

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



**TEMA:**

**“FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LAS EDADES COMPRENDIDAS DE 10 A 19 AÑOS EN CONTROL PRENATAL EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA SONSONATE EN EL PERIODO ENTRE MARZO Y AGOSTO DE 2016”**

**PARA OPTAR AL TITULO DE:**

**DOCTOR EN MEDICINA**

**PRESENTADO POR:**

**FLORES MERINO, JORGE ALBERTO**

**PABLO FLORES, VERÓNICA BEATRIZ**

**PINEDA CLAVEL, SILVIA BEATRIZ**

**DOCENTE DIRECTOR:**

**DR. JUAN HECTOR JUBIS**

**OCTUBRE DE 2016**

**SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMERICA**

**AUTORIDADES CENTRALES**

**LICDO. JOSÉ LUIS ARGUETA ANTILLÓN**

**RECTOR INTERINO**

**MSc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO**

**VICE-RECCTOR ACADÉMICO INTERINO**

**ING. CARLOS ARMANDO VILLALTA**

**VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO**

**DRA. ANA LETICIA ZAVALA DE AMAYA**

**SECRETARIA GENERAL**

**Mdh. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA**

**DEFENSORIA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS**

**LICDA. NORA BEATRIZ MELÉNDEZ**

**FISCAL GENERAL INTERINA**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE**

**AUTORIDADES**

**ING. JORGE WILLIAN ORTÍZ SÁNCHEZ**

**DECANO INTERINO**

**LCDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA**

**VICE-DECANO INTERINO**

**LCDO. DAVID ALFONSO MATA ALDANA**

**SECRETARIO INTERINO DE LA FACULTAD**

**DR. NELSON EMILIO MONTES**

**JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS TODOPODEROSO**

Por darnos la vida, salud y sabiduría para llevar a cabo la realización de nuestros estudios, ya que de su soberana voluntad depende todo las metas que nos proponemos

### **A NUESTROS PADRES Y HERMANOS**

Quienes con su amor incondicional, esmero, sacrificio y apoyo colaboraron a hacer posible uno de nuestros más grandes ideales

### **A LA UNIVERSIDAD**

Que nos ha formado con una educación de calidad, valores y principios para poder desarrollarnos como profesionales de la salud de una manera integral en beneficio al paciente

### **A NUESTROS DOCENTES:**

Quienes con su vocación y esmero nos han facilitado las herramientas necesarias para nuestra formación como profesionales de la salud

### **A TODOS NUESTROS FAMILIARES Y AMIGOS QUE DE UNA U OTRA FORMA COLABORARON CON EL ÉXITO DE NUESTROS ESTUDIOS**

**Jorge Alberto Flores Merino**

**Verónica Beatriz Pablo Flores**

**Silvia Beatriz Pineda Clavel**

## INDICE

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Introducción	VI
Resumen	IX
Resumen ejecutivo	X
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>12</b>
1.1 Antecedentes histórico	12
1.2 Planteamiento del problema	15
1.3 Justificación del problema	18
1.4 Objetivos	20
1.5 Hipótesis	21
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b>	<b>22</b>
2.1 Adolescencia	22
2.2. Etapas de la adolescencia	22
2.2.1 Adolescencia temprana	20
2.2.2 Adolescencia intermedia	24
2.2.3 Adolescencia tardía	25
2.3 Cambios generales experimentados durante la adolescencia	25
2.3.1 Cambios físicos	27
2.3.2 Cambios psicológicos	28

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
2.4 Factores que influyen en embarazo en adolescentes	32
2.4.1 Factores individuales	32
2.4.2 Factores biológicos	32
2.4.3 Factores sociales	33
2.4.4 Factores económicos	35
2.4.5 Factores familiares	36
2.5 Situación y tendencias del embarazo en adolescentes en la región	38
2.5.1 Embarazo en adolescentes	36
2.6 Salud sexual y reproductiva	48
2.6.1 Medidas de prevención del embarazo	50
2.7 Consecuencias de la maternidad y paternidad en adolescentes	52
2.7.1 consecuencias para la adolescente	52
2.7.2 Consecuencias para el hijo de la madre adolescente	52
2.7.3 Consecuencias para el padre adolescente	53
2.8 Estrategia Nacional de El Salvador sobre salud sexual y Reproductiva y los derechos de los adolescentes y jóvenes	53
2.8.1 Artículo 32	53
2.8.2 Artículo 24	54
2.9 Mortalidad materna	55
2.10 Estrategia MINSAL	56
2.11 Atención primaria en salud	57
2.11.1 Atención primaria en salud integral	60

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
2.11.2 Promoción de la salud	61
2.11.3 Comunidad	62
2.11.4 Participación individual y social	62
2.11.5 Equidad	64
2.11.6 Intersectorialidad	65
2.11.7 APS y organismos no gubernamentales	66
<b>CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>67</b>
3.1 Operacionalización de variables	67
3.2 Diseño metodológico	72
3.2.1 Área de estudio	72
3.2.2 Tipo de estudio	72
3.2.3 Universo de estudio	72
3.2.4 Muestra	72
3.2.5 Estrategia muestra	73
3.2.5.1 Criterios de inclusión	73
3.2.5.2 Criterios de exclusión	74
3.2.5.3 Criterios de inclusión personal de salud	74
3.2.5.4 Criterios de exclusión	74
3.2.6 Fuente de información	75
3.2.6.1 Fuente de información primaria	75
3.2.6.2 Fuentes de información secundaria	75
3.2.7 Instrumento de recolección de datos	75

3.2.8 Procedimiento	76
3.2.9 Condiciones éticas	77
<b>CAPITULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>78</b>
<b>CAPITULO V: PRUBA DE HIPÓTESIS</b>	<b>119</b>
5.1 Hipótesis 1	119
5.1.1 Prueba de significancia estadística	120
5.1.1.1 Hipótesis nula y alterna	120
5.1.1.2 Nivel de significancia	120
5.2 Hipótesis 2	122
5.2.1 Prueba de significancia estadística	123
5.2.1.1 Hipótesis nula y alterna	123
5.2.1.2 Nivel de significancia	123
5.3 Hipótesis 3	125
5.3.1 Prueba de significancia estadística	126
5.3.1.1 Hipótesis nula y alterna	126
5.3.1.2 Nivel de significancia	126
5.4 Hipótesis 4	128
5.4.1 Prueba de significancia estadística	129
5.4.1.1 Hipótesis nula y alterna	129
5.4.1.2 Nivel de significancia	129
5.5 Hipótesis 5	131
5.5.1 Prueba de significancia estadística	131
5.5.1.1 Hipótesis nula y alterna	131

5.5.1.2 Nivel de significancia	132
5.6 Hipótesis 6	133
5.6.1 Prueba de significancia estadística	135
5.6.1.1 Hipótesis nula y alterna	135
5.6.1.2 Nivel de significancia	135
<b>CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>137</b>
6.1 Conclusiones	137
6.2 Recomendaciones	138
6.2.1 A las adolescentes	138
6.2.2 A los padres de familia	138
6.2.3 A la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Sonsonate	139
6.2.4 A los centros educativos	139
6.2.5 Al Ministerio de Salud	140
6.2.6 Al Ministerio de Educación	140
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>141</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>144</b>
<b>GLOSARIO</b>	<b>155</b>

## INTRODUCCION

La adolescencia es un proceso .de cambios continuos, tanto psicológicos, físicos y sociales, el adolescente vive apremiado por esos cambios que conllevan su transición de niño a adulto, lo que convierte a esta etapa de la vida en situaciones internas, sumamente importantes pues en ellas se forman hábitos de conducta y comportamientos sociales. 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.

En la dimensión individual, los factores que constituyen un mayor riesgo de exposición al inicio de actividad sexual son, entre otros, menarquia en edades cada vez más precoces, percepción de invulnerabilidad, baja autoestima, bajas aspiraciones educacionales, impulsividad, mala relación con los padres, carencia de compromiso religioso, uso de drogas, amistades permisivas en conducta sexual y uso marginal e inconsistente de métodos anticonceptivos

En la dimensión familiar se describen como factores de riesgo: estilos violentos de resolución de conflictos, permisividad, madre poco accesible, madre con embarazo en la adolescencia, padre ausente y carencias afectivas

En la dimensión social, uno de los elementos asociados a la actividad sexual precoz, con consecuente riesgo de embarazo sería la erotización de los medios de comunicación, lo que ha contribuido a una declinación de las barreras sociales para el ejercicio de la sexualidad

Otro de los aspectos fundamentales a estas edades lo constituye el sexo indisolublemente ligado al ser humano como ente biológico y que es un proceso instintivo natural modificado por patrones sociales. Esta etapa debe ser de pleno disfrute y para ello resulta necesaria una adecuada orientación, de no

ser así pueden generarse disímiles de problemas como el aborto, la madre soltera, el embarazo precoz, alteraciones en los niños recién nacidos y las infecciones de transmisión sexual.

Privar a los jóvenes de la información y de los servicios que necesiten para prevenir el embarazo y las infecciones de transmisión sexual contribuye a la elevada tasa de embarazos y enfermedades de este tipo encontradas a esta edad. La educación sexual es esencial a fin de crear conciencia en los jóvenes respecto a las consecuencias de la actividad sexual sin protección para ayudarlos a explorar valores y ayudarles a sentirse cómodos en cuanto a su propia sexualidad; lo cual resulta fundamental para lograr una juventud que pueda disfrutar de una sexualidad sana y responsable.

Para la Organización Mundial de la Salud el embarazo en adolescentes es un problema culturalmente complejo que requiere más educación y apoyo para alentar a las niñas a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas.

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema social y de salud pública de alcance mundial, constituyendo en nuestros tiempos un reto de considerable envergadura, ya que las consecuencias implícitas en este problema de orden biopsicosocial repercuten en la calidad de vida de la joven madre y de su familia, y determinan un riesgo considerable para el futuro de su hijo.

Según un estudio del Banco Mundial denominado “Salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes”<sup>1</sup> “Para las inscripciones prenatales, en el año 2011 del total de mujeres inscritas en atención prenatal las adolescentes de 10 a 19 años representa el 31.4% los departamentos que tienen mayor números de adolescentes embarazadas son Usulután 34%, La Unión 32.9%, y San Salvador 32.7%. De acuerdo a los datos del Ministerio de Salud, incluidos en el estudio antes mencionado, el porcentaje de partos institucionales en adolescentes fue de 29.4 % en 2010 y de 29.2% en 2012. Las adolescentes que se inscriben en

---

<sup>1</sup> Revista Jurídica Digital Enfoque Jurídico, el día 17 de Marzo de 2015. “EMBARAZO EN ADOLESCENTES, PROBLEMA ENDÉMICO DE NUESTRA SOCIEDAD”

planificación familiar constituyen el 35.9% pero solo el 13.9% de las adolescentes son usuarias activas.

Asimismo, el estudio indicó que las relaciones sexuales entre las adolescentes no siempre son de forma voluntaria, ya que el 9% de las encuestadas refirieron haber iniciado una relación sexual bajo presión. De las entrevistadas, un 11.3% expresó que fue víctima de abuso sexual, principalmente por parte de un familiar. También se mencionó que el 29.2% de los partos que se atienden en la red nacional es en adolescentes. En 2011, el 11% de las muertes maternas registradas fue en adolescentes.

## RESUMEN

Los embarazos en niñas y adolescentes son una realidad que no se puede negar en El Salvador. Solo en 2012 del total de partos atendidos por el Ministerio de Salud 25.068 fueron de niñas entre los 10 y 19 años.

A causa de la gran cantidad de adolescentes en nuestro país y que El Salvador ocupa el segundo lugar a nivel de América Latina en incidencia de estos casos y cada gestante adolescente corre un alto peligro de tener un desenlace fatal debido a esto ha sido la finalidad de nuestro estudio Interpretar los factores de riesgo que influyen en las adolescentes embarazadas entre las edades de 10 a 19 años en control prenatal en la Unidad comunitaria de salud familiar intermedia de Sonsonate en el período comprendido entre marzo y agosto del 2016

Investigación en la cual se estudió una muestra de 69 pacientes adolescentes embarazadas en las edades anteriormente mencionadas mediante la realización de encuestas que abordan las siguientes variables: psicológicas, económicas, nivel educativo, económicas, culturales, biológicas, salud sexual y reproductiva y atención primaria en salud. Además se utilizó una encuesta para el personal de salud que labora en este centro asistencial para indagar como estos han sido preparados para la atención integral de la paciente adolescente como medio para la prevención del embarazo en edad precoz

Asi como también en el presente estudio se plantean hipótesis las cuales son probadas mediante un método estadístico de esta forma haciendo más confiables los resultados de los datos obtenidos.

De esta manera poder identificar y analizar los factores que están relacionados con el embarazo en las adolescentes debido al gran peso que este tiene tanto como un problema en salud pública como en diversas esferas de la realidad social de nuestro país

## RESUMEN EJECUTIVO

### **PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES:**

**FACTORES PSICOLOGICOS:** Baja autoestima, violencia psicológica, falta de proyectos de vida, violencia intrafamiliar, conducta de riesgo, familia disfuncional, soledad, familias en riesgo.

**FACTORES SOCIALES:** Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas, Permanecer más tiempo solas, Pocas oportunidades de esparcimiento y educación. Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción. Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales. Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).Falta de acceso a los servicios de planificación familiar, violencia social.

**FACTORES ECONOMICOS:** ingresos económicos menores que salario mínimo, trabajo inestable por parte de familiares, mayor probabilidad a la inserción precaria en el mercado laboral, pocas oportunidades de empleo.

**FACTORES CULTURALES:** machismo, Transmisión intergeneracional de patrones de maternidad adolescente, amigos con inicios precoces de actividad sexual

**FACTOR EDUCATIVO:** baja escolaridad, deserción escolar, mal rendimiento escolar, falta de interés en la superación personal, docentes no preparados adecuadamente para abordar temas sobre salud sexual y reproductiva.

**FACTOR SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:** poco conocimiento sobre uso correcto de métodos de planificación familiar, carencia de educación sexual adecuada por parte del personal de salud, inicio precoz de actividad sexual, familia disfuncional

**ATENCION PRIMARIA EN SALUD:** poco uso de métodos de planificación familiar, falta de atención preventiva de acuerdo a su edad (grupo adolescente), falta de coordinación del personal de salud con líderes comunitarios para capacitarlos

sobre temas de salud sexual y de esta forma ellos poder realizar actividades informativas con la comunidad

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Embarazo en la adolescencia se define como “el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarquía y/o cuando la adolescente es aun dependiente de su núcleo familiar de origen.”<sup>2</sup>

Los embarazos en niñas y adolescentes son una realidad que no se puede negar en El Salvador. Solo en 2012 del total de partos atendidos por el Ministerio de Salud (MINSAL) 25.068 fueron de niñas entre los 10 y 19 años.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas en El Salvador (UNFPA, por sus siglas en inglés), dio a conocer Estado de la Población Mundial 2013, este año su enfoque es hacia la maternidad en la niñez, de cómo enfrentar el reto del embarazo en la adolescencia.<sup>3</sup>

Según El Fondo de Población de las Naciones Unidas en el informe “Estado de la Población Mundial 2013”, 200 adolescente pierden la vida al momento del parto cada día en el mundo. Este grupo es parte de las 7.3 millones de menores de edad que dan a luz cada año a nivel mundial. El 95 por ciento de estos partos adolescentes ocurre en países subdesarrollados.

---

<sup>2</sup> María Gabriela Ulanowicz, Karina Elizabeth Parra, Gisela Elizabeth Wendler, Dra. Lourdes Tisiana Monzón “RIESGOS EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE”

<sup>3</sup> Revista Jurídica Digital Enfoque Jurídico, el día 17 de Marzo de 2015. “EMBARAZO EN ADOLESCENTES, UN PROBLEMA ENDÉMICO DE NUESTRA SOCIEDAD”

El embarazo adolescente no responde, por lo general, a decisiones de la mujer, sino a la ausencia de oportunidades y a las presiones sociales, culturales y económicas de los contextos en que viven las adolescentes. Con poca autonomía y mínimo empoderamiento sobre el libre ejercicio de sus derechos, muchas convierten en madres sin desearlo, y en muchos casos como consecuencia de la violencia sexual, según el informe de población.<sup>4</sup>

Añade que muchas comunidades limitan el acceso a información acerca de los derechos sexuales y reproductivos bajo la falsa creencia de que ésta acelera el inicio de las relaciones sexuales, vulnerando así el derecho de adolescentes a informarse apropiadamente y aprender a tomar decisiones basadas en el conocimiento. La brecha entre los pensamientos y deseos de los adultos y la realidad de los y las adolescentes, abre un espacio de vulnerabilidad que se puede traducir en embarazos tempranos.

Las jóvenes son más susceptibles al embarazo cuando no se garantiza para ellas, desde pequeñas, un poderoso desarrollo de sí mismas como seres humanos, con proyectos de vida realizables, en contextos sociales equitativos y no violentos, donde sus decisiones sean valoradas y aceptadas.

Se debe, por tanto, cambiar la mirada tradicional que culpabiliza a las adolescentes de quedar embarazadas, y que ubica la solución únicamente en su cambio de comportamiento, para entender que el verdadero reto es superar la pobreza, buscar la equidad de género y brindar acceso real a servicios y oportunidades para niñas y adolescentes.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años en todo el mundo.

---

<sup>4</sup> Partos-de-adolescentes-por-día-en-el-salvador. <http://diario1.com/nacionales/2013/10/69>

Cada año se practican unos 3 millones de abortos peligrosos entre las adolescentes de 15 a 19 años, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud prolongados.<sup>5</sup>

La procreación prematura aumenta el riesgo tanto para las madres como para los recién nacidos. En los países de ingresos bajos y medianos, los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé. Además, los recién nacidos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de efectos a largo plazo.

El embarazo en la adolescencia puede tener también repercusiones sociales y económicas, negativas para las jóvenes, para sus familias y las comunidades. Muchas adolescentes que quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela, una adolescente con escasa o nula educación tiene menos posibilidades de conseguir un trabajo. Esto también puede tener un costo económico para el país puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida si no hubiera tenido un embarazo precoz.

---

<sup>5</sup> Nota descriptiva número 364 actualizaciones de septiembre 2014. EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/e>

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

La adolescencia es un período de la vida con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales, que convierten al niño en adulto y le capacitan para la función reproductora

Por lo que las jóvenes necesitan una adecuada orientación sobre su sexualidad, sin embargo algunas de ellas no la reciben debido a tabús existentes en sus hogares o deficiente información en los diferentes centros educativos tanto por el personal del centro escolar como el personal de salud; agregado a lo anterior la población de adolescentes está sometida diversos aspectos psicológicos, económicos, sociales y culturales lo que los hace susceptibles al embarazo por lo que está entre las principales problemáticas en nuestro país ya que en El Salvador cada media hora una adolescente se convierte en madre según el Fondo de Población de Naciones Unidas durante el 2013.

En los países latinoamericanos especialmente El Salvador, Guatemala, Honduras, México y Nicaragua casi un cuarto de la población pertenece al grupo etario entre los 15 y 19 años de edad. Se estima que la población adolescente en El Salvador fue del 21,4% de la población total en el 2005 (15-19), y correspondía a un total de 1, 343,819 adolescentes, y un 49.28% de este total era población femenina (15-19). 50,7% del sexo masculino y 52,8 % residía en el área urbana. Para el año 2006 la población adolescente constituye el 20.7 del total de la población del país, con un 49.25% de población femenina. La tasa específica de fecundidad de 15 a 19 años fue de 116 por mil entre 1993-1998.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Dra. Blanca Margarita Cruz de Miranda. Dra. Cecilia del Socorro Estrada Alegría RIESGO REPRODUCTIVO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO DEL DEPARTAMENTO DE CABAÑAS, SEPTIEMBRE DE 2004 A ENERO DE 2005.

