo?

10 a 13 años 14 a 16 años 17 a 19 años

24. ¿Fue tu primera relación sexual, cuando tuviste tu primer embarazo?

Si No

25. ¿Número de embarazos que has tenido?

Primero Segundo

Tercero 4 o más embarazos

26. ¿Con quién tuviste tu primera relación sexual?

Amigo Novio

Abuso sexual Familiar

27. ¿Te sientes bien contigo misma, tu forma de ser, tu físico y con la vida que llevas?

Si No

28. ¿En tu grupo familiar te sentías parte de él. Se te tomaba en cuenta tus opiniones, tus sugerencias?

Si No

29. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido hasta el momento?

- 1 pareja 2 parejas
3 o más parejas

30. ¿Tú o tu pareja utilizan preservativo cada vez que tienen relaciones sexuales?

- Siempre De vez en cuando nunca

31. ¿Cómo es la relación de tus padres contigo?

- Excelente Buena
Regular Mala
Nula

32. ¿Por qué decidió tener relaciones sexuales la primera vez?

- Tu pareja te lo pidió Excitación sexual Amor
Curiosidad Abuso sexual Dinero
Las amistades lo hacían Quería quedar embarazada

33. ¿Tenías establecido metas fijas para tu vida, antes de quedar embarazada?

- Si No

34. ¿Crees que es importante estudiar?

- Si No

35. Fue el embarazo una forma de escape para huir de la violencia intrafamiliar?

- Si No

36. ¿Te sentiste presionada en algún momento por alguna persona, para tener relaciones sexuales?

- Si No

37. ¿Alguna vez recibiste algo de dinero, comida, regalos de alguien a cambio de sexo?

Si No

Si tu respuesta es afirmativa. Continúa contestando la pregunta

Familiar Amigo Vecino
Maestro Pastor/Sacerdote Otro

38. ¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales con alguien que te forzaba físicamente a hacerlo, te lastimaba o te amenazaba?

Si No

39. ¿Querías embarazarte para poder retener contigo a tu pareja?

Si No

40. ¿Consumes algún tipo de droga?

Si No

Si tu respuesta es afirmativa continua contestando la pregunta.

Tabaco Marihuana Crack
Alcohol Cocaína Otros

Factores atención primaria en salud.

41. ¿Te has inscrito al programa de atención integral al adolescente en tu centro de salud?

Si No

42. ¿Has recibido en algún momento de tu vida, consejería sobre salud sexual y reproductiva?

Si No

43. ¿Has recibido información de cómo prevenir un embarazo?

Si No

44. ¿De quién has recibido información de cómo prevenir un embarazo? Amigos

Padres

Personal de salud Institución educativa

Ningún Otro

45. ¿Conoces cuáles son tus días fértiles e infértiles?

Si No

46. ¿Cuándo considerarías tú, que existe un riesgo de embarazo?

Una semana antes de la menstruación

Una semana después de la menstruación

Durante la menstruación

No lo sé exactamente

47. ¿Has utilizado métodos de Planificación Familiar en algún momento?

Si No

48. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?

Pastillas Preservativo

Dispositivo Intrauterino Inyectables

Natural Ninguno

49. ¿Cómo evalúas la información recibida acerca de los métodos anticonceptivos?

Excelente Buena Regular

Mala Nula

50. ¿Qué causas considera usted que influyeron más para que usted haya quedado embarazada?

- | | | | |
|--|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Mal uso de los métodos anticonceptivos | <input type="checkbox"/> | Falta de información | <input type="checkbox"/> |
| Que tengan una familia disfuncional | <input type="checkbox"/> | Bajo nivel económico | <input type="checkbox"/> |
| Quería ser Madre | <input type="checkbox"/> | Otros | <input type="checkbox"/> |

51. ¿Crees que hay una dificultad para tener un acceso a los servicios de salud?

Si No

Si tu respuesta fue afirmativa con que dificultad te has presentado para obtener un acercamiento a estos servicios.