La tendencia de partos de adolescentes mostró un ascenso, pero siempre es mayor el aporte a la fecundidad de las mujeres adolescentes del área rural con respecto a las que viven en el área urbana.

A causa de la gran cantidad de adolescentes en nuestro país y que El Salvador ocupa el segundo lugar a nivel de América Latina en incidencia de estos casos y cada gestante adolescente corre un alto peligro de tener un desenlace fatal.<sup>7</sup>

Es por esto que es de nuestro interés el dilucidar los factores de riesgo que están conllevando a que más y más adolescentes se embarazan y distinguir soluciones relevantes con relación al anterior problema

Se debe cambiar la mirada tradicional que culpabiliza a las adolescentes de quedar embarazadas, y que ubica la solución únicamente en su cambio de comportamiento, para entender que el verdadero reto es superar cada uno de los factores que las hacen susceptibles

El embarazo en la adolescencia no sólo representa un problema de salud, también tiene una repercusión en el área social y económica de la familia y de todo un país coadyuvando en el fortalecimiento del círculo de la violencia. Ya que incrementan sus posibilidades de:

A) Recibir menos educación: continuando así una cadena de baja escolaridad que dará origen a problemas sociales de otro tipo, dificultando todavía más la posibilidad de tener mejores condiciones de vida para las personas con escasos recursos.

B) Tener mayor dificultad para conseguir empleo: la oferta de mano de obra va en aumento con el crecimiento de población acelerado, lo que ocasiona que cada vez sean más las exigencias para la obtención de un empleo, esto también provoca que muchas madres solteras puedan optar por ser dependientes de una pareja que pueda darles manutención haciéndolas propensas a sufrir maltratos.

---

<sup>7</sup> Dra. Blanca Margarita Cruz de Miranda. Dra. Cecilia del Socorro Estrada Alegría RIESGO REPRODUCTIVO DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL HOSPITAL NACIONAL DE ILOBASCO DEL DEPARTAMENTO DE CABAÑAS, SEPTIEMBRE DE 2004 A ENERO DE 2005.

C) Sufrir abandono de su pareja: cuando la pareja de la adolescente embarazada es otro adolescente, se encuentran con el hecho de que no existe una madurez psicológica que conlleva a no poder establecer una familia.

E) Vivir en la pobreza: la falta de culminación de sus estudios, ocasiona a su vez menores oportunidades de empleos, sumado a eso el abandono de la pareja y falta de apoyo familiar genera una difícil situación económica para la adolescente

Luego de analizar lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta

¿Cuáles son los factores de riesgo de embarazos adolescentes en las edades de 10 a 19 años en control prenatal en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Sonsonate en el periodo comprendido entre Marzo y Agosto de 2016?

### 1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Una de las necesidades más apremiantes en las instituciones debería ser la disminución en la incidencia de embarazos en las adolescentes.

En la sociedad salvadoreña son pocas las instituciones que brindan estrategias dirigidas a la prevención de embarazos durante la adolescencia, si bien buena parte del presupuesto se utiliza para el abastecimiento de métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud, es una pequeña porción de adolescentes que hacen uso de estos y son pobres las medidas que se toman con el fin de contrarrestar los principales factores de riesgo que los predisponen.

Los factores individuales (personalidad inestable, baja autoestima, poca confianza y sentimientos de desesperanza), económicos entre ellos los bajos ingresos, sociales como la violencia intrafamiliar y social; culturales y religiosos pueden convertir al adolescente en blanco directo de problemas psicológicos y cuyo resultado puede derivar en la aparición de embarazos no deseados a temprana edad. Todo lo anterior permite realizar un estudio urgente que identifique los principales factores de riesgo, a fin de dar soluciones prácticas, a estos.

El interés científico de la presente investigación, se basa en la importancia de la prevención de embarazos en las adolescentes y con ello evitar las complicaciones que aparecen por los mismos.

Actualmente se cuentan con lineamientos que permiten el manejo adecuado del embarazo en las adolescentes y leyes específicas que protegen a este grupo de la población; pero no proporcionan información de cómo implementar medidas efectivas para prevenirlo, ya que no consideran los factores que los predisponen.

La elaboración de estrategias que vayan encaminadas a contrarrestar los principales factores de riesgo, además de mejorar la calidad de vida de las mismas, contribuirá a la ampliación de las expectativas y metas profesionales para

ellas; puesto que una mujer preparada, brindará un aporte eficiente y efectivo a la sociedad.

Es por ello que se pretende dar respuesta a la incidencia de embarazos en las adolescentes y propuestas de estrategias, con visión preventiva.

Además de consolidar futuros estudios sobre esta problemática, que permitirá extenderse a todas aquellas instituciones que velen por esta población, con el fin único de generar una mejor calidad de vida para las adolescentes y las personas que dependan directa e indirectamente de las usuarias; de acuerdo a los resultados que se obtengan, articular estrategias realistas que incida en minimizar y ayude a la solución de dichos problemas.

Con la presente investigación se identificarán los factores de riesgo, se pretende sentar bases para futuros proyectos y brindar alternativas de estrategias que se puedan implementar para disminuir la incidencia de embarazos en adolescentes y con ello contribuir a una mejor calidad de vida para ellas

## **1.4 OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Interpretar los factores de riesgo que influyen en las adolescentes embarazadas entre las edades de 10 a 19 años en control prenatal en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Sonsonate en el período comprendido entre marzo y agosto del 2016.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar los factores psicológicos, económicos y sociales que están relacionados con el embarazo en adolescentes.
- Identificar los factores individuales y culturales que están relacionados con el embarazo en adolescentes.
- Determinar como la atención primaria en salud contribuye en la prevención de embarazo en las adolescentes
- Identificar la contribución de la salud sexual y reproductiva en la prevención del embarazo en las adolescentes

## 1.5 HIPOTESIS

- Si existen problemas psicológicos en las adolescentes entonces se presentan embarazos en adolescentes
- A mayor nivel educativo menor incidencia de embarazos en adolescentes
- Si el ingreso económico familiar de la adolescente es menor al salario mínimo entonces se aumentan el embarazo en las adolescentes
- Si los factores culturales influyen entonces se aumentan los embarazos en las adolescentes
- A mayor conocimiento de salud sexual y reproductiva menor índice de embarazos en adolescentes
- La atención primaria en salud contribuye a la disminución de embarazos en las adolescentes.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 ADOLESCENCIA

La adolescencia, según la OMS es el periodo de la vida comprendido entre 10-19 años en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica.<sup>8</sup>

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.

#### 2.2 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.<sup>9</sup>

##### 2.2.1 Adolescencia temprana:

Inicia en la pubertad (entre los 10 y 12 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

---

<sup>8</sup> DIRECTORIO Dr. Víctor Manuel Vázquez Zarate Subdirector de Servicio de Salud Dr. Carlos Nava Esquivel Gerente de Prevención Médica Dr. Roberto del Valle Flores Jefe de la Unidad de Promoción de la Salud DIRECCIÓN CORPORATIVA DE ADMINISTRACIÓN SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PEMEX.

<sup>9</sup> <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21996/capitulo1.pdf>

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.

Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. 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 reflejan 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. La adolescencia temprana debería ser una etapa en la que niños y niñas cuenten con un espacio claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, libres de la carga que supone la realización de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular importancia darles a los adolescentes en esta etapa toda la atención necesaria.

### **2.2.2 Adolescencia intermedia:**

Inicia entre los 14 y 15 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

El crecimiento y la maduración sexual prácticamente han finalizado adquiriendo alrededor del 95% de la talla adulta y siendo los cambios mucho más lentos, lo que permite restablecer la imagen corporal. La capacidad cognitiva va siendo capaz de utilizar el pensamiento abstracto, aunque este vuelve a ser completamente concreto durante períodos variables y sobre todo con el estrés. Esta nueva capacidad les permite disfrutar con sus habilidades cognitivas empezándose a interesar por temas idealistas y gozando de la discusión de ideas por el mero placer de la discusión. Son capaces de percibir las implicaciones futuras de sus actos y decisiones aunque su aplicación sea variable. Tienen una sensación de omnipotencia e invulnerabilidad con el pensamiento mágico de que a ellos jamás les ocurrirá ningún percance; esta sensación facilita los comportamientos de riesgo que conllevan a la morbimortalidad (alcohol, tabaco, drogas, embarazo, etc.) de este período de la vida y que puede determinar parte de las patologías posteriores en la época adulta. La lucha por la emancipación y el

adquirir el control de su vida está en plena efervescencia y el grupo adquiere una gran importancia, sirve para afirmar su autoimagen y definir el código de conducta para lograr la emancipación. Es el grupo el que dicta la forma de vestir, de hablar y de comportarse, siendo las opiniones de los amigos mucho más importantes que las que puedan emitir los padres; estas últimas siguen siendo muy necesarias, aunque sólo sea para discutir las, sirven de referencia y dan estabilidad, los padres permanecen, el grupo cambia o desaparece.

La importancia de pertenecer a un grupo es altísima, algunos adolescentes antes que permanecer "solitarios" se incluyen en grupos marginales, que pueden favorecer comportamientos de riesgo y comprometer la maduración normal de la persona. Las relaciones con el otro sexo son más plurales pero fundamentalmente por el afán narcisista de comprobar la propia capacidad de atraer al otro, aunque las fantasías románticas están en pleno auge.

### **2.2.3 Adolescencia tardía:**

Inicia entre los 17 y 19 años. En esta etapa se disminuye la velocidad de crecimiento y empieza a recuperar la armonía en la proporción de los diferentes segmentos corporales; estos cambios van dando seguridad y ayudan a superar su crisis de identidad, se empieza a tener más control de las emociones, tiene más independencia y autonomía. Existe también un cierto grado de ansiedad, al empezar a percibir las presiones de las responsabilidades, presentes y/o futuras, por iniciativa propia o por el sistema social familiar, para contribuir a la economía, aun cuando no alcanzan la plena madurez, ni tienen los elementos de experiencia para desempeñarlas

Esta es la última etapa del camino del joven hacia el logro de su identidad y autonomía. Para la mayor parte de los adolescentes es un período de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad. Si todo ha avanzado suficientemente bien en las fases previas, el joven estará en una buena vía para manejar las tareas de la adultez. Sin embargo, si no ha completado las tareas

antes detalladas, puede desarrollar problemas con el aumento de la independencia y las responsabilidades de la adultez joven, tales como depresión u otros trastornos emocionales. En el ámbito del desarrollo psicológico, en esta etapa la identidad se encuentra más firme en sus diversos aspectos. La autoimagen ya no está definida por los padres, sino que depende del propio adolescente. Los intereses son más estables y existe conciencia de los límites y las limitaciones personales. Se adquiere aptitud para tomar decisiones en forma independiente y para establecer límites, y se desarrolla habilidad de planificación futura. Existe gran interés en hacer planes para el futuro, la búsqueda de la vocación definitiva apremia más y las metas vocacionales se vuelven realistas. Idealmente el joven realizará una elección educacional y/o laboral que concilie sus intereses, capacidades y oportunidades. Avanza en el camino hacia la independencia financiera, la que logrará más temprano o más tarde, dependiendo de su realidad. Aumenta el control de impulsos, se puede postergar ya la gratificación y aparece la capacidad de comprometerse. En cuanto al desarrollo cognitivo, en la adolescencia tardía existe un pensamiento abstracto firmemente establecido. Si las experiencias educativas han sido adecuadas, se alcanza el pensamiento hipotético-deductivo propio del adulto. Aumenta la habilidad para predecir consecuencias y la capacidad de resolución de problemas («He estado informándome y conversando del tema, y me parece que puedo enfrentarlo de 3 maneras. Puedo...o...o..., pero creo que la última es la mejor porque...»).

El desarrollo social en esta etapa se caracteriza por una disminución de la influencia del grupo de amigos, cuyos valores se hacen menos importantes a medida que el adolescente se siente más cómodo con sus propios principios e identidad. Las amistades se hacen menos y más selectivas. Por otra parte, el joven se reacerca a la familia, aumentando gradualmente la intimidad con sus padres si ha existido una relación positiva con ellos durante los años previos. Ya ha alcanzado un grado suficiente de autonomía, se ha convertido en una entidad separada de su familia, y ahora puede apreciar los valores y la experiencia de sus padres, y buscar (o permitirles) su ayuda, pero en un estilo de interacción que es más horizontal. La relación padres-hijo alcanza nuevas dimensiones, que

acrecientan el desarrollo personal y familiar, cuando el clima es de verdadero respeto y valoración de las diferencias. Respecto del desarrollo sexual, en la adolescencia tardía se produce la aceptación de los cambios corporales y la imagen corporal. El joven ha completado ya su crecimiento y desarrollo puberal, los que no le preocupan a menos que exista alguna anormalidad. Acepta también su identidad sexual, con frecuencia inicia relaciones sexuales y aumenta su inclinación hacia relaciones de pareja más íntimas y estables, las que comprenden menos experimentación y explotación, estando más basadas en intereses y valores similares, en compartir, y en la comprensión, disfrute y cuidado mutuo.

## **2.3 CAMBIOS GENERALES EXPERIMENTADOS DURANTE LA ADOLESCENCIA**

### **2.3.1 Cambios físicos<sup>10</sup>**

Generalmente, las niñas comienzan la pubertad dos años antes que los niños y alcanzan su estatura máxima a los 16 años, la mayoría de los niños siguen creciendo hasta los 18 años, para una joven normal la adolescencia comienza con el desarrollo de los senos entre los 10 y 11 años y dura aproximadamente tres años, y el 80 por ciento de las niñas tiene su primera menstruación entre los 11 y media y los 14 y medio años de edad. Para el joven adolescente, por otro lado, su desarrollo comienza entre los 11 y 12 años de edad. En general, los jóvenes son más variables que las jóvenes en lo que se refiere al momento en que se presentan estos cambios físicos en la adolescencia. El tiempo que se necesita para que se presenten todos los cambios de la libertad varía más en los hombres y el rango de las diferencias en la altura y el peso, al final de la pubertad, es mayor para los hombres que para las mujeres. Los cambios físicos que se presentan en la adolescencia tienen efectos importantes sobre la identidad del individuo.

---

<sup>10</sup> Dra. Guadalupe del Carmen Cabrera, Dr. Hugo Ernesto López, Falta de Conocimiento y uso de Métodos de Planificación Familiar en las Adolescentes que consultan en la unidad de salud de Metapan en el periodo de febrero –agosto 2008

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

### **2.3.2 Cambio psicológicos<sup>11</sup>**

Los psicólogos se han interesado, en particular, en las diferencias sociales, académicas y emocionales descubiertas entre los adolescentes que maduran prematuramente y quienes tardan más en ello.

La maduración temprana trae ventajas académicas. Por lo general, los estudiantes que son físicamente maduros tienen a obtener calificaciones más altas en los exámenes de capacidad mental que otros estudiantes de la misma edad pero menos maduros. Segundo, la maduración temprana parece tener ciertas ventajas especiales para los jóvenes. Es más probable que estos disfruten de un nivel socioeconómico más alto, suelen ser los líderes y más populares.

Desde el punto de vista afectivo, en esta edad se produce una integración social más fuerte en el grupo de compañero, comenzando a su vez el proceso de emancipación familiar. En el adolescente se empieza a configurar sus primeros estilos y opciones de vida, empieza a tener ideas propias y actitudes personales.

El adolescente busca su intimidad personal construyendo y elaborando la imagen de sí mismo y el auto concepto personal. Y es en este periodo cuando el ser humano comienza a tener historia, memoria biográfica, interpretación de las pasadas experiencias y aprovechamiento de las mismas para afrontar los desafíos

---

<sup>11</sup> Electra González, Livia González, experta en sexualidad juvenil de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Los factores psicológicos detrás del embarazo adolescente miércoles, 21 de enero de 2009

del presente y las perspectivas del futuro. Es por esto que existen diversas razones por las que la adolescencia es considerada un periodo de cambio y de consolidación en el concepto de sí mismo.

Siempre se ha dicho que contar con un claro proyecto de vida es un factor de protección contra el embarazo adolescente. Sin embargo, en un mundo donde cada vez hay mayor cantidad de caminos a seguir, a los y las jóvenes les cuesta cada vez más identificar cuál será su proyecto vital. Así lo ve la psicóloga Andrea Bravo, especialista en maternidad adolescente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; sobre todo a los 14 años, cuando no logran proyectarse al futuro y tampoco tienen la madurez suficiente para hacerse cargo de su sexualidad. Por eso, no es raro que muchas de ellas tengan referentes distorsionados. "Uno de esos referentes es el entregado por sus padres, madres o una figura cercana. Cuando no sienten a nadie así, quieren tener a un otro real cerca, y es así como distorsionan el concepto de la maternidad: dicen "si tengo un hijo, por fin voy a tener algo para mí". Pero este hijo, en realidad, nunca vendrá sólo para satisfacerla a ella, porque también tendrá necesidades, y si esa joven todavía requiere que le satisfagan sus necesidades difícilmente podrá satisfacerlas a su hijo".

Finalmente, siempre es así: la adolescente busca en el niño su proyecto vital, pero se ve enfrentada a tener que retomar el colegio, y la crianza del hijo se ve desplazada a sus padres. El objetivo no se cumple. La dificultad de establecer vínculos permanentes Hoy, según la psicóloga Andrea Bravo, es mucho más difícil establecer relaciones de amistad y también de pareja. "Uno antes salía, estaba de novio y se casaba, ahora hay un detrimento del sentido de la relación con el otro. Entonces, mientras dure el vínculo que logremos tener, tenemos que aprovecharlo al máximo. ¿Qué significa eso? Que las relaciones se adelantan, la infancia se acorta como espacio de exploración.

El sexo se convierte en una herramienta para no dejar ir al otro, pero no se logra construir un espacio de intimidad". El psicólogo Roberto Ortúzar, experto en embarazo adolescente de la Fundación San José para la Adopción, llama a este

proceso "libidinización de los vínculos", y está influido por factores externos e internos. Desde afuera, por la sexualización de los medios de comunicación y la erotización de la sociedad. Pero también tiene un factor interno: la ansiedad en que viven las adolescentes aún desde antes de entrar al colegio. "La sexualidad para ellas se convierte en un ansiolítico". El resultado de este comportamiento no sólo es el precoz inicio de la actividad sexual, sino también un posible embarazo. "En el ámbito sexual, las adolescentes generan una relación de complicidad que no se encuentra en la familia", explica Andrea Bravo. Pero esa relación es tan efímera que cuando se termina ella queda destrozada. "Por eso, siente que un hijo es lo único que puede entregarle cariño gratuitamente", define Electra González, asistente social en la universidad de Chile, Directora del Diplomado a Distancia "Salud Integral del Adolescente" y del curso de "Educación Sexual en la Adolescencia".

Falta de figuras afectivas cuidadoras un factor que pesa fuerte en la vivencia del embarazo adolescente es la poca cercanía de las jóvenes con sus padres. Según la psiquiatra Livia González, lo que ellas generalmente acusan son papás que se esmeran por cubrir sus necesidades, pero que no han sabido construir un espacio afectivo con ellas. "Son papás y mamás que, estando fuera de la casa, nunca las llamaron por teléfono durante el día, para preguntarles cómo les ha ido. No han aprendido a leer sus señales, entonces las ven y les preguntan ¿cómo están? Y ellas dicen: bien, cuando no lo están". Para el psicólogo Roberto Ortúzar hay mucho sentido en esta dinámica. "Cuando ellas tienen 13, 14 años, por lo general los papás están cerca de los 40, luchando por lograr ciertos éxitos. Entonces, la enseñanza de la disciplina, de la tolerancia a la frustración, de poner límites es difícil para ellos", describe. Muchos confunden estas instancias con interrogarlos sobre todo lo que hicieron durante el día, acota la doctora González; o también, se mueven en función del consumo: "Lo que menos hay es contención afectiva. Hay muchas familias en las que estar 'haciendo nada' les provoca mucha angustia". Estas jóvenes, advierte la psiquiatra, muchas veces convierten en figura afectiva a algún otro familiar, y cuando estos se alejan, se deprimen. Luego puede ocurrir un embarazo, sobre todo cuando la niña siente que su situación de pérdida es muy

grande. Otras instancias que sienten como pérdida es cuando los padres se separan, o bien cuando uno de ellos inicia una nueva familia. "Muchas en estas instancia planean tener un hijo, porque ven en él un proyecto reparatorio de su propia infancia". A los padres todavía les cuesta asumir la sexualidad de sus hijos. A pesar de que los padres saben que una buena educación sexual es fundamental para prevenir conductas de riesgo, siguen disociando afectividad y sexualidad, observan los especialistas. "No se imaginan a sus hijos viviendo su sexualidad y descartan hablar del tema hasta que se sientan obligados", explica Andrea Bravo.

¿Qué ocurre en este escenario? Que las adolescentes comienzan a pedir ayuda por otros lados, y llegan al ginecólogo a "apagar el incendio". "Sabemos que no pueden conversar del tema con sus padres. Tampoco tienen tanto acceso a métodos anticonceptivos, porque aún las de sectores más altos no tienen siempre dinero para conseguirlos", dice Electra González. La familia, agrega Roberto Ortúzar, debería ser un espacio donde pudiera integrarse desde temprana edad la sexualidad. Sin embargo, esto jamás podrá lograrse si los padres temen tocar el tema. "En un taller que realicé, he notado que las mamás tienen todavía muchos obstáculos para hablar de sexo", dice el especialista. Es importante que tanto madres como padres estén presentes; los padres, por lo general, tienden a tomar distancia con la hija cuando ésta comienza a crecer, pero, advierte Andrea Bravo, que es el momento más importante para que el padre esté cerca de ella y logre conversar afectivamente. Sobre todo cuando empieza a tener novio. "Aquí es fundamental que pueda explicitarle claramente cuál es la vivencia de los hombres respecto de la afectividad y sexualidad, pero sin ser amenazante para la joven". Las madres, por su parte, deben haberse hecho un espacio de afecto con sus hijas desde el primer momento de sus vidas. "Porque las adolescentes siempre las dejarán entrar en el momento en que ellos decidan", dice Dra. Livia González psiquiatra infanto juvenil. ¿A qué edad debe iniciarse esa conversación? Mientras más temprano mejor, dice Andrea Bravo, ya que los niños comienzan a sentir interés por el sexo opuesto a partir de primer grado, como parte de su desarrollo. "Empezar a los 10, 11 años a hablar del tema es llegar tarde".

## 2.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN EMBARAZO EN ADOLESCENTES

### 2.4.1 Factores individuales<sup>12</sup>

Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja 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.

### 2.4.2 Factores Biológicos<sup>13</sup>

La edad de menarquia 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.

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, sumada 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.

---

<sup>12</sup> <http://cedoc.cies.edu.ni/digitaliza/t341/6.pdf>

<sup>13</sup> Ibid

### 2.4.3 Factores Sociales<sup>14</sup>

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 influencia 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. Esto se expresa en la negación del derecho de la mujer a la realización sexual,

---

<sup>14</sup> Dra. Ena Isabel Merino ,Dr. Ernesto Rosales Inestroza, "FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCION MATERNA DE UNIDAD DE SALUD ALTAVISTA, ENERO A JUNIO DE 2010"

independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

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.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

Causas 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.

#### 2.4.4 Factores Económicos:<sup>15</sup>

La pobreza es un fenómeno multifacético que está estrechamente ligado con el desarrollo económico, social y humano. Significa carencias en diversos ámbitos, como los bajos niveles de ingresos, salud precaria, bajos niveles de escolaridad, falta de seguridad e integración social, entre otros.

Por ello, el bienestar social no solamente se alcanza con tasas elevadas de crecimiento económico, sino que debe buscarse que la pobreza afecte lo menos posible.

En este sentido, uno de los factores que pueden influir en el grado de desarrollo de las personas son las situaciones de pobreza vividas en la adolescencia, en la medida en que estas puedan reducir las posibilidades de un mayor desarrollo personal, familiar y social.

Las familias más pobres:

- Presentan las tasas de fecundidad más alta
- Tienen relaciones de dependencia más elevadas
- Sufren índices de mortalidad infantil más altos
- Tienen menos acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva
- Presentan mayor incidencia de mortalidad materna
- Tienen menor nivel de instrucción
- Tienen mayor incidencia de embarazo en adolescentes

Las adolescentes más pobres se encuentran frente a la acumulación de factores de riesgo:

- Inician sus relaciones sexuales a menor edad
- Registran niveles de conocimiento y protección anticonceptiva mucho menores
- Están expuestas a mayor deserción del sistema educativo asociada al embarazo y la maternidad
- Mayor probabilidad a la inserción precaria en el mercado laboral

---

<sup>15</sup> [slideshare.net/Cuaxospancia/aspectos-economicos-en-el-embarazo-adolescente-cimino](https://www.slideshare.net/Cuaxospancia/aspectos-economicos-en-el-embarazo-adolescente-cimino)

- Transmisión intergeneracional de patrones de maternidad adolescente
- Mayor vulnerabilidad social y económica

En El Salvador el salario mínimo es:

Por lo que hay familias que disponen solamente entre \$ 8.39-\$3.29 diarios para su manutención<sup>16</sup>

Tabla 1. Salarios mínimos en El Salvador

Sector	Sueldo diario	Sueldo mensual
<b>Comercio y servicios</b>	\$ 8.39	\$ 251.70
<b>Industria</b>	\$ 8.22	\$ 246.00
<b>Maquila, textil y confección</b>	\$ 7.03	\$ 210.90
<b>Corta del café</b>	\$ 4.30	\$ 129.00
<b>Sector agrícola</b>	\$ 3.94	\$ 118.20
<b>Corta de Caña (Zafra)</b>	\$ 3.64	\$ 109.20
<b>Cosecha de algodón</b>	\$ 3.29	\$ 98.70

*\*Cantidades expresadas en dólares estadounidenses*

#### 2.4.5 Factores Familiares<sup>17</sup>

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, 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

<sup>16</sup> <http://www.elsalvadormipais.com/salario-minimo-en-el-salvador-2016>

<sup>17</sup> Dra. Ena Isabel Merino ,Dr. Ernesto Rosales Inestroza, "FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCION MATERNA DE UNIDAD DE SALUD ALTAVISTA, ENERO A JUNIO DE 2010"

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 SITUACIÓN Y TENDENCIAS DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN LA REGIÓN

### 2.5.1 Embarazo en adolescentes:<sup>18</sup>

América Latina y el Caribe es la región con mayor fecundidad adolescente en el mundo después del África subsahariana. La División de Población de ONU-DAES, en sus proyecciones más recientes, plantea que la tasa de fecundidad adolescente en América Latina será la más alta del mundo y que se mantendrá prácticamente estable durante el período 2020–2100 (Rodríguez, 2013). En la región, una tercera parte de los embarazos corresponden a menores de 18 años, siendo casi un 20% de estas menores de 15 años. En estas edades, el embarazo en adolescentes suele ser producto de violencia sexual, dado que las adolescentes están expuestas a condiciones de alta vulnerabilidad, entre ellas a varios tipos de violencia y riesgos. Unido a ello, el riesgo de morir por causas relacionadas al embarazo, parto y postparto se duplica si las niñas quedan embarazadas antes de los 15 años de edad.

La evidencia empírica indica que entre los factores asociados a la maternidad precoz se encuentran las características del hogar de la adolescente: el ingreso de sus progenitores, sus niveles de educación y la condición de pobreza del hogar. Pero también hay factores contextuales relevantes, como el acceso a una educación sexual integral, a los distintos métodos de planificación familiar y, sobre todo, a la garantía del ejercicio de sus derechos. Asimismo, el embarazo y la maternidad adolescentes se encuentran mediados por un conjunto de representaciones culturales en torno al género, a la maternidad, al sexo, la adolescencia, la sexualidad y las relaciones de pareja. Según Jorge Rodríguez, médico psiquiatra venezolano (2008), las claves para explicar la alta fecundidad adolescente en un contexto moderno podrían resumirse en términos de: a) la reticencia institucional (sociedad y familia) para reconocer a las/los adolescentes

---

<sup>18</sup> Rodríguez, J. (2008). "Reproducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿Una anomalía a escala mundial?" Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP. Córdoba–Argentina, septiembre 24

como sujetos sexualmente activos, lo que restringe su acceso a métodos de planificación familiar y a conocimientos y prácticas sexuales seguras; b) la desigualdad, que acorta sensiblemente el horizonte de opciones vitales para las/los más pobres, lo que eleva el valor de la maternidad/paternidad temprana como mecanismo para dotar de sentido a la vida. Así, las adolescentes con baja escolaridad tienen cinco o más posibilidades de ser madres que aquellas con mayor educación formal

Durante la década de los noventa aumentó el porcentaje de madres entre las adolescentes en la mayoría de los países que la componen, en contraste con la caída sostenida de la fecundidad total. Pese a que los resultados de la ronda de los censos nacionales efectuada en el 2010, que corresponden a siete países (Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Uruguay y Venezuela), sugieren una inflexión de esta tendencia, los porcentajes de fertilidad adolescente continúan siendo más altos que el promedio mundial y, en la región, mayores a los porcentajes que arrojaron las estadísticas de la década de los noventa, salvo en los casos de Costa Rica y Panamá. Asimismo, el descenso en los porcentajes contrasta con el aumento sostenido de la proporción de nacimientos correspondientes a madres adolescentes (citado en CEPAL-UNFPA, 2012).

Se prevé, que los partos en menores de 15 años se incrementen a tres millones por año en esta región para 2030 (UNFPA, 2013). En la región, una de cada tres jóvenes es madre antes de cumplir 20 años. Entre los países de la región con mayores porcentajes de madres jóvenes se encuentran: Nicaragua (28%), Honduras (26%), República Dominicana (25%), Guatemala y El Salvador (24%), Ecuador (21%) y Bolivia y Colombia (20%) (UNFPA, 2013). Casi todos los países de la región se encuentran dentro de los 50 países del mundo con las tasas de fertilidad adolescente más altas (Banco Mundial, 2012).

Otra constatación crítica es que las madres adolescentes son cada vez más jóvenes, pues una tercera parte de los embarazos corresponden a menores de 18 años. De ellas, casi un 20% son menores de 15 años (CEPAL/UNICEF, 2007; UNFPA, 2013). Hay una tendencia hacia el aumento de embarazos en adolescentes menores de 15 años, lo que se encuentra estrechamente vinculado

a la violencia sexual. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que solo en el transcurso de 2002 alrededor de 150 millones de niñas adolescentes fueron víctimas de sexo forzado u otras formas de violencia sexual (citado en UNFPA, 2013).

Es sabido que en la región la mortalidad materna en el grupo de mujeres entre 15 a 19 años de edad se ubica como una de las causas más importantes de muerte (LACRO-UNFPA, 2014). El aborto es otra de las causas de muerte materna. Se estima que del total de abortos inseguros en la región, el 15% se produce entre las adolescentes (OPS, 2012). Por otro lado, si bien las muertes maternas por aborto han disminuido, la hipótesis es que estas se enmascaran en otras causas directas de muertes maternas, ya sea en hemorragias o, en el caso de muchos países, en muertes relacionadas al suicidio durante el embarazo, especialmente en adolescentes (LACROUNFPA, 2014). La evidencia empírica indica que entre los factores asociados al embarazo adolescente se encuentran las características del hogar de la adolescente: los ingresos de sus progenitores, sus niveles de educación y la condición de pobreza del hogar. Pero también hay otros factores contextuales relevantes, como el acceso a una educación sexual integral, a los distintos métodos de planificación familiar y, en general, la garantía del ejercicio de sus derechos.

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 Km<sup>2</sup>, distribuidos en 14 departamentos y 262 municipios, con una población de 5,744,113 habitantes y una densidad poblacional promedio de 273 habitantes/km<sup>2</sup>. 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 74,7 inscripciones prenatales, el 33.6% se brindaron en mujeres adolescentes.

La atención de partos en el año 2009, fue de 76,67 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.

Se detallan datos nacionales, obtenidos de la Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación del Ministerio de salud Pública y Asistencia Social.

Para las inscripciones prenatales, en el año 2011 del total mujeres inscritas en atención prenatal las adolescentes de 10 a 19 años representan el 31.4%. Los departamentos que tienen un mayor número de adolescentes embarazadas inscritas para atención materna son Usulután con 34%, La Unión con 32,9%, y San Salvador con 32,7% (Sistema informático MINSAL). De acuerdo a los datos de MINSAL, el porcentaje de partos institucionales en adolescentes del total de partos institucionales fue de 29.4 % en 2010 y de 29.2% en 2012. Según los datos de SIMMOW y SEPS, los adolescentes que se inscriben en planificación familiar

constituyen el 359%, pero sólo el 13,9% de las adolescentes que son usuarias activas. Debemos, por tanto focalizar nuestros esfuerzos en asegurar que las adolescentes tienen atención prenatal, planificación familiar, y partos en las instituciones. El Salvador es un país pequeño y estos puntos afectan gravemente la morbilidad y mortalidad materna.

Por lo tanto, es importante que se implementen nuevos modelos educativos que erradiquen los conceptos erróneos: como la existencia de mitos, tabúes, prejuicios, la idealización del amor, la escasa posibilidad de poner en práctica la información obtenida, o la falta de una comunicación adecuada que ponga en duda la información transmitida por el adulto . En este sentido, se torna indispensable trabajar desde y con los padres y maestros. Según los datos de FESAL 2008, el impacto social del primer embarazo es grave en las adolescentes 59% de ellas interrumpió sus estudios sólo 18% volvió a estudiar mientras que el 41% no volvió. En relación al trabajo el 36% dejó de trabajar y el 13% volvió a trabajar mientras que 23% no regresó. Los efectos más frecuentes en el embarazo en adolescentes es el parto prematuro, el bajo peso al nacer o los dos juntos (MINSAL, Enero 2012).

Tabla No. 2. Embarazo en adolescentes.

Inscripciones prenatales de 10 a 19 años en El Salvador.<sup>19</sup>

Años	10 a 14 años	15 a 19 años	Total
2005-06	3590	54054	57644
2007	1927	27920	29847
2008	1970	28816	30786
2009	1719	22633	24352
Total	7487	110790	118277

Fuente: Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación del MSPAS.

<sup>19</sup> Dra. Ena Isabel Merino ,Dr. Ernesto Rosales Inestroza, "FACTORES QUE INFLUYEN EN EL EMBARAZO DE LAS ADOLESCENTES INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCION MATERNA DE UNIDAD DE SALUD ALTAVISTA, ENERO A JUNIO DE 2010"

En la tabla anterior, muestra que el número de embarazo en adolescentes en los dos últimos años en ambos grupos de edad ha aumentado; siendo los Departamentos de San Salvador, La Libertad y Sonsonate los que representa con mayor número de adolescentes; solo en San Salvador del total de embarazadas adolescentes de 10 a 19 años para el año 2007 representaba el 23.29% y para el año 2008 el 23.26%.

La población de adolescentes de 10 a 19 años de edad es actualmente (año 2010) de 7,514, distribuida: de 10 a 14 años: 3,983 y de 15 a 19 años: 3,531. Los adolescentes representan el 20.5% del total de la población, y el 10.2% de adolescentes son mujeres (adolescentes 10 a 14 años mujeres: 1961; y adolescentes 15 a 19 años mujeres: 1786; total mujeres adolescentes: 3,747).

El embarazo es la lógica consecuencia del modelo de relación sexual de los jóvenes. El 91 % de las adolescentes que no utilizan ninguna contracepción quedan embarazadas a lo largo del primer año de relaciones y las restantes al año siguiente. De aquella que usan métodos pocos seguros 2 de cada 3 se embarazan en los primeros 12 meses y las restantes en los 12 meses siguientes. Muchas jóvenes comienzan sus relaciones por curiosidad o por presión del grupo social. El sexo constituye en muchas ocasiones el pago ineludible para establecer una relación con un joven. Hay jóvenes que ponen el mismo empeño en perder su virginidad que sus madres ponían en conservarla, porque en muchos ambientes se ha desplazado del momento de la primera regla a la primera relación sexual. Las jóvenes sin relaciones son tenidas como “melindrosas” “estrechas” o “pazguatas” dentro de su grupo de edad.

Estas primeras relaciones son un fin en sí mismas, es el paso de la virginidad a la no virginidad, la transgresión de las normas paternas y religiosas, el comienzo de la independencia, el descubrimiento del otro cuerpo y del descubrimiento de las sensaciones que transmite el propio y no cabe lugar para la reflexión sobre el riesgo de embarazo.

La incapacidad para reconocer las consecuencias de la actividad sexual es una de las causas de embarazo en las adolescentes. Las adolescentes más jóvenes no tienen un desarrollo intelectual suficiente para entender el concepto del embarazo y sus consecuencias, algunas piensan que a su edad solo pueden quedarse “un poco embarazadas” y la mayor o menor accesibilidad de métodos contraceptivos tienen muy poca influencia en su comportamiento. Aunque la educación sexual puede jugar un papel importante en la prevención de embarazo en adolescentes, hay muchas jóvenes sin la suficiente madurez emocional para absorber esta información y los esfuerzos que con ella se realizan son comparables a los de predicar en el desierto.

Los cambios físicos y emocionales, el procesos de maduración psicológica, particularmente en lo que concierna el desarrollo sexual, introducen en el joven la necesidad de unas conductas en relación con el otro sexo, hasta ese momento innecesarias.

Estos comportamientos no van a salir como algunas adultos expresan con perplejidad, sino del tipo de relación de la sociedad que rodea al joven, donde este debe desenvolverse, y cuyos comportamientos van imitar. La mayoría de las especies animales, para adaptarse a las nuevas situaciones y como parte de su modelo de socialización, se atienen a los modelos de conducta proporcionados por los miembros de sus grupos de mayor edad estos modelos de referencia han sido desarrollados a lo largo del tiempo y no solamente están adaptados a la supervivencia del grupo dentro de su entorno ecológico, sino que son obligados a cumplir, a los miembros individuales, por parte del grupo.

La especie humana no es una excepción a esta regla general. Como un duplicado de los adultos los jóvenes crean la imagen de sí mismos y desarrollan su personalidad social a partir de aquellos que le rodean y a partir de los ejemplos que le proporcionan. Su guía de conducta es la que se les muestra como apropiada, la que ven hacer a los demás, y que perciben como actividades aprobadas por la mayoría al determinar su comportamiento sexual, los adolescentes no están intentando crear nuevos estilos de relación, sino que están

intentando interpretar el estilo de las conductas que le rodean de la forma más adecuada a su medio de relación, su capacidades, necesidades y posibilidades.

En la vieja sociedad este proceso de adaptación funcionaba mecánicamente. Los jóvenes permanecían dentro de su grupo familiar estable durante sus años de formación, a menudo continuaba la actividad productiva de sus padres y una vez casados, desarrollaban su propia familia dentro de la misma comunidad. La vida y conducta de los adolescentes, así como la de los adultos estaban constreñidas por un modelo cultural fuertemente estructurado, como medio para asegurar la persistencia de la vieja sociedad. En cuanto al modelo de conducta sexual y reproductiva se refiere, el estricto noviazgo y matrimonio eran las únicas alternativas y la boda y reproducción subsiguiente eran menos una elección individual cuanto que el cumplimiento de una función social y familiar.

La modernización ha erosionado muchas de estas costumbres, tradiciones y normas sociales. El noviazgo y el matrimonio se han vuelto más flexibles, menos estructurados y más abiertos a la planificación individual.