- | | | | | | |
|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Geográfico | <input type="checkbox"/> | Económico | <input type="checkbox"/> | | |
| Cultural | <input type="checkbox"/> | Social | <input type="checkbox"/> | Ninguno | <input type="checkbox"/> |

GUIA DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA AL PERSONAL DE SALUD.

TEMA: Principales factores que inciden en el aumento de embarazos en las adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de UCSF-B Las Lomas de abril a septiembre del 2015

Objetivo del instrumento.

Recopilar la información necesaria del personal de salud para determinar los factores que influyen en la incidencia de embarazo en adolescentes inscritas en el programa de Atención Materna de la Unidad de Salud Las Lomas, de abril a septiembre 2015.

1. ¿Qué cargo desempeña en la Unidad de salud?

- | | | | |
|-------------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Medico | <input type="checkbox"/> | Enfermería | <input type="checkbox"/> |
| Promotor de Salud | <input type="checkbox"/> | | |

2. ¿Realiza usted actividades de promoción de salud concerniente al tema de salud sexual y reproductiva?

Si No

3. ¿Considera usted importante el orientar sobre el tema de salud sexual reproductiva al adolescente?
 Si No
4. ¿Qué tipo de actividades de promoción en salud sexual y reproductiva realiza?
 Educación sobre métodos anticonceptivos seguros y modernos
 Prevención e información sobre ETS.
 Derechos en salud sexual y reproductiva
 Educación sobre sexualidad y salud reproductiva
 Prevención y atención en materia de violencia de género.
5. ¿Cómo evalúa la implementación que usted realiza sobre los programas de promoción de salud sexual y reproductiva?
 Excelente Buena
 Regular Mala
6. ¿Con que frecuencia consulta el adolescente para obtener información sobre salud sexual y reproductiva?
 Siempre De vez en cuando nunca
7. ¿En qué momento brinda la educación en salud sexual y reproductiva?
 Atención preconcepcional Atención P.F Adolescente
 Inscripción adolescente Control subsecuente
 Todas las anteriores Otro
8. ¿Se realiza consejería en salud sexual y reproductiva con énfasis en anticoncepción y acceso a métodos anticonceptivos, para prevenir el embarazo en la adolescencia?
 Si No

9. ¿Con que métodos anticonceptivos cuenta su unidad de salud?

Preservativo ACO

Inyectables DIU

10. ¿Con que frecuencia considera usted que los adolescentes utilizan los métodos de planificación familiar?

Siempre De vez en cuando nunca

11. ¿Con que frecuencia se realizan detecciones activas e inscripciones de adolescentes al programa en su centro de salud?

Siempre De vez en cuando nunca

12. ¿Se realizan inscripciones de atenciones preconceptionales en las adolescentes en su centro de salud?

Siempre De vez en cuando nunca

13. ¿Considera que la cobertura y calidad de las actividades de promoción ofrecidas a los adolescentes para prevenir embarazos a través de los servicios de salud es la apropiada?

Si No

14. ¿Se detecta oportunamente en la comunidad a la usuaria con riesgo de un embarazo adolescente?

Si No

15. ¿Se le da un seguimiento adecuado y oportuno a la usuaria previamente detectada con riesgo de un embarazo adolescente y de esta manera tratar de prevenirlo?

Si No

16. ¿Realizan una programación orientada hacia los aspectos preventivos comunitarios del embarazo adolescente?

Si

No

17. ¿Se realizan actividades educativas para prevenir el embarazo en la adolescencia?

Si

No

18. ¿Ha recibido alguna capacitación sobre la atención y el abordaje de los y las adolescentes?

Si

No

Si su respuesta es afirmativa, Como considera que fue esa capacitación.

Excelente

Buena

Regular

Mala

19. ¿Se ha elaborado en su Unidad de salud, documentos con propuesta de acciones para prevenir el embarazo adolescente tomando en cuenta los factores protectores y de riesgo?

Si

No

CHECK LIST O LISTA DE COMPROBACION

TEMA: Principales factores que inciden en el aumento de embarazos en las adolescentes de 10 a 19 años de edad que acuden a la consulta de UCSF-B Las Lomas de abril a septiembre del 2015

Objetivo del instrumento.