Al mismo tiempo el matrimonio ha dejado de ser una institución para toda la vida y su disolución cada vez más aceptada. Los tipos de relaciones que son aceptables para la sociedad se han ampliado lo que ha traído consigo, además de un aumento del abanico de posibilidades, una mayor dificultad en la elección para los adolescentes.

La importancia que se da a la educación y la motilidad ocupacional en los países desarrollados ha contribuido a que los adolescentes dejen sus familias más pronto para comenzar su propia vida independiente.

Lo que había sido el factor principal de socialización, la familia, se ha convertido en el mecanismo menos efectivo y no ha sido reemplazado por ninguna otra institución con la misma capacidad para guiar y preparar a los adolescentes. Se ha intentado delegar estas funciones al sistema escolar, pero este se ha manifestado incapaz de cumplir estas responsabilidades. Su aproximación a la educación sexual ha sido teórica y sin conexión a la realidad de cada día, rápidamente

cambiante, del mundo de los jóvenes. El resultado ha sido una información y unos valores vacíos de significado para los jóvenes, que han tenido que optar entre la imitación de alternativas propuestas por los adultos o la innovación de las suyas.

## **2.6 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA<sup>20</sup>**

Según la OMS la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) es el estado completo de bienestar físico, mental y social de la población, en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción esto incluye la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos con una visión más allá de la reproducción, incorporando el marco ético de los Derechos Humanos y las desigualdades de género, ésta integralidad sobrepasa los aspectos reproductivos y la visión patriarcal exclusiva de una sexualidad heterosexual y reproductiva.

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos, se basan en el reconocimiento de la autonomía y la libertad de las personas para tomar decisiones voluntarias, libres e informadas, respecto a la sexualidad y la reproducción, a fin de garantizar el desarrollo libre, sano, seguro y satisfactorio de la vida sexual y reproductiva, sin discriminación alguna, riesgos, coacción y violencia. La Salud Sexual y Reproductiva está inmersa en el ciclo de vida completo, una sexualidad sana se inicia desde la infancia, trasciende en la adolescencia, madura en la adultez y permanece en la vejez. Así mismo el proceso reproductivo está íntimamente relacionado a la construcción de esta sexualidad y relacionado directamente a las determinantes sociales. El enfoque de Género en este concepto de SSR es sumamente importante, se entiende por Género a la construcción social que asigna a mujeres y hombres con base a su sexo biológico, una identidad, roles, deberes y derechos diferenciados. La perspectiva de género identifica cómo a partir de diferencias biológicas entre hombres y mujeres se estructuran relaciones inequitativas de poder en el ámbito de la familia, del trabajo y de las políticas públicas que inciden en los contextos sociales, políticos y económicos por medio de símbolos, prácticas, significados,

---

<sup>20</sup> Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/RHR/01.29).

representaciones, instituciones y normas que las sociedades, las comunidades y las personas reproducen y perpetúan a lo largo del tiempo.

Adolescentes y jóvenes en todo el mundo se ven expuestos a embarazos no planificados y a infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH que produce el sida y otros problemas relacionados con la vida sexual y reproductiva.

Para prevenir estos problemas adolescentes y jóvenes deberían tener acceso a la educación sexual y a la asistencia sexual y reproductiva.

“La salud reproductiva incluye la salud sexual, que implica calidad de vida en las relaciones interpersonales”.

Los derechos reproductivos reconocen:

- Derecho a la vida y a la supervivencia
- Derecho a la vida y a la seguridad de la persona
- Derecho a solicitar, recibir información
- Derecho a decidir el número de hijos, el momento de tenerlos y el espaciamiento entre ellos.
- Derecho a contraer matrimonio voluntariamente y establecer una familia
- Derecho al más alto nivel posible de salud
- Derecho de los beneficios del progreso científico
- Derecho a la no discriminación y a la igualdad en la educación y el empleo

“La salud reproductiva es un tipo de bienestar físico mental y social completo en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Implica la capacidad de reproducción y la libertad de decidir cuándo y cuantas veces hacer uso de este derecho. Este está implícito el derecho de hombres y mujeres a la información el acceso a métodos contraceptivos seguros, eficaces y aceptables a su realidad”.

Adolescentes y jóvenes deben esforzarse por comprender los cambios que se producen en ellos así como las exigencias y expectativas a las que deben

responder. A medida que recorren los últimos tramos de la adolescencia, necesitan establecer nuevos tipos de relaciones responsables y satisfactorias, aprendiendo como postergar el embarazo y evitar las ITS, incluido el VIH/sida. La educación puede facilitar este proceso y posibilitar una mejor calidad de vida.

### **2.6.1 Medidas de prevención del embarazo<sup>21</sup>**

La presión cultural, la ausencia de servicios de orientación y de consejería, son obstáculos para una buena salud sexual y reproductiva.

El hablar sobre la actividad sexual de la población adolescente sigue siendo un área poco explorada por considerarse todavía un tabú, pero las estadísticas nos muestran un alto número de partos de adolescentes, la población más afectadas por el VIH/sida es la que posee entre 25 y 34 años de edad, reflejando en los que se infectaron siendo adolescentes. El impacto es mucho más marcado en las adolescentes y jóvenes porque un embarazo precoz les dificultara proseguir estudios, acceder a mejores trabajos.

Para que jóvenes hombres y mujeres, puedan protegerse y mantener su salud sexual y reproductiva, es necesario que tengan acceso a métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables, para postergar embarazos tempranos y evitar los no deseados. Son igualmente importantes los servicios y programas que posibiliten que la joven tenga un embarazo y un parto sin riesgo así como la prevención de infecciones de transmisión sexual incluido el VIH.

Es fundamental la participación de la comunidad para brindar servicio de atención en salud sexual y reproductiva. Se debe prestar atención especial a los grupos más vulnerables y más necesitados, como los pobres en áreas urbanas y rurales los pueblos indígenas, las personas discapacitadas, los migrantes y los refugiados. Es necesario que las mujeres los hombres y los adolescentes

---

<sup>21</sup> [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia\\_consejeria\\_adolescentes.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_consejeria_adolescentes.pdf)

dispongan de los servicios y se respete así la perspectiva de género y las diferencias culturales y étnicas.

El mejoramiento de la salud sexual y reproductiva está relacionado con niveles más altos de educación, capacitación técnica y vocacional, y de ingresos económicos, una mayor equidad entre los géneros, un mayor compromiso con las políticas de población y una serie de cambios en el nivel individual y comunitario en relación con proyectos de vida y la planificación familiar. Sus efectos podrán advertirse en descensos en las tasas de natalidad y mortalidad, en el aumento de la esperanza de vida y en la reducción de la mortalidad materno infantil, que a su vez incidirán en un mayor desarrollo humano.

Los embarazos en la adolescencia se asocian, frecuentemente, con morbilidad materna, ya que el riesgo de mortalidad materna en adolescentes menores de 15 años de edad es entre dos y cuatro veces mayor que sus homólogos entre 20 y 35 años de edad: con morbilidad infantil, debido a partos prematuros y bebés con bajo peso al nacer; con la permanencia en el ciclo de pobreza, en gran parte debido a la paternidad irresponsable; con violencia intrafamiliar; con el deterioro de valores morales, entre otras.

Los jóvenes, en general, no conocen los métodos de planificación familiar, el acceso a la información confiable en el país es limitada, por la carencia de educación sexual adecuada en el sistema escolar y por la falta o la difusión distorsionada de esta temática en los medios de comunicación. A esto se agregan las creencias, mitos y tabúes de la sociedad en relación con los efectos, mecanismos de acción y uso de métodos anticonceptivos. Esto puede explicar el bajo porcentaje de mujeres que usan métodos anticonceptivos.

## **2.7 CONSECUENCIAS DE LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD ADOLESCENTE<sup>22</sup>**

A las consecuencias biológicas por condiciones desfavorables, se agregan las psicosociales de la maternidad – paternidad en la segunda década de la vida.

### **2.7.1 Consecuencias Para La Adolescente.**

Es frecuente el abandono de los estudios al confirmarse el embarazo o al momento de criar al hijo, lo que reduce sus futuras chances de lograr buenos empleos y sus posibilidades de realización personal al no cursar carreras de su elección. También le será muy difícil lograr empleos permanentes con beneficios sociales.

Las parejas adolescentes se caracterizan por ser de menor duración y más inestables, lo que suele magnificarse por la presencia del hijo, ya que muchas se formalizan forzosamente por esa situación.

En estratos sociales de mediano o alto poder adquisitivo, la adolescente embarazada suele ser objeto de discriminación por su grupo de pertenencia. Las adolescentes que son madres tienden a tener un mayor número de hijos con intervalos intergenésicos más cortos, eternizando el círculo de la pobreza.

### **2.7.2 Consecuencias Para El Hijo De La Madre Adolescente.**

Tienen un mayor riesgo de bajo peso al nacer, dependiendo de las circunstancias en que se haya desarrollado la gestación. También se ha reportado una mayor incidencia de "muerte súbita".

---

<sup>22</sup> [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html)

Tienen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, negligencia en sus cuidados, desnutrición y retardo del desarrollo físico y emocional.

Muy pocos acceden a beneficios sociales, especialmente para el cuidado de su salud, por su condición de "extramatrimoniales" o porque sus padres no tienen trabajo que cuenten con ellos.

### **2.7.3. Consecuencias Para El Padre Adolescente.**

Es frecuente la deserción escolar para absorber la mantención de su familia. También es común que tengan peores trabajos y de menor remuneración que sus padres, sometidos a un stress inadecuado a su edad. En general, todo ello condiciona trastornos emocionales que dificultan el ejercicio de una paternidad feliz.

## **2.8 ESTRATEGIA NACIONAL DE EL SALVADOR SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LOS DERECHOS DE LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES<sup>23</sup>**

### **2.8.1 Artículo 32.-**

#### **Salud sexual y reproductiva**

“Todas las niñas, niños y adolescentes, de acuerdo con su desarrollo físico, psicológico y emocional, tienen el derecho a recibir información y educación en salud sexual y reproductiva, de forma prioritaria por su madre y padre. El Estado en los ramos correspondientes garantizará la existencia y el acceso a los servicios y programas de salud y educación sexual integral para la niñez y adolescencia, con el objeto de fortalecer su realización personal, prevenir infecciones de transmisión sexual, disminuir riesgos de abuso sexual y prepararles para una maternidad y paternidad responsable en la adultez, sana y sin riesgos. Los servicios y programas implementados garantizarán y promoverán el respeto del

---

<sup>23</sup> Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA. Abril 2010. Páginas 8-10

derecho a la vida desde el instante de la concepción. El Órgano Ejecutivo en el ramo de Educación deberá incluir la educación sexual y reproductiva como parte de sus programas, respetando el desarrollo evolutivo de las niñas, niños y adolescentes”.

### **2.8.2 Artículo 24.- Embarazo precoz**

“Toda niña o adolescente embarazada es considerada en un estado de alto riesgo obstétrico y perinatal, por tanto deberá recibir atención médica de manera integral en las instituciones de salud pública. El Estado, con la colaboración de la sociedad, deberá establecer una política pública y programas específicos para la prevención a través de la información, la educación y la atención del embarazo precoz en niñas y adolescentes. A la niña o adolescente embarazada no se le podrá obligar al sometimiento de exámenes o interrogatorios denigrantes”.

La identidad femenina es caracterizada por sumisión y dependencia al poder masculino; es limitada al mundo privado e invade el espacio público generalmente en las situaciones de inequidad. Esta identidad está centralizada en la maternidad y en el servicio a los otros, con el resultado de que esta identidad aumenta la exposición a embarazos de riesgo. Por el contrario, la identidad masculina es caracterizada por poder y dominación sobre el género femenino; ese dominio del poder y se refleja en las políticas públicas. Esta identidad tiene un estereotipo de paternidad irresponsable y la idea que la masculinidad es igual a violencia. En este sentido, la identidad masculina tiene impactos y efectos negativos en la sexualidad de las adolescentes mujeres. De hecho, los espacios inequitativos se generan en las adolescentes mujeres con una autoestima baja; una incapacidad de decidir sobre su propio cuerpo; y embarazos impuestos tal como incesto-violencia, dando como resultando en una alta incidencia de embarazos no deseados. Estas conductas son aprendidas, recibidas y expuestas, trascendiendo a los individuos, afectando a las familias y penetrando en la sociedad. Están presentes en todas partes y son incorporadas en nuestras costumbres. Históricamente las relaciones entre hombres y mujeres se han construido en espacios con violencia e inequidad

y se han traducido en todas las expresiones de la cultura. Las adolescentes mujeres enfrentan problemas relacionados con las políticas públicas en los países en el tema de su salud sexual y reproductiva (SSR). Por ejemplo, las leyes restrictivas de penalización total del aborto, incluyendo el aborto terapéutico, ético y eugenésico, leyes que prohíben espacios para facilitar la lactancia materna, la exigencia de la prueba de embarazo para optar a un empleo, y el despido posnatal.

Según la política de salud sexual y reproductiva de El Salvador, el objetivo general es garantizar la salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas del curso de vida, a toda la población salvadoreña, fortaleciendo el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva en base a la Atención Primaria de Salud Integral, con un enfoque de inclusión, determinantes de la salud, género y derechos, en un ambiente sano, seguro, equitativo con calidad, calidez y corresponsabilidad. Los principios rectores de esta política están basados en la universalidad; derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos; equidad e igualdad; no discriminación; ética (transparencia); construcción de ciudadanía; integración y corresponsabilidad. Se utilizan los enfoques de derechos humanos, de género, de curso de vida, de integración y de determinantes sociales.

## **2.9 MORTALIDAD MATERNA**

En El Salvador, la tendencia de mortalidad materna ha disminuido entre 1990 y 2011 de 211 a 50,8 por cada 1000 mujeres y la meta proyectada para el año 2015 es de 52.8 por cada 1000 mujeres. Según los datos de la Unidad de Atención en Salud Sexual y Reproductiva (2011), el 11% de las muertes maternas correspondieron a adolescentes de entre 15 y 19 años de edad y el 19% a jóvenes entre 20 y 24 años. Entre enero y junio de 2012 se registraron 7 muertes maternas entre las adolescentes de 15 a 19 años siendo muertes evitables. El porcentaje de muertes por suicidio es alto y se está tomando la prueba de embarazo a todas mujeres de entre 10 a 49 años que se suicidan. De hecho, entre 2010 y 2011, el

40% de las causas de muertes en adolescentes fue suicidio. Necesitamos investigaciones e intervenciones sobre este tema a la brevedad.

## **2.10 ESTRATEGIA MINSAL**

La salud del adolescente es una prioridad para el Ministerio de Salud El Salvador. Se está trabajando en la prevención de los embarazos no deseados, en la atención preconcepcional y en establecer investigaciones de los conocimientos sobre sus derechos humanos y género de los/las adolescentes. Trabajando en la educación de las adolescentes embarazadas en los periodos prenatal y postnatal. Para cerrar las brechas se ha establecido la formación de promotores juveniles en SSR en áreas geográficas prioritarias usando las siguientes intervenciones: círculos educativos para adolescentes embarazadas; pasantías hospitalarias y áreas diferenciadas de atención.

Los desafíos de las estrategias del MINSAL son: el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes en una cultura con fundamentalismo religioso fuerte; el desconocimiento de parte de los y las adolescentes de género y derechos; el incremento del VIH que está afectando en forma ascendente a mujeres adolescentes; los altos índices de embarazos no deseados en adolescentes; el suicidio en adolescentes embarazadas; y el consentimiento informado para el uso de anticonceptivos en adolescentes (LEPINA). Para mejorar la salud de los adolescentes se propone lo siguiente: una educación integral de la sexualidad; servicios integrales de salud sexual y reproductiva; superar la brecha entre las áreas urbana y rural; y posicionar el Estado laico. Como parte de esta estrategia es importante superar ideas conservadoras y fundamentalistas. Las propuestas para la prevención de embarazo son: mejorar la accesibilidad a las métodos de planificación familiar en la RIISS; ampliar la oferta de formación de promotores juveniles en SSR; el empoderamiento de las mujeres adolescentes; y utilizar un enfoque intersectorial de la problemática. Por ejemplo, para mejorar la accesibilidad de servicios, se utilizarán los hogares de espera materna; para la accesibilidad económica

podemos utilizar un enfoque de gratuidad de los servicios; para la accesibilidad geográfica una reforma de salud; y para la accesibilidad cultural, un plan de parto.

Para reconstruir la sexualidad patriarcal, es necesario lograr una identidad de género femenina que controle su sexualidad, su reproducción a través del conocimiento de su cuerpo, dentro de una sociedad que le permita acceder a una información veraz y científica en el marco de los derechos humanos, incorporando las desigualdades de género y las determinantes sociales de las diferentes poblaciones.

### **2.11 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”.<sup>24</sup>

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

---

<sup>24</sup> OMS. Op. Cit. P. 3

salud, así como con los demás sectores que contribuyan a la estrategia para el desarrollo total del país”<sup>25</sup>.

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.

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.<sup>26</sup>

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 rehydratation 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.

---

<sup>25</sup> Ibid

<sup>26</sup> 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

Tabla No. 3 .Enfoques de la atención Primaria en Salud.

<b>Enfoque</b>	<b>Definición o concepto de Atención Primaria de Salud</b>	<b>Énfasis</b>
<b>APS Selectiva</b>	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
<b>Atención Primaria</b>	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
<b>Alma Ata “APS amplia”</b>	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	Una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para promover la salud.

	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.	
<b>Enfoque de salud y derechos humanos</b>	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.	Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales

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

### **2.11.1 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.

### **2.11.2 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".<sup>27</sup>

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 salud<sup>28</sup>. Según estas líneas de acción la Promoción de la Salud es un aporte importante para el desarrollo de la APS-I

---

<sup>27</sup> 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."

<sup>28</sup> OPS. Evaluación de la promoción de la salud: Principios y perspectivas, Washington, 2007

### **2.11.3 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.<sup>29</sup> 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 identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas”.<sup>30</sup>

### **2.11.4 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

---

<sup>29</sup> 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.

<sup>30</sup> García, I; Merino, B y Silva. J. Glosario de la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra 1998.

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.<sup>31</sup>

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 familia<sup>32</sup>. La participación social comprende varias actitudes como participación activa, pasiva, espontánea y 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.

---

<sup>31</sup> Werner, David y Sanders David, Cuestionando la solución Las Políticas de APS y supervivencia infantil. Cap. 5. 2000.

<sup>32</sup> OPS/OMS. Renovación de la APS en las américas, Borrador para discusión, 2005

### **2.11.5 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 Rovere<sup>33</sup>:

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 resolutive 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 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 género<sup>34</sup>. Equidad entonces, se refiere a acceso a servicios, pero sobre todo a distribución de recursos, ingreso, ambientes

---

<sup>33</sup> 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.

<sup>34</sup> 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.

saludables, oportunidades, poder, participación; en otras palabras la "exposición" a iguales oportunidades para ser saludables y construir la salud<sup>35</sup>.

#### **2.11.6 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"

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 dependerá del nivel de desarrollo del país y de los recursos disponibles en la APS y en otros sectores<sup>36</sup>.

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

---

<sup>35</sup> 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

<sup>36</sup> OPS/OMS. Renovación de la APS en las américas, Borrador para discusión, 2005

este mismo sentido es que resulta imprescindible para la construcción de la salud el involucramiento de muchas otras disciplinas y actores<sup>37</sup>.

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.

#### **2.11.7 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.

---

<sup>37</sup> Barten F. And Espinoza E. Rescue of Local Experiences in El Salvador and Nicaragua for the Health Sector Reform Process. 1998.

**CAPITULO III**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

**3.1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

TABLA 4. Operacionalización de variables

VARIABLE GENERAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<b>Problemas psicológicos</b>	Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja autoestima</li> <li>• Alta autoestima</li> </ul>
	Afectividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin figuras paternas</li> <li>• Con figuras paternas</li> </ul>
	Proyecto de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con metas</li> <li>• Confuso</li> <li>• Sin metas</li> </ul>
	Abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con antecedentes</li> <li>• Sin antecedentes</li> </ul>
	Violencia intrafamiliar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con antecedentes</li> <li>• Sin antecedentes</li> </ul>
	Violencia social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con antecedentes</li> <li>• Sin antecedentes</li> </ul>
	Antecedentes familiares de embarazo en adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin antecedentes</li> <li>• Padre</li> <li>• Madre</li> <li>• Hermano/a</li> <li>• Otros</li> </ul>
	Conducta de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de alcohol</li> <li>• Consumo de drogas</li> <li>• Múltiples parejas</li> </ul>

		sexuales
	Integración a grupos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiste a iglesia</li> <li>• Practica deportes</li> <li>• Club de danza</li> <li>• Club de costura</li> <li>• Club de cosmetología</li> <li>• Otros</li> <li>• Ninguno</li> </ul>
<b>Nivel educativo</b>	Formación académica de los padres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin formación</li> <li>• Básica</li> <li>• Bachillerato</li> <li>• Técnico</li> <li>• Universitario</li> <li>• Otros</li> </ul>
	Formación académica de la adolescente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ninguna</li> <li>• Básica</li> <li>• Bachillerato</li> <li>• Técnico</li> <li>• Universitario</li> <li>• Otros</li> </ul>
	Abandono escolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con antecedentes</li> <li>• Sin antecedentes</li> </ul>
	Grados reprobados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uno</li> <li>• Dos</li> <li>• Tres</li> <li>• Mas</li> <li>• Ninguno</li> </ul>

<b>Variable Independiente</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
<b>Factores Económicos</b>	Profesión u oficio	Empleada
		Desempleada
	Escolaridad	Ninguno
		Primaria
		Secundaria
		Bachillerato
		Universitaria
	Fuente de ingresos de la adolescente	Madre
		Padre
		Pareja
		Ninguno

<b>Variable Independiente</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
<b>Factores culturales</b>	Influencias de amigos	Escuela
		Trabajo
		comunidad
		Otros
	Influencias familiares	Madre
		Padre
		Pareja
		Ninguno
	Religión	Católica
		Evangélica
		Otros.
	Cultura	Creencias

		Costumbres
		Idiosincrasia

<b>Variable Independiente</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
<b>Salud sexual y reproductiva</b>	Conocimiento en la prevención del embarazo	Familiares
		Amigos
		Escuela
		Personal de salud
	Conocimiento de métodos de planificación familiar	Familiares
		Amigos
		Escuela
		Personal de salud
	El mejoramiento de la salud sexual	niveles más altos de educación
		cambios en el nivel individual
		cambios comunitarios en relación con proyectos de vida
		Mayor acceso a la información
	Promoción sobre los derechos sexuales y reproductivos	Implementación de los programas de promoción
		Comunicación clara de la información
		Quien brinda la educación
		Creación de proyectos de vida.

<b>Variable Independiente</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>
<b>factores de atención primaria en salud</b>	Accesibilidad a los servicios por los adolescentes.	Económico
		Geográfico
		Privado
		Público
	Métodos de anticoncepción	Utilizados
		No utilizado
	Atención preconcepcional	Inscripción
		Control
	Atención integral al adolescente	Inscripción
		Control

### **3.2 DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.2.1 Área de estudio:**

Municipio de Sonsonate de marzo a agosto del 2016

#### **3.2.2 Tipo de estudio:**

Estudio trasversal descriptivo

Es un estudio tipo descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo en el que se describe la asociación entre los factores de riesgo y la incidencia de embarazos en adolescentes. Además de brindar las bases para futuras investigaciones y permite comprobar o rechazar hipótesis.

**Trasversal:** Permite medir simultáneamente la exposición y el problema (efecto) entre individuos en una población definida.

**Descriptivo:** Deduce las circunstancias que se esté presentando en la problemática estudiada; se aplica describiendo todas sus dimensiones.

### 3.2.3 Universo de estudio:

Adolescentes con primer embarazo o embarazo previo de la zona de urbana y rural. Que son atendidas en inscripción y control prenatal en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Sonsonate.

El segundo universo es el personal de salud que forma parte de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Sonsonate.

### 3.2.4 Muestra.

$$n = \frac{N Z^2 P (1-P)}{(N-1) (LE)^2 + Z^2 P (1-P)}$$

Donde

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población

Z= Nivel de confianza (1.96)

P= Proporción de éxito (0.5)

LE= Error máximo tolerable (0.05)

$$n = \frac{(84) (1.96)^2 (0.5) (1-0.5)}{(84-1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (1-0.5)}$$

$$n = \frac{(84) (3.84) (0.5) (0.5)}{(83) (0.0025) + (3.84) (0.5) (0.5)}$$

$$n = \underline{80.64}$$

$$1.1675$$

$$n = 69$$

**Muestra: 69 adolescentes.**

**Segunda muestra: 6 miembros del personal de salud (3 médicos y 3 enfermeras)**

### **3.2.5 Estrategia muestra:**

Se realizó un muestreo no probabilístico en jóvenes que cumplan con los criterios de selección, inclusión y exclusión.

Para la elección de la segunda muestra se utilizaron criterios de selección, inclusión y exclusión.

#### **3.2.5.1 Criterios de inclusión**

- Adolescentes embarazadas pertenecientes al área geográfica de responsabilidad UCSFI Sonsonate en el periodo de marzo a agosto del 2016.
- Adolescentes embarazadas en control prenatal en la UCSFI Sonsonate durante el período de marzo a agosto del 2016
- Adolescentes que se embarazaron en el periodo de estudio (marzo a agosto de 2016).

- Adolescentes embarazadas que aceptaron participar en el estudio.

### **3.2.5.2 Criterios de exclusión**

- 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.
- Adolescentes embarazadas que no pertenezcan al AGI de Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Sonsonate

### **3.2.5.3 Criterios de inclusión personal de salud.**

- Personal de salud que forma parte de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Sonsonate.
- Personal responsable de la atención directa de las adolescentes embarazadas.
- Personal de enfermería responsable del programa de atención a las adolescentes embarazadas.
- Médicos responsables de brindar los controles a las adolescentes embarazadas.

### **3.2.5.4 Criterios de exclusión**

- Personal que no labora en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Sonsonate.
- Personal que no sea responsable de la atención directa a las adolescentes embarazadas.
- Personal ausente durante el período que dura la investigación.

### **3.2.6 Fuente de información.**

La fuente de información fue de dos tipos:

#### **3.2.6.1 Fuente de información primaria:**

- Determinada por las adolescentes embarazadas.
- Equipo de salud de UCSFI Sonsonate

#### **3.2.6.2 Fuentes de información secundaria:**

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

Se diseñó un cuestionario dirigido en consultas ambulatorias de inscripción y control en el embarazo, club de embarazadas.

Colaboración de las diferentes disciplinas (médicos, odontólogos, enfermeras, promotores).

### **3.2.7 Instrumentos de recolección de datos.**

Se realizó un cuestionario a las embarazadas adolescentes, que consta de 30 preguntas cerradas, con múltiples opciones; tratando de indagar sobre los principales factores que inciden en ellas:

- Factores económicos y culturales.
- Aspectos psicológicos e individuales
- Factores de la atención primaria de salud
- Salud sexual y reproductiva

Además se administró un test de escala de autoestima "Baremo" esto permite conocer el tipo de autoestima que poseen las adolescentes, este consta de 25 preposiciones cerradas.

El instrumento administrado al personal de salud consta de 11 preguntas cerradas con múltiples opciones.

### **3.2.8 Procedimiento.**

Se realizó una reunión con el director del establecimiento explicando el desarrollo del proceso de la investigación, para su respectiva autorización.

Luego de la autorización por parte de la dirección del establecimiento, se realizó la revisión de documentos, siendo este, el libro de atención materna de la unidad de salud comunitaria

A partir de la información tomada del libro de atención materna 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 marzo a agosto del 2016, datos que se utilizaron para la aplicación de criterios de Inclusión y exclusión.

Para la administración del instrumento se utilizó la reunión mensual del grupo adolescentes embarazadas que se realiza en el establecimiento, se les solicitó el consentimiento para participar en el estudio y se le pidió su ayuda con la resolución del cuestionario; ese mismo día se realizó la entrevista psicológica a las adolescentes.

Otro grupo de adolescentes fueron captadas cuando asistieron a sus controles prenatales, y de igual forma se les solicitó el consentimiento para la participación en el estudio y al obtener su aceptación, el mismo día se realizó la encuesta y la entrevista.

Para la administración del instrumento al personal se le dio durante la visita que se tuvo con las adolescentes.

### **3.2.9 Condiciones éticas**

Se tomaron en cuenta principios éticos como el respeto a la autonomía y la capacidad de las adolescentes de su autodeterminación, durante la encuesta, también se les informo el respeto 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.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 1. Edad en años

**Tabla No.5 Edad en Años. FUENTE DE DATOS ENCUESTA ADMINISTRADA A ADOLESCENTES**

Edad en años		
10 a 13 años	14 a 16 años	17 a 19 años
9	26	34
13%	38%	49%



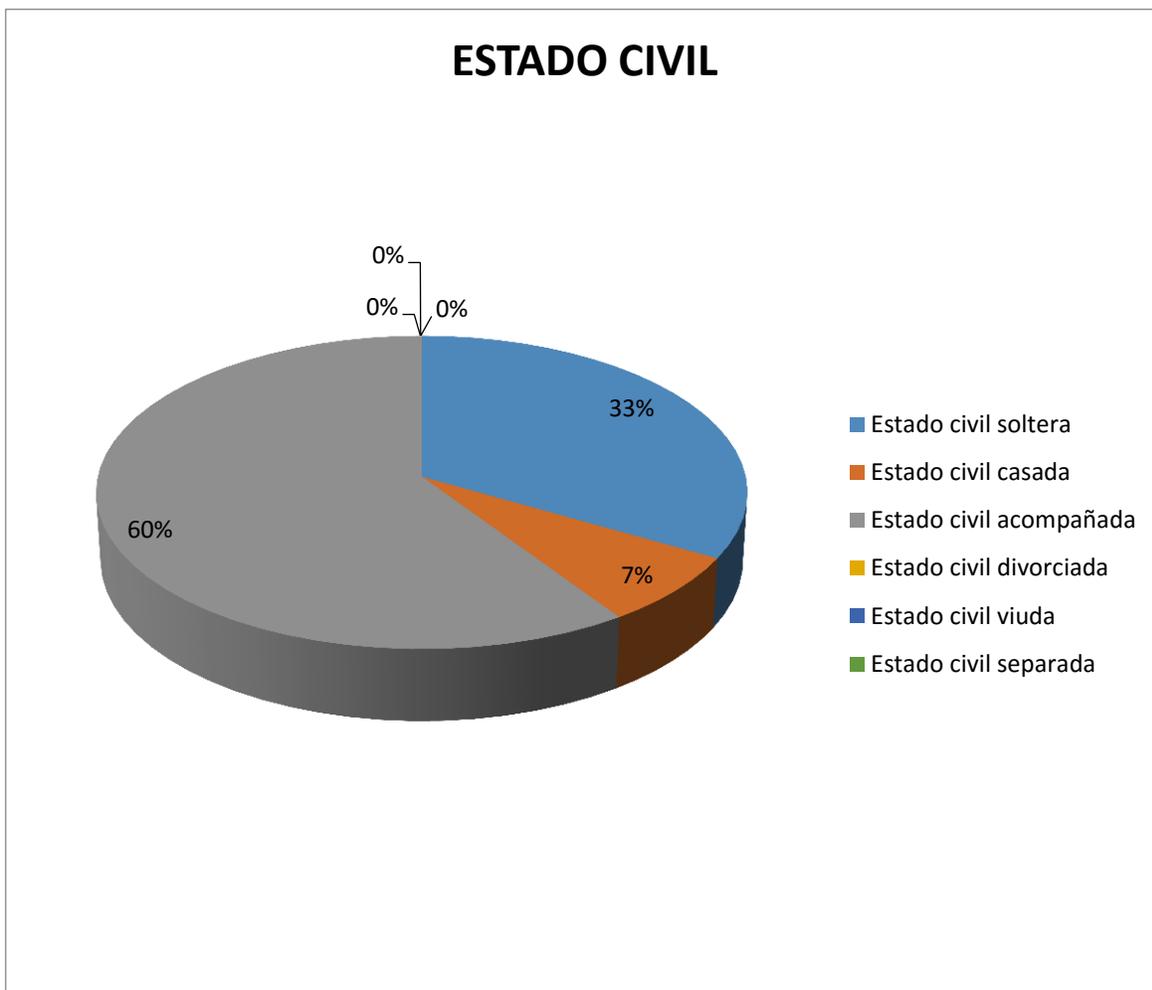
**Gráfico No.1 Edad en años**

En esta primera pregunta podemos observar que la casi la mitad de las adolescentes embarazadas se encuentran entre las edades de 17 a 19 años, lo cual sugiere prestar mayor atención en actividades preventivas al grupo ya mencionado.

## 2. Estado civil

**Tabla No.6 Estado Civil. FUENTE DE DATOS ENCUESTA ADMINISTRADA A ADOLESCENTES**

Estado civil					
soltera	casada	Acompañada	divorciada	viuda	Separada
23	5	41	0	0	0
33%	7%	60%	0%	0%	0%



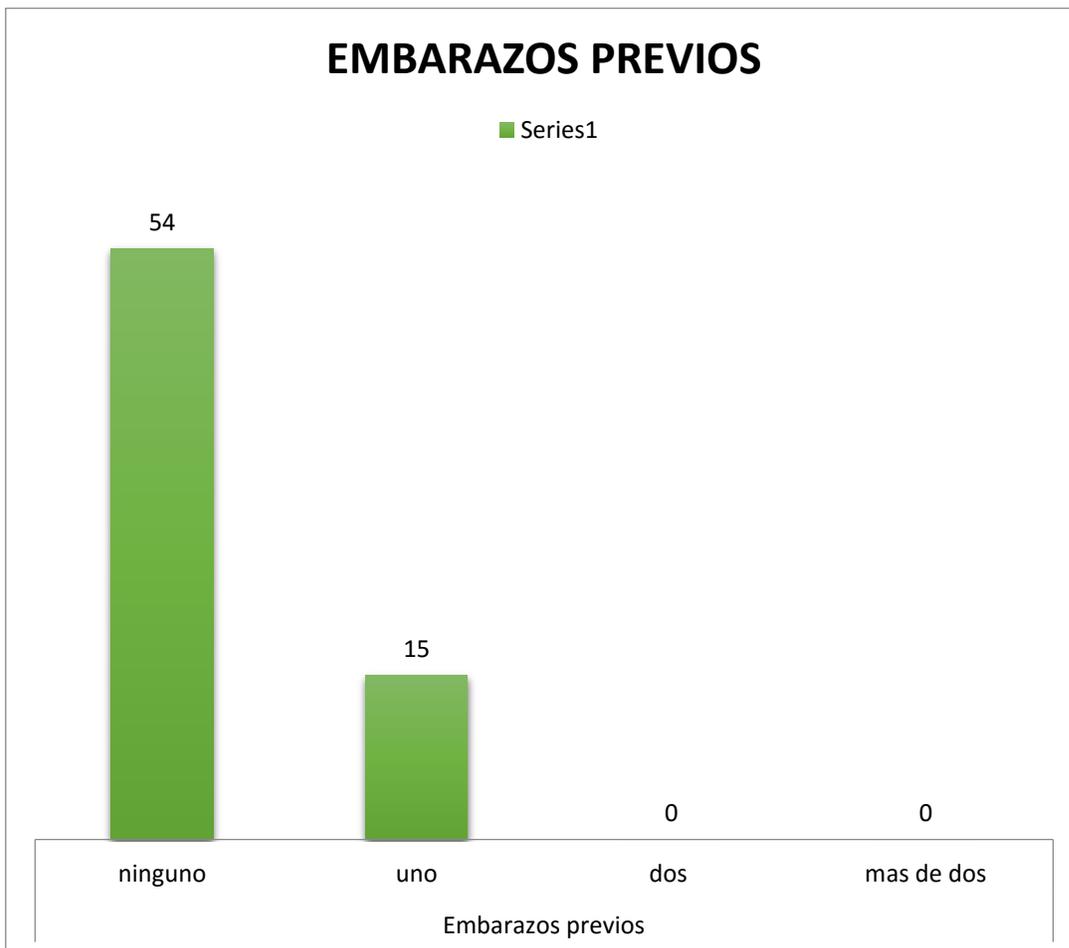
**Grafico No.2 Estado Civil**

En esta pregunta podemos ver que el 60% de las adolescentes embarazadas están acompañadas y solo un 7% están casadas, lo que nos sugiere no cuentan con una unión estable.

### 3. Embarazos previos

**Tabla No.7 Embarazos previos. FUENTE DE DATOS ENCUESTA ADMINISTRADA A ADOLESCENTES**

Embarazos previos			
Ninguno	Uno	dos	más de dos
54	15	0	0
78%	22%	0%	0%



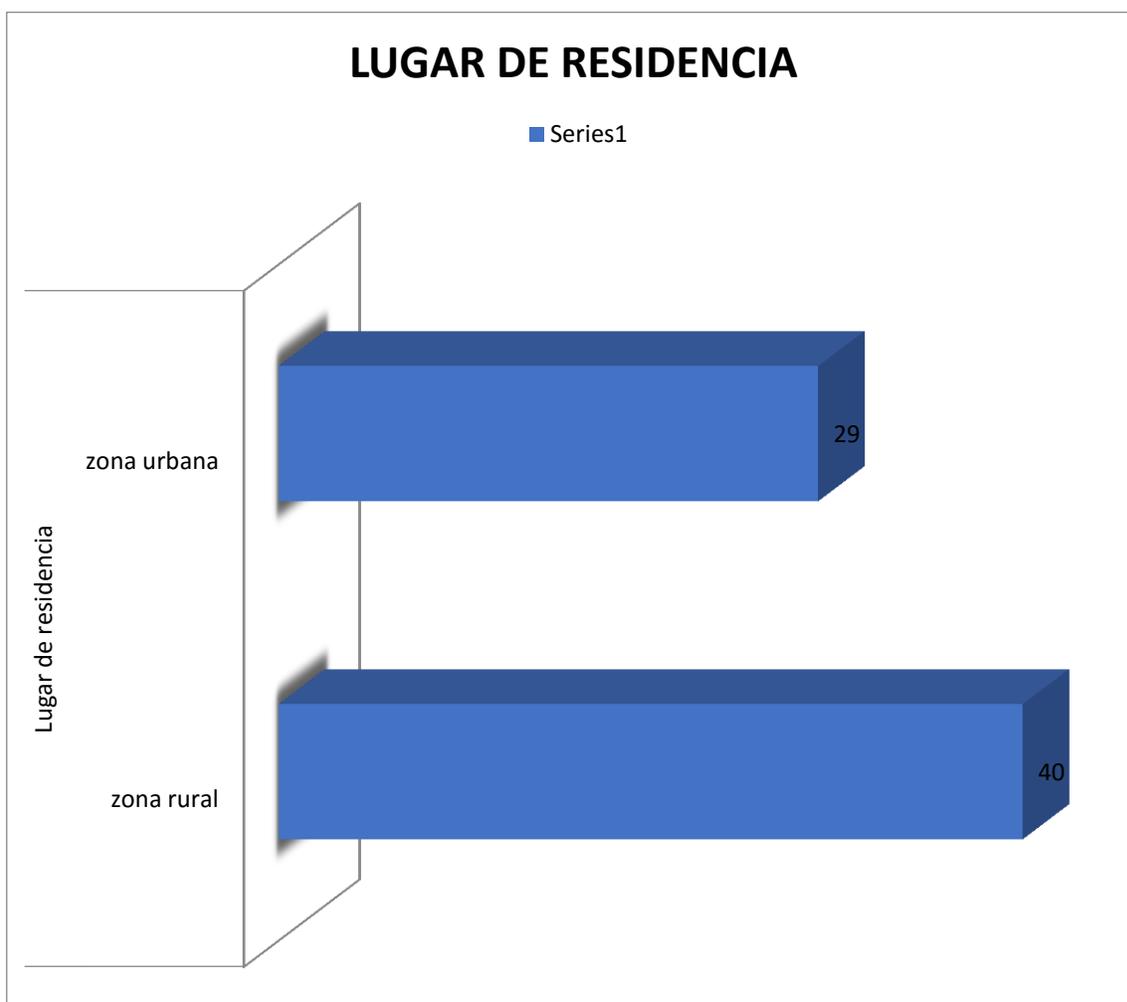
**Grafico No.3 Embarazos previos**

Con esta pregunta encontramos que un 78% de las adolescentes es decir 54 de nuestra muestra son nulíparas.