Recopilar la información necesaria de los registros y expediente que manejan el personal de salud para determinar los factores que influyen en la incidencia de embarazo en adolescentes inscritas en el programa de Atención Materna de la Unidad de Salud Las Lomas, de abril a septiembre 2015.

1. Se cuenta con un registro completo y actualizado de mujeres en edad reproductiva que hacen uso de métodos de P.F
Si No

2. Se cuenta con hoja de inscripción del programa al adolescente en expediente de embarazada previo a su etapa gestacional
Si No

3. Registro de controles subsecuentes del programa de adolescente y su respectivo seguimiento
Si No

4. Se ha realizado inscripción preconcepcional a usuaria adolescente previo a su embarazo en este grupo etario
Si No

5. Registro en expediente de llenado de hoja de tamizaje para indagar violencia al adolescente
Si No

6. Se ha pasado hoja filtro de cuidado preconcepcional en las atenciones previas a las adolescentes

Si

No

7. Se ha brindado consejería en salud sexual y reproductiva al adolescente embarazada en las atenciones por parte del personal de enfermería

Si

No

8. Registro previo en expediente de Inscripción al programa de P.F a la embarazada adolescente

Si

No

9. Registro en libro de referencia y retorno de la detección oportuna en la comunidad por parte del promotor de salud, a la usuaria con riesgo de un embarazo adolescente

Si

No

10. Registro de consejería al adolescente en expediente clínico, por parte del médico sobre salud sexual y reproductiva con énfasis en anticoncepción, para prevenir un embarazo futuro en este grupo etario.

Si

No

11. Registro de documentación con propuesta de acciones para prevenir el embarazo adolescente tomando en cuenta los factores protectores y de riesgo

Si

No

12. Disposición en farmacia con oferta básica de productos anticonceptivos

ACO

Preservativos

Inyectables

13. Registro de actividades educativas dirigidas a adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, sobre ETS, proyecto de vida, derechos de los y las adolescentes, maternidad, paternidad, feminidad, masculinidad y otros temas de interés, con metodología participativa

Si

No

14. Registro de las atenciones a adolescentes por parte de los promotores en los diferentes programas de atención a este grupo etario

Si

No

15. Registro del cumplimiento de normativa en expedientes clínicos de atención al adolescente, cuando el medico pasa instrumentos de supervisión y automonitoreo

Si

No

16. Registro de atención psicológica al adolescente con factores de riesgo tales como embarazo precoz, violencia intrafamiliar, abuso sexual

Si

No

ANEXO III.**PRESUPUESTO DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.**

Rubro de Gastos	Cantidad en Dólares
Resma de papel Tinta Impresora Fotocopias Papel bond Memoria USB. Lapiceros Cds.	\$110.00
Internet Empastados Impresiones Anillados Fólder	\$224.00
Transportes y salidas de campo Galones de gasolina Bus	\$350.00
Gasto varios Consultorías Alimentación Material bibliográfico	\$120.00
Defensa de tesis	\$150.00
Total	\$954.00

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El estudio se llevara a cabo en seis meses y las actividades a realizar son las siguientes:

ACTIVIDADES	Mar.				Abr.				May.				Jun.				Jul.				Agosto				Sep.				Oct.			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección del tema problema	■																															
Diagnóstico		■																														
Plan de trabajo		■	■																													
Introducción				■																												
Justificación				■	■																											
Planteamiento del problema				■	■																											
Antecedentes					■	■																										
Elaboración de objetivos							■	■																								
Entrega del perfil de investigación									■																							
Elaboración del marco teórico										■	■	■	■	■	■	■																
Referencias o bibliografía											■	■	■	■	■	■																
Diseño metodológico																■	■	■	■	■												
Entrega de protocolo de investigación																	■															
Elaboración de instrumentos																		■	■													
Recolección de los datos																				■	■	■	■									
Análisis de los datos																										■	■					
Conclusiones																													■			
Recomendaciones																													■			
Anexos																													■			
Presentación del informe de investigación																														■		