#### 4. Lugar de residencia

**Tabla No.8 Lugar de residencia. FUENTE DE DATOS ENCUESTA ADMINISTRADA A ADOLESCENTES**

Lugar de residencia	
zona rural	zona urbana
40	29
58%	42%



**Gráfico No.4 Lugar de Residencia**

Aquí podemos observar que un 58% de las embarazadas viven en la zona rural, llamando la ,atención sobre la necesidad de intervención que tiene esa área.

### 5. ¿Qué tipo de trabajo tienen tus padres?

**Tabla No.9 Trabajo de lo los padres. FUENTE DE DATOS ENCUESTA ADMINISTRADA A ADOLESCENTES**

Tipo de trabajo de los padres		
Estable	no estable	Ninguno
36	29	4
52%	42%	6%



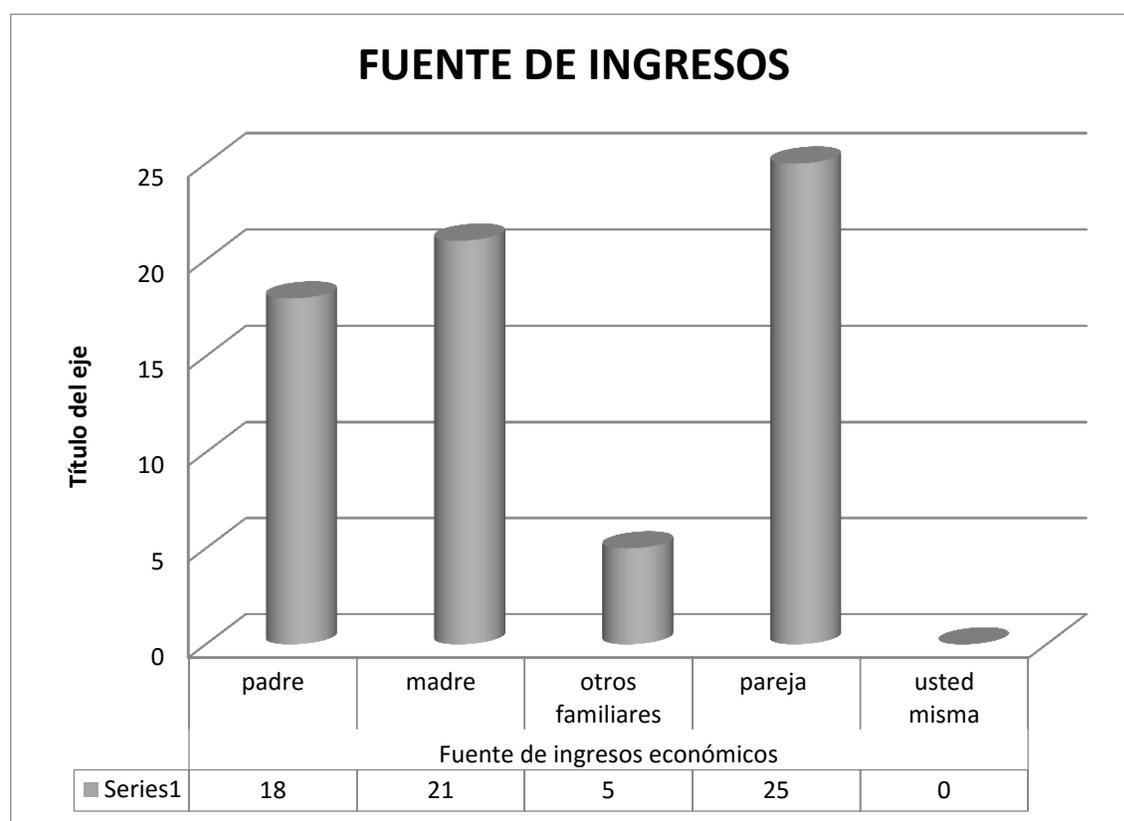
**Grafico No.5 Trabajo de los padres**

Con esta pregunta podemos decir que el 52% de los padre de familia tienen un trabajo estable, y el que resto de las embarazadas no poseen un fuente segura de ingresos económicos.

## 6. ¿De quién provienen tus ingresos económicos?

**Tabla No.10 Fuente de Ingresos Económicos. FUENTE DE DATOS ENCUESTA ADMINISTRADA A ADOLESCENTES**

Fuente de ingresos económicos				
padre	madre	otros familiares	pareja	usted misma
18	21	5	25	0
26%	31%	7%	36%	0%



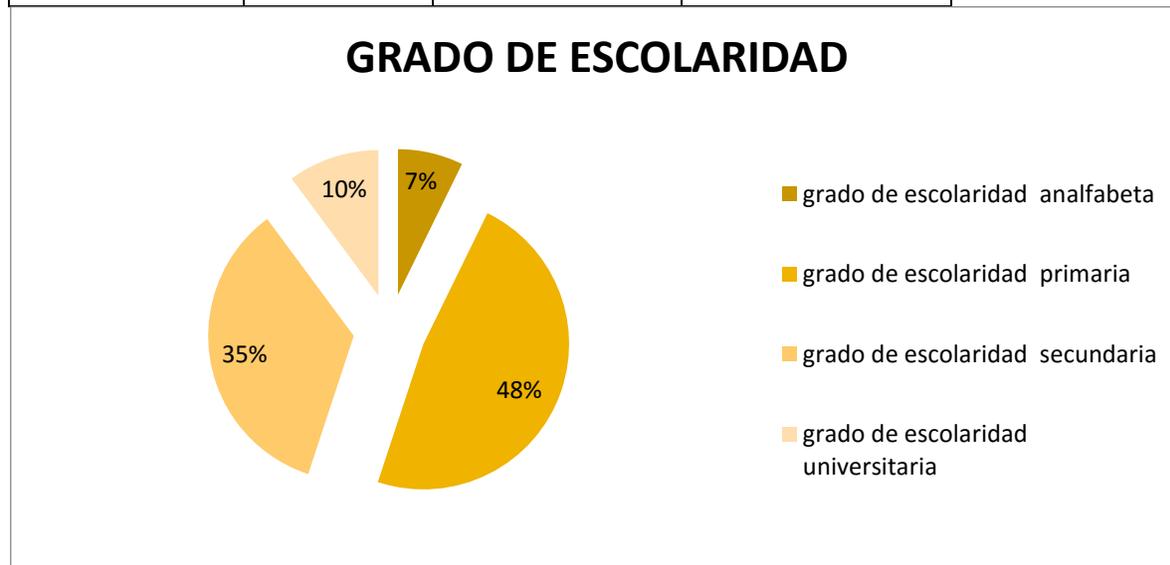
**Grafico No.6 Fuente de Ingresos Económicos**

En esta pregunta podemos notar que el 31% de las embarazadas reciben la ayuda económica por parte de la madre y el 26% por su padre, notando así que el 56% de los hogares de las embarazadas son sostenidos por los padres de familia, generando probablemente un gasto extra en sus ingresos.

## 7. ¿Qué grado de escolaridad tienes?

**Tabla No.11 Grado de Escolaridad** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

grado de escolaridad			
Analfabeta	primaria	Secundaria	Universitaria
5	33	24	7
7%	48%	35%	10%



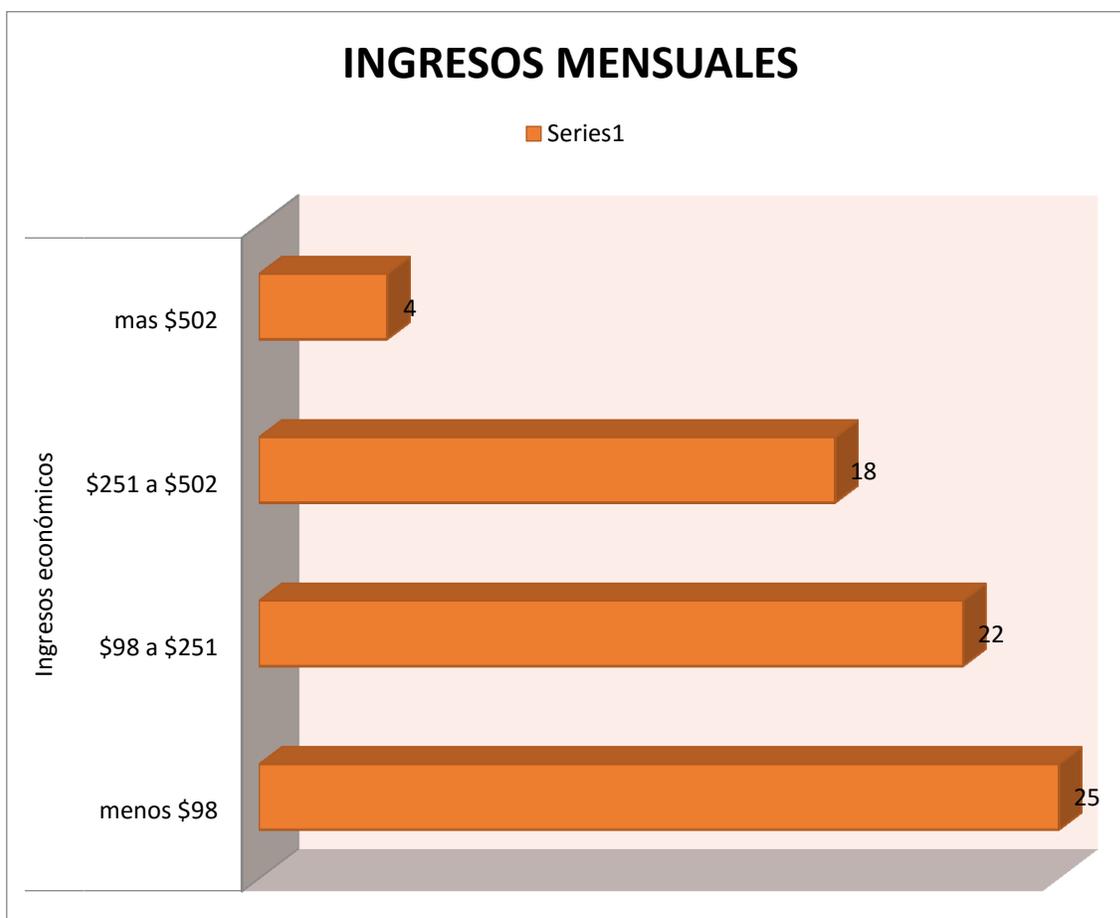
### Gráfico No.7 Grado de Escolaridad

Al analizar esta pregunta podemos observar que el 48% de las embarazadas solamente han alcanzado un nivel de educación de primaria y que apenas un 10% ha realizado estudios universitarios, lo que nos puede llevar a analizar que se limitan las posibilidades para estas jóvenes de obtener un trabajo bien remunerado.

### 8. ¿Cuáles son tus ingresos económicos?

**Tabla No.12 Ingreso Económicos** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

<b>Ingresos económicos</b>			
menos \$98	\$98 a \$251	\$251 a \$502	mas \$502
25	22	18	4
36%	32%	26%	6%



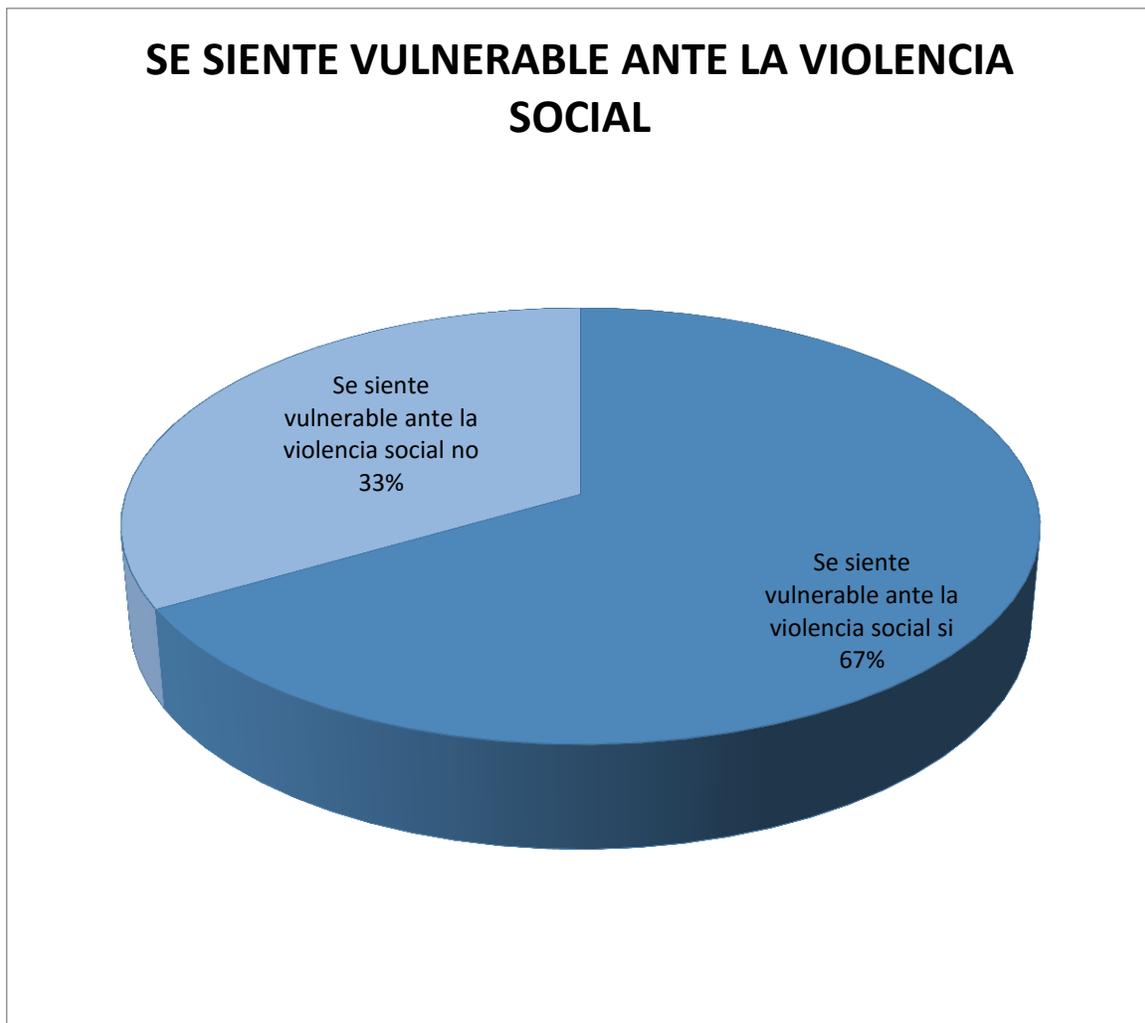
**Grafico No.8 Ingresos Económicos**

En esta pregunta podemos notar que el 36% de las embarazadas perciben un ingreso inferior a los \$98 que corresponde al salario mínimo en el área rural y notamos también que un 32% perciben ingresos entre \$98 y \$251 lo que equivale al salario mínimo en el área de comercio y servicio, lo que nos indica que no se logra satisfacer la canasta básica la cual de \$143.05 para el área rural y \$198.83 para el área urbana.

### 9 . ¿ Se siente vulnerable ante la violencia social?

**Tabla No. 13 Vulnerabilidad a la violencia** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

<b>Se siente vulnerable ante la violencia social</b>	
Si	No
46	23
67%	33%



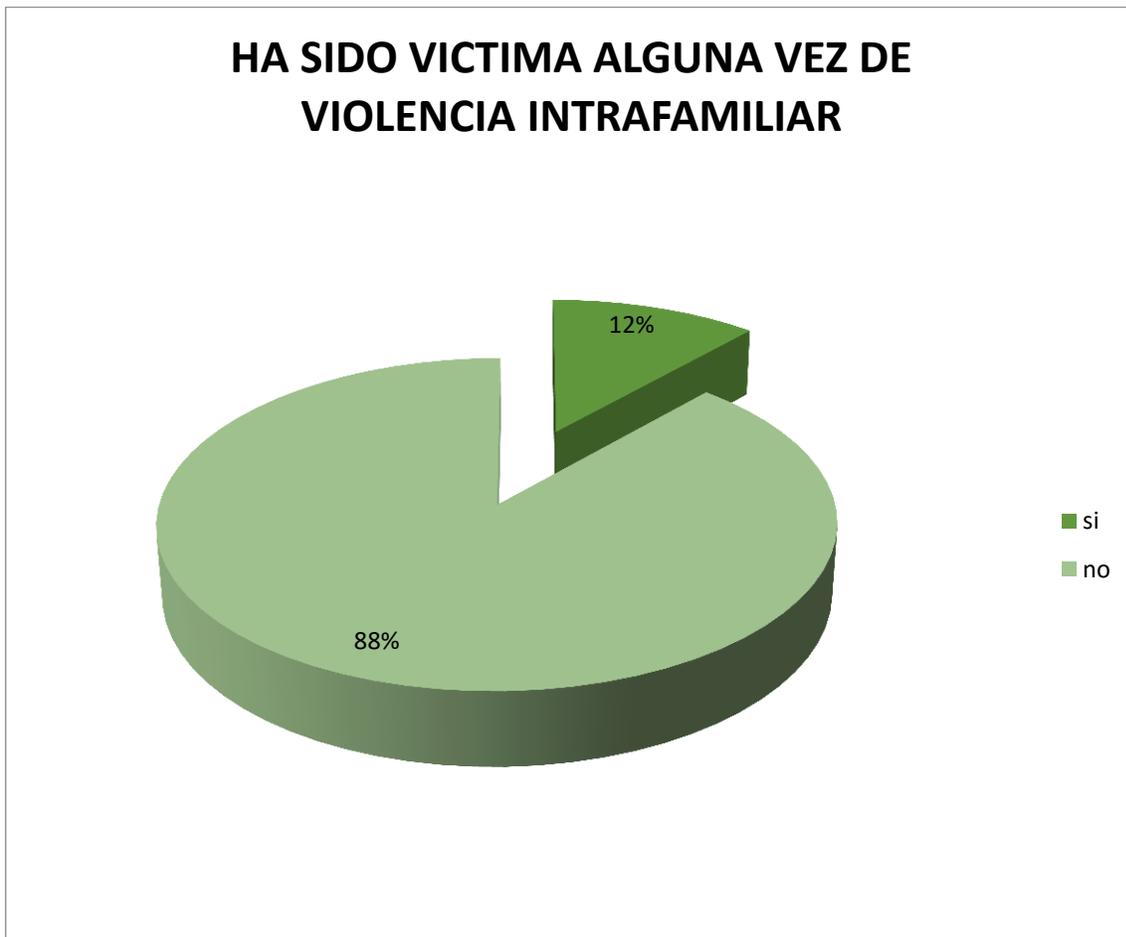
**Grafico No.9 Vulnerabilidad a la violencia**

En esta pregunta podemos decir que el 67% de las embarazadas se siente vulnerables ante la violencia social.

10. ¿Has sido víctima alguna vez de violencia intrafamiliar?

**Tabla No.14 Violencia Intrafamiliar** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

Ha sido víctima de violencia intrafamiliar	
Si	No
8	61
12%	88%



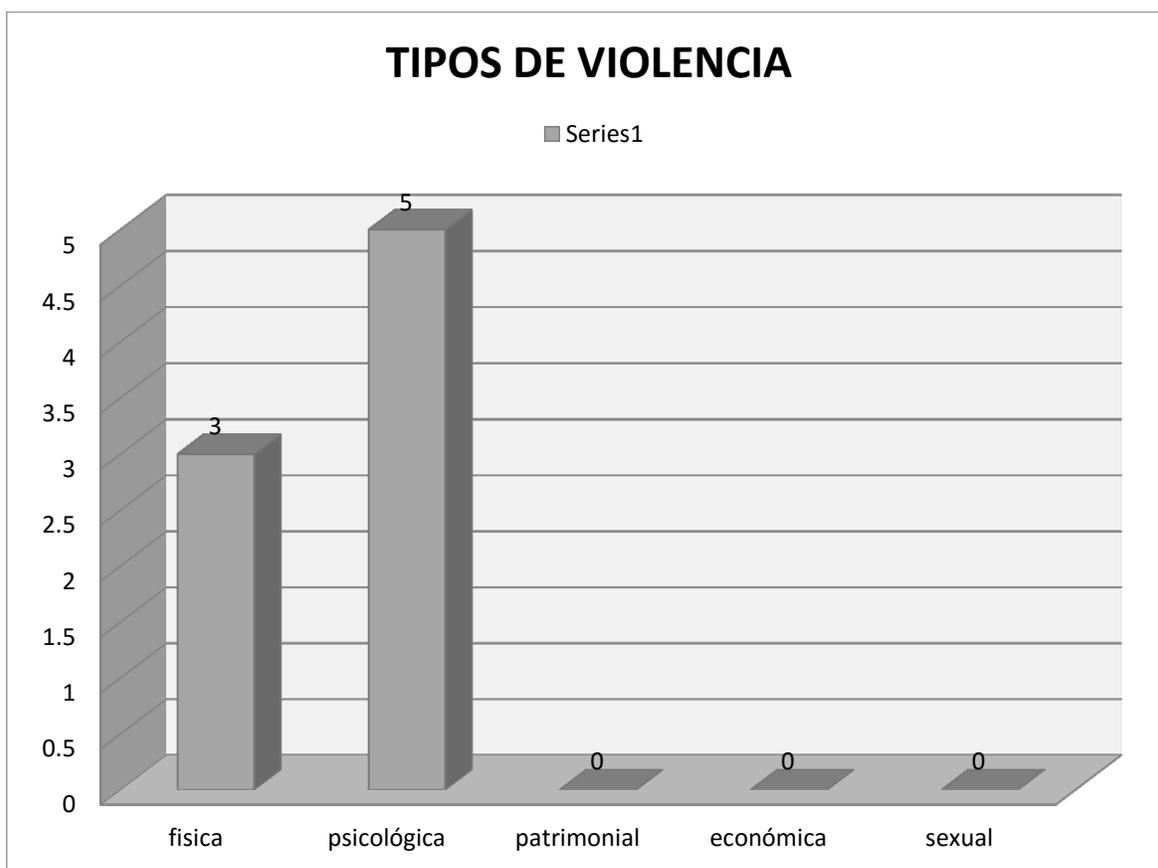
**Grafica No.10 Violencia Intrafamiliar**

Aquí podemos observar que el 12 % de las embarazadas ha sufrido algún tipo de violencia familiar.

11. Si tu respuesta anterior fue si menciona ¿Cuál?

**Tabla No.15 Tipo de violencia intrafamiliar** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

Tipo de violencia intrafamiliar vivida				
física	psicológica	Patrimonial	económica	sexual
3	5	0	0	0
38%	62%	0%	0%	0%



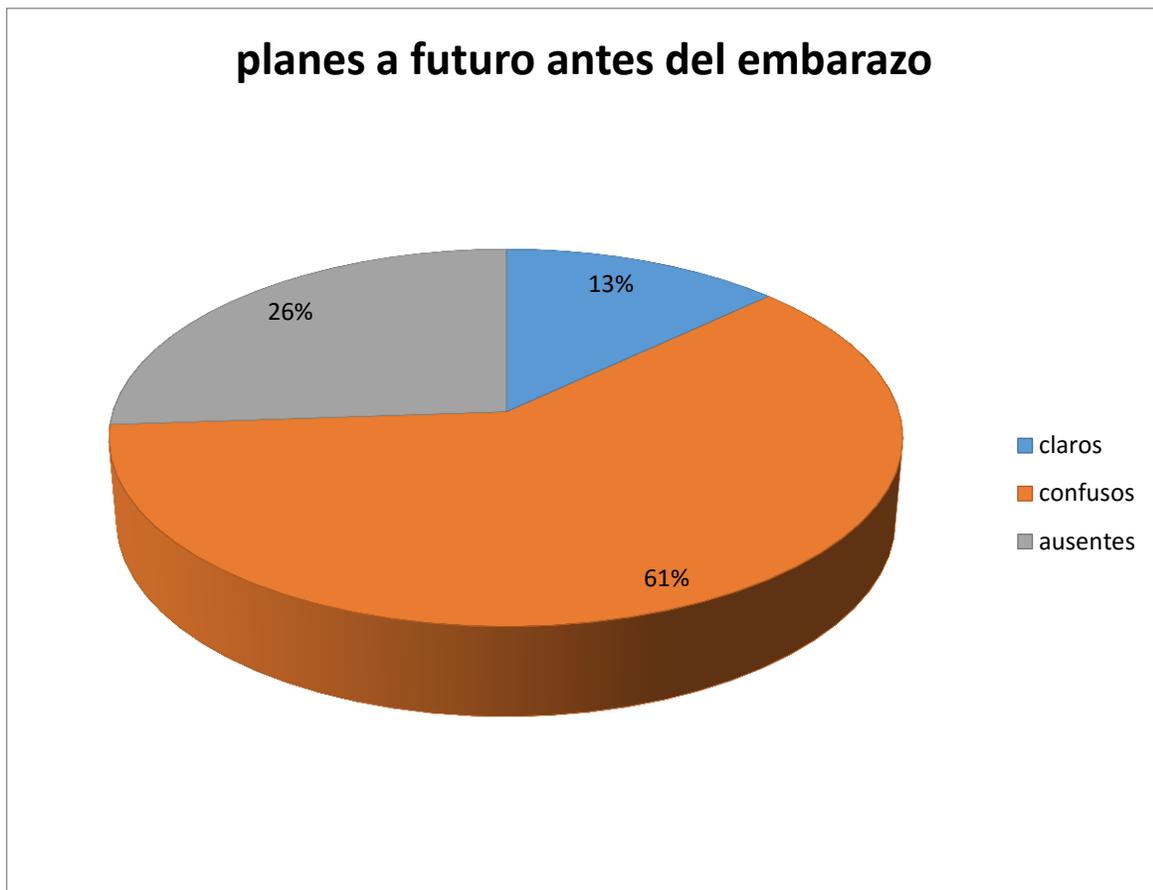
**Gráfico No.11 Tipo de Violencia Intrafamiliar**

En esta pregunta podemos notar que el tipo de violencia intrafamiliar que han sufrido las adolescentes es en su mayoría psicológica, pero también es importante mencionar el 38% ha sido víctima de violencia física.

12. ¿Antes del embarazo como considerabas tus planes a futuro?

**Tabla No.16 Planes a futuro antes de embarazo** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

planes a futuro antes del embarazo		
Claros	Confusos	Ausentes
9	42	18
13%	61%	26%



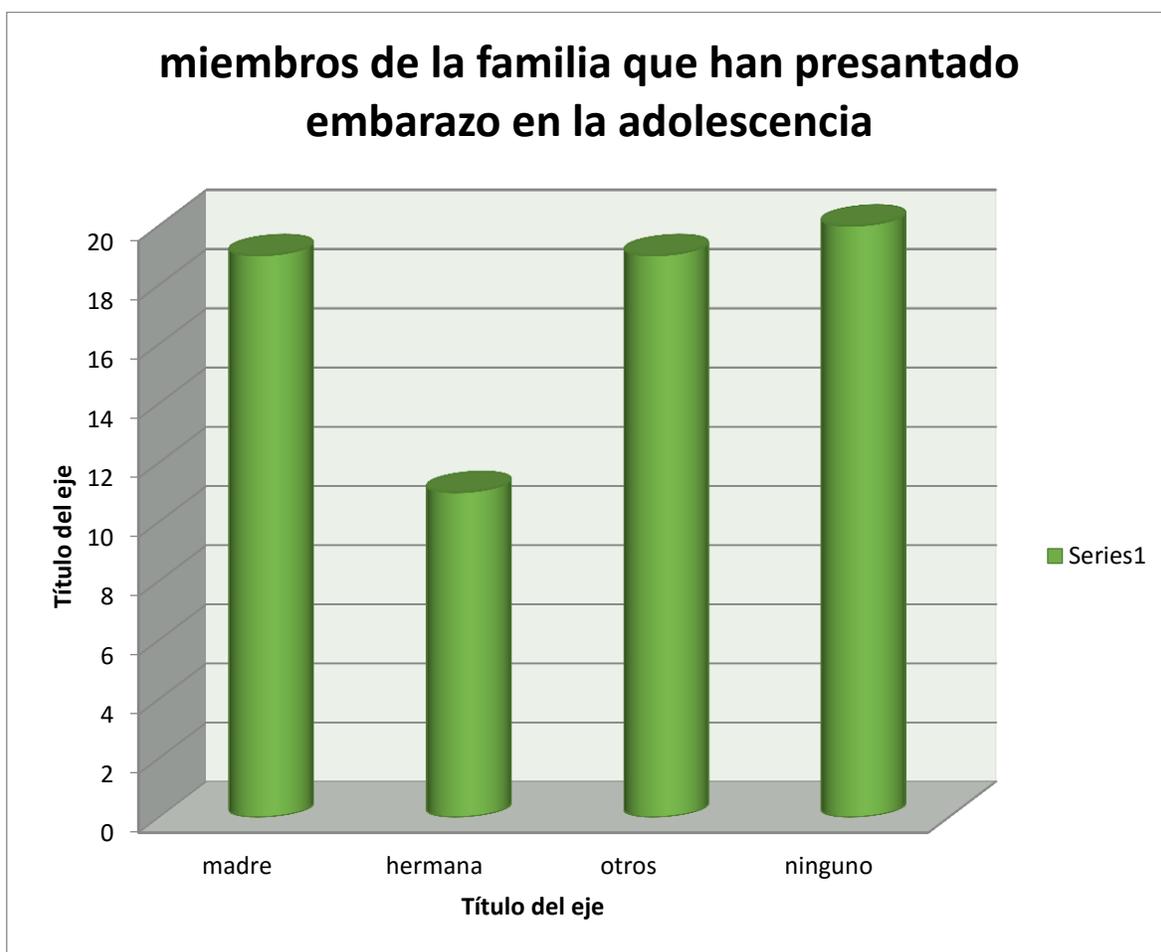
**Grafico No.12 Planes a futuro antes del embarazo**

En esta pregunta observamos que el 26% de las adolescentes no tenían planes a futuro, lo que nos sugiere que probablemente el embarazo sea no planeado y que no tengan una solución ante su circunstancia.

13. ¿Algún miembro de su familia ha presentado embarazo en la adolescencia?

**Tabla No.17 Embarazo precoz en familiares** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

miembros que han presentado embarazo en la adolescencia			
Madre	hermana	otros	Ninguno
19	11	19	20
28%	15%	28%	29%



**Gráfico No.13 Embarazo precoz en familiares**

En esta pregunta podemos notar que un 71% de las adolescentes tienen familiares con antecedentes de embarazos precoces

14. ¿Actualmente se encuentra estudiando?

**Tabla No.18 ¿Estudia actualmente?** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

¿Estudia actualmente?	
Si	No
22	47
32%	68%



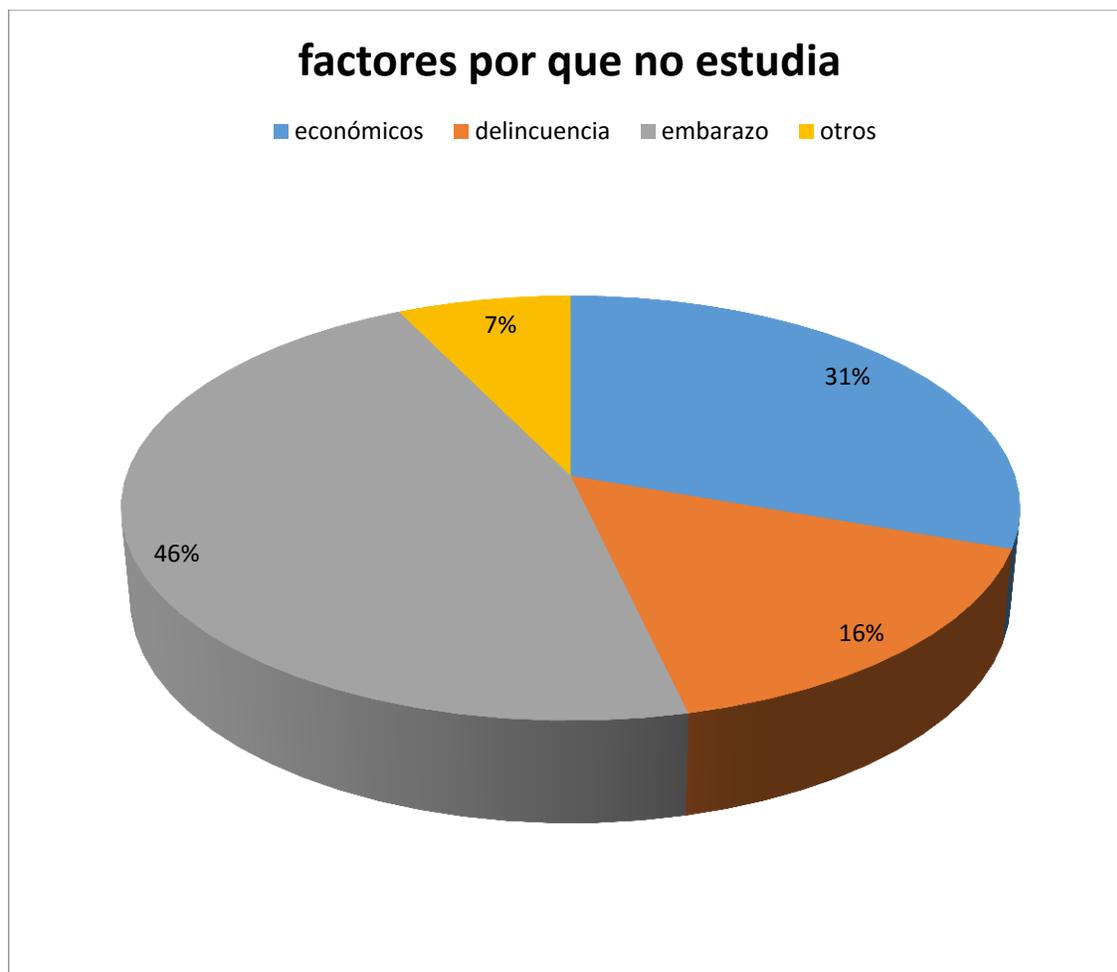
**Grafico No.14 ¿Estudia actualmente?**

Con esta respuesta podemos decir que el 68% de las adolescentes no se encuentran estudiando, siendo este un dato alarmante ya que esto limita las oportunidades de superación económica para este grupo.

15. Si su respuesta anterior es no, ¿por qué?

**Tabla No.19 Razones por la que no estudia** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

factores por que no estudia			
Económicos	Delincuencia	embarazo	otros
21	11	32	5
31%	16%	46%	7%



**Grafico No.15 Razones por las que no estudia**

En esta pregunta observamos que el 46% de las adolescentes no se encuentran actualmente estudiando debido al embarazo, lo que nos sugiere que el hecho de estar embarazada genera deserción de los estudios probablemente por la discriminación que en cierta forma ya sea directa o indirectamente estas perciben en los centros educativos por lo que es el aspecto de mayor porcentaje en la respuesta a esta pregunta

16. ¿Has reprobado algún año académico?

**Tabla No.20 año escolar reprobado** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

Ha reprobado algún año	
Si	No
16	53
23%	77%



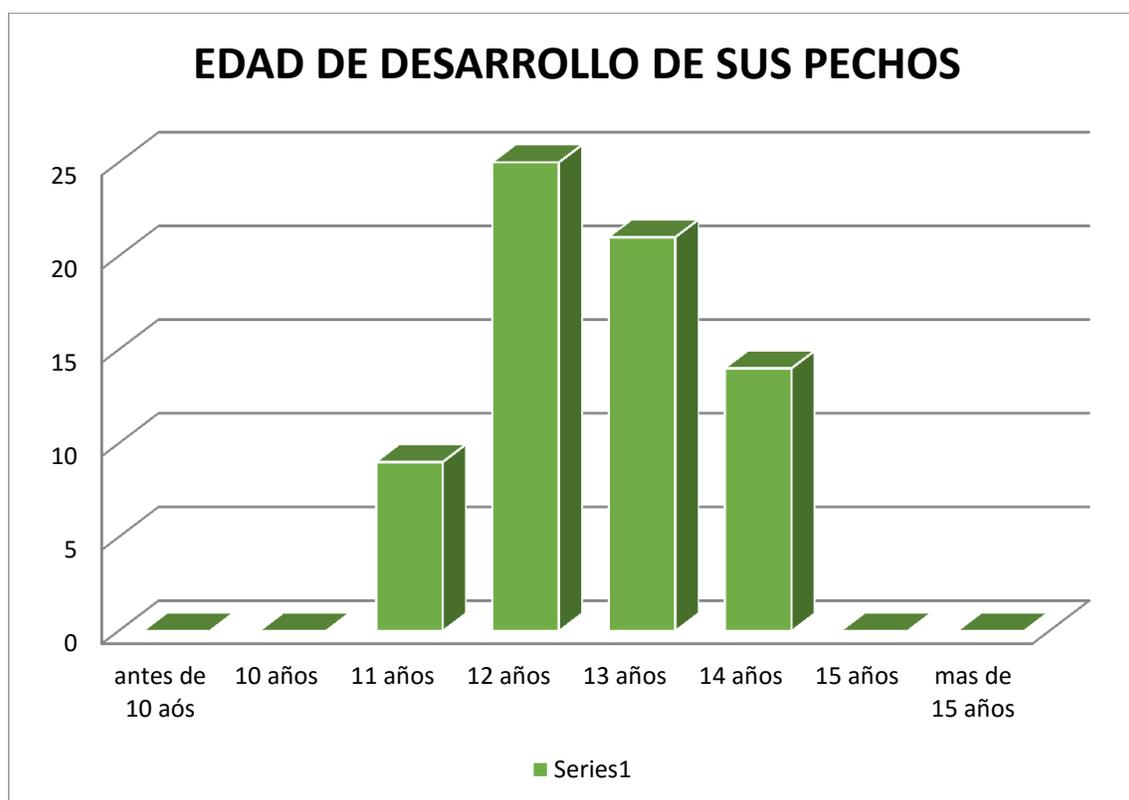
**Gráfico No.16 Año escolar reprobado**

El resultado de esta pregunta es que el 77% de las adolescentes que actualmente se encuentran embarazadas no han reprobado ningún año académico siendo esta respuesta la de mayor porcentaje por lo que el mal rendimiento académico no estaría relacionado como un factor que influya en el embarazo adolescente

17. ¿A qué edad desarrollo los pechos?

**Tabla No.21 edad de desarrollo de pechos** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

<b>desarrollo de los pechos</b>		
antes de 10 años	0	0%
10 años	0	0%
11 años	9	13%
12 años	25	36%
13 años	21	30%
14 años	14	21%
15 años	0	0%
mas de 15 años	0	0%



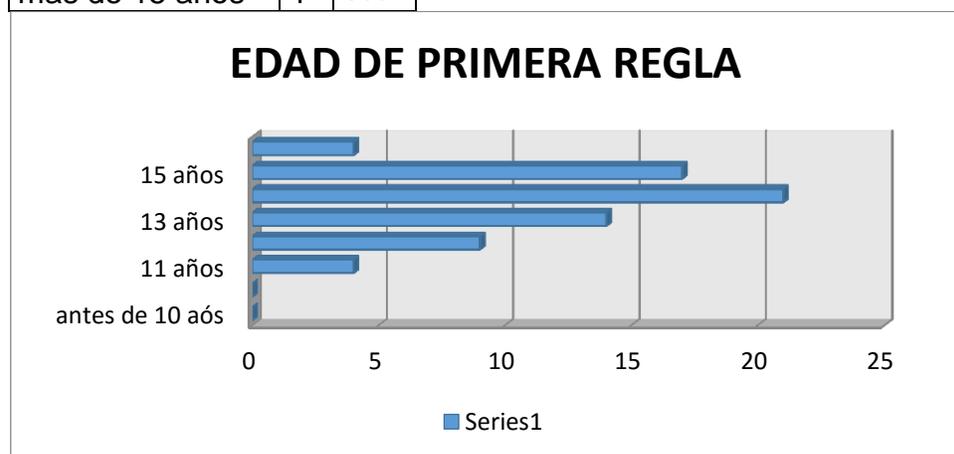
**Gráfico No.17 Edad de desarrollo de pechos**

En el resultado a esta pregunta se observa que la mayoría de adolescentes tuvo el desarrollo de sus pechos a la edad de 12 años (36%), además de presentar una cantidad bastante similar a la edad de 13 años (30%). Cabe agregar que ninguna de las embarazadas dentro de la muestra del estudio tuvo su desarrollo de pechos de manera precoz, antes de los 10 años o a los 10 años

18. ¿A qué edad tuvo su primera regla?

**Tabla No.22 Edad de menarquia** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

Edad de primera regla		
antes de 10 Años	0	0%
10 años	0	0%
11 años	4	6%
12 años	9	13%
13 años	14	20%
14 años	21	30%
15 años	17	25%
mas de 15 años	4	6%



**Gráfico No.18 Edad de Menarquia**

Esto revela que ninguna de las embarazadas encuestadas tuvo su menarquia precozmente antes de los 10 años o a los 10 años, mostrando mayor incidencia la edad de 14 años lo que muestra que el aspecto biológico de una menarquia precoz no se relacionada como un factor de riesgo de embarazo en las adolescentes embarazadas dentro de la muestra de estudio

19. ¿Con cuáles de tus amigos te relacionas más?

**Tabla No.23 Amigos con los que más se relaciona** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

con cuales amigos te relacionas mas	
Escuela	Trabajo
16	5



23%	7%	60%	10%
-----	----	-----	-----

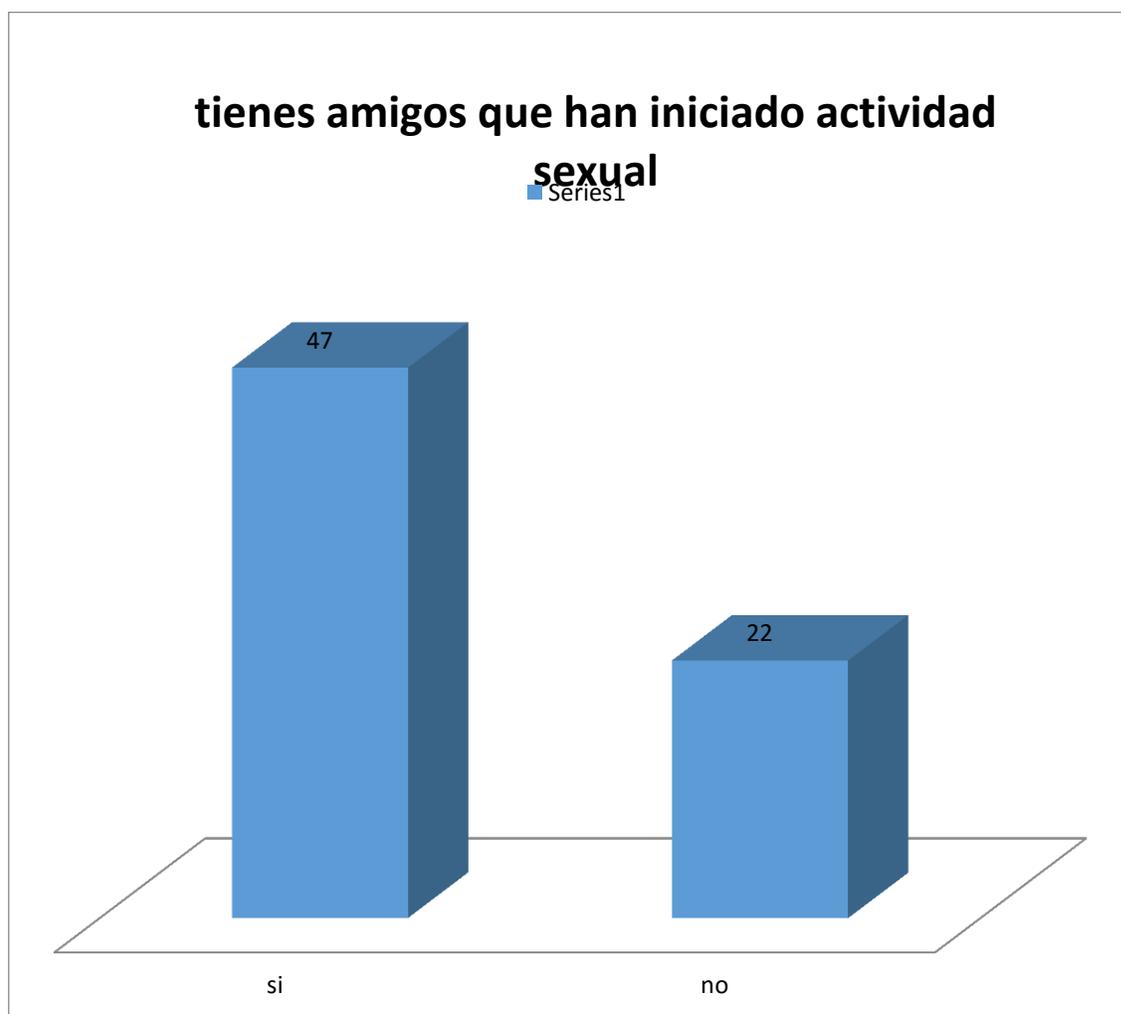
**Grafico No.19 Amigos con los que mas se relaciona**

Esto revela que el 60% de las adolescentes embarazadas se relacionan más con los amigos de la comunidad lo que podría relacionarse que la mayor parte de las adolescentes encuestadas han abandonado su estudio y se encuentran desempleadas

20. ¿Tienes amigos que hayan comenzado actividad sexual?

**Tabla No.24 Amigos con actividad sexual precoz** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

tienes amigos que han iniciado actividad sexual	
Si	No
47	22
68%	32%



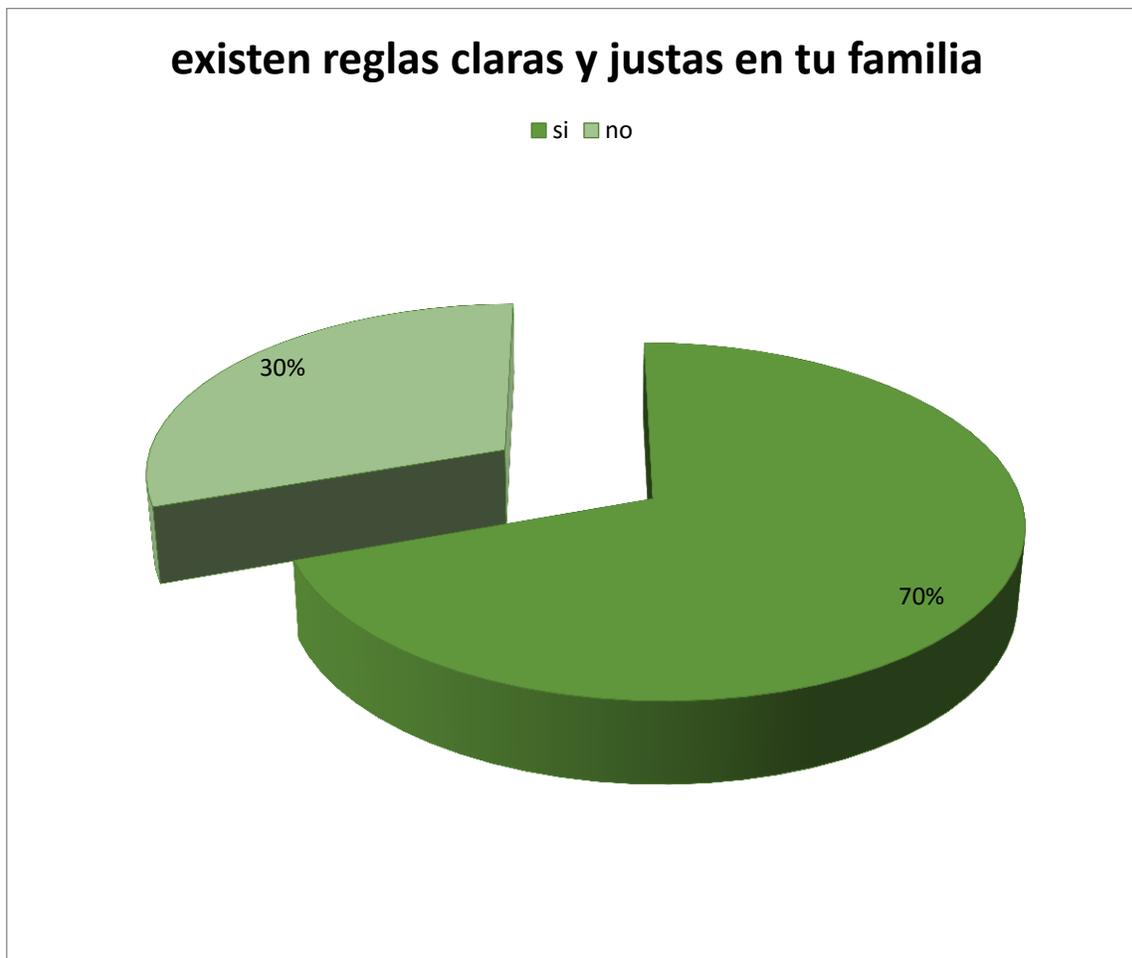
**Gráfico No.20 Amigos con actividad sexual precoz**

Aquí se aprecia que el 68% de las adolescentes embarazadas encuestadas manifiestan tener amigos que ya iniciaron con actividad, por lo que se puede relacionar la posible presión de grupo con el embarazo precoz

21. ¿Existen reglas claras y justas en tu familia?

**Tabla No.25 Reglas claras y justas en la familia** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

existen reglas claras y justas en tu familia	
Si	No
48	21
70%	30%



**Grafico No.21 Reglas claras y justas en la familia**

Un 70% de las adolescentes embarazadas refiere que no existen reglas claras y justas en su familia y solamente un 30% afirman que si las hay por lo que demuestra que la mayoría de la encuestadas refiere no sentirse cómoda con la disciplina de sus hogares

22. ¿A qué edad iniciaste relaciones sexuales?

**Tabla No.26 Inicio de relaciones sexuales** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

edad de inicio de relaciones sexuales		
10 a 12 años	13 a 15 años	16 a 19 años
11	28	30
16%	41%	43%



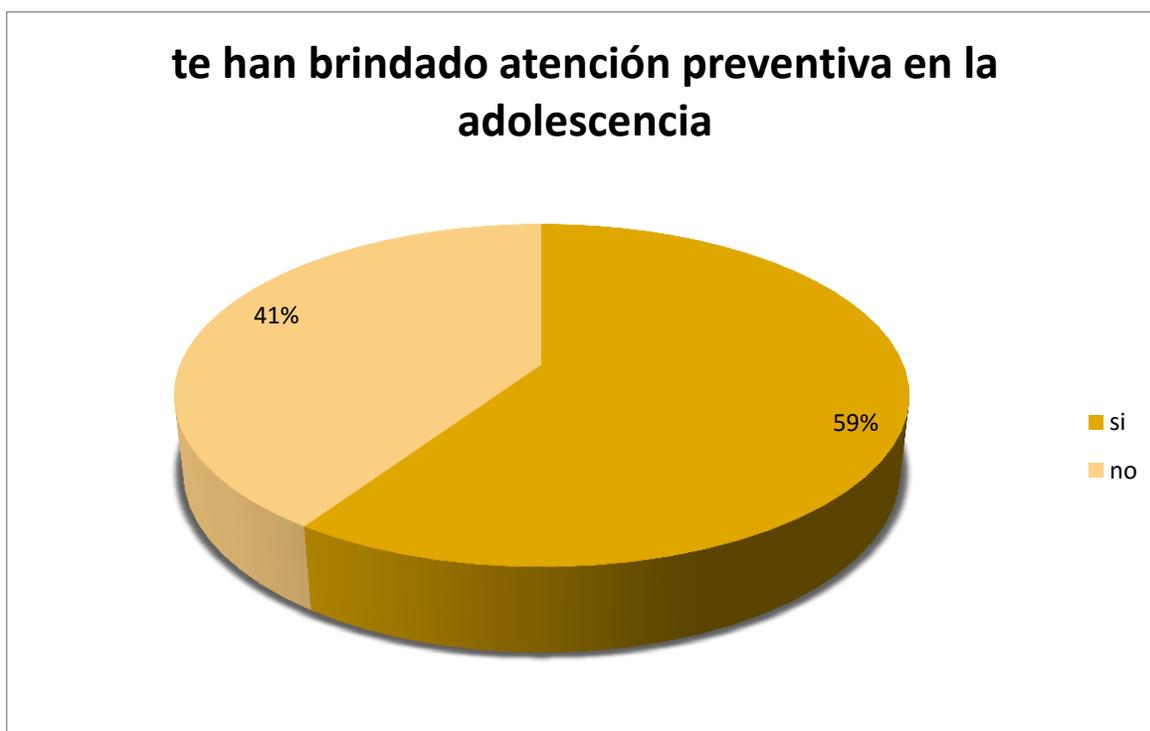
**Gráfico No.22 Inicio de Relaciones sexuales**

La mayoría de adolescentes encuestadas refiere haber iniciado relaciones sexuales a la edad de 16 a 19 años (43%) siendo este grupo etario el de mayor porcentaje por lo que muestra que la adolescencia tardía es la etapa con mayor índice de embarazo en las encuestadas

23. Te han brindado atención preventiva en cuanto a la adolescencia (inscripción y control adolescente)

**Tabla No.27 Atención Preventiva en la adolescencia** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

te han brindado atención preventiva en la adolescencia	
Si	No
41	28
59%	41%



**Grafico No.23 Atención preventiva en la adolescencia**

Un 41% de las embarazadas adolescentes manifestaron haber recibido atención preventiva como parte de control adolescentes antes de estas salir embarazadas por lo que no se está haciendo un adecuado interrogatorio acerca del inicio de las relaciones sexuales, métodos de planificación familiar en estas usuarias así como también la consejería correspondiente a esta temática.

24. ¿Tienes alguna duda o inquietud en temas relativos a sexualidad?

**Tabla No.28 dudas en temas relacionados a la sexualidad** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

tienes alguna duda respecto a temas de sexualidad	
Si	No
31	38
45%	55%



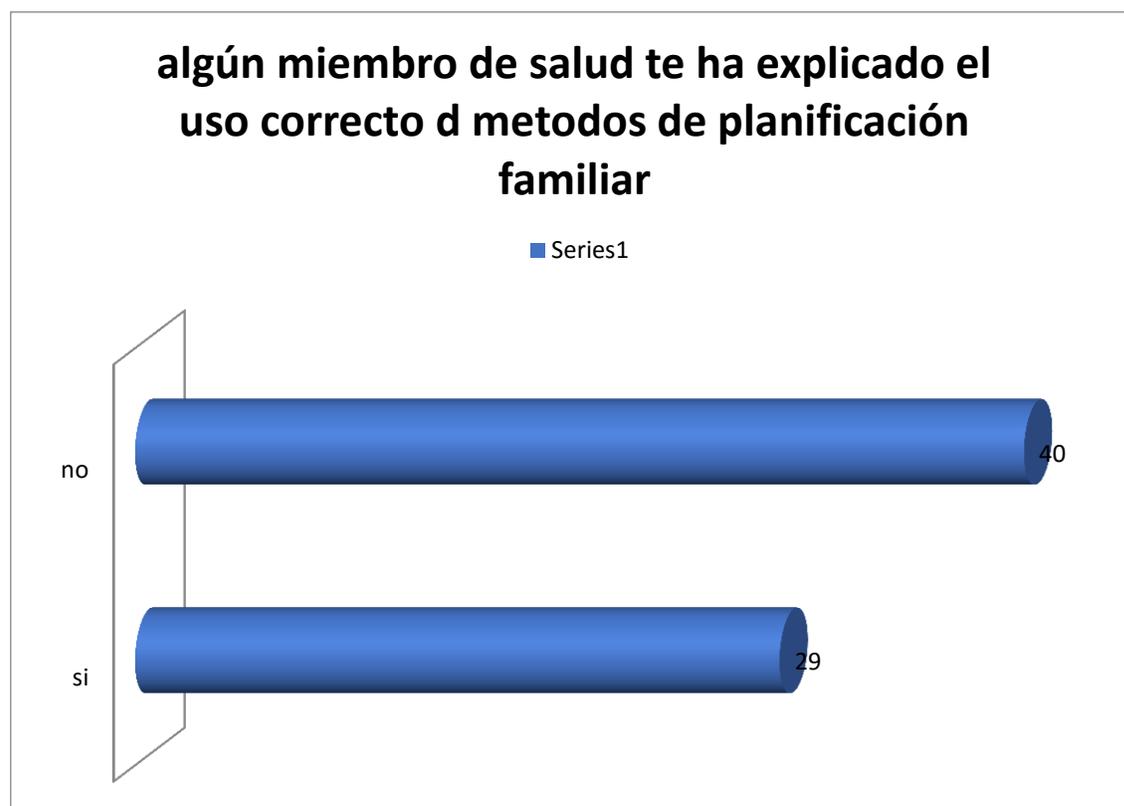
**Gráfico No.24 Dudas en temas relacionados a la sexualidad**

El 55% de las embarazadas adolescentes refiere no tener dudas respecto a temas de sexualidad, sin embargo también puede observarse un inadecuado impacto sobre lo que las adolescentes dicen saber acerca de este tema lo cual se demuestra con su actual embarazo actual.

25. ¿Algún miembro del personal de salud te explico el uso correcto de los métodos de planificación familiar?

**Tabla No.29 algún miembro del equipo de salud te ha explicado métodos anticonceptivos** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

algún miembro de salud te ha explicado el uso correcto d métodos de planificación familiar	
Si	No
29	40
42%	58%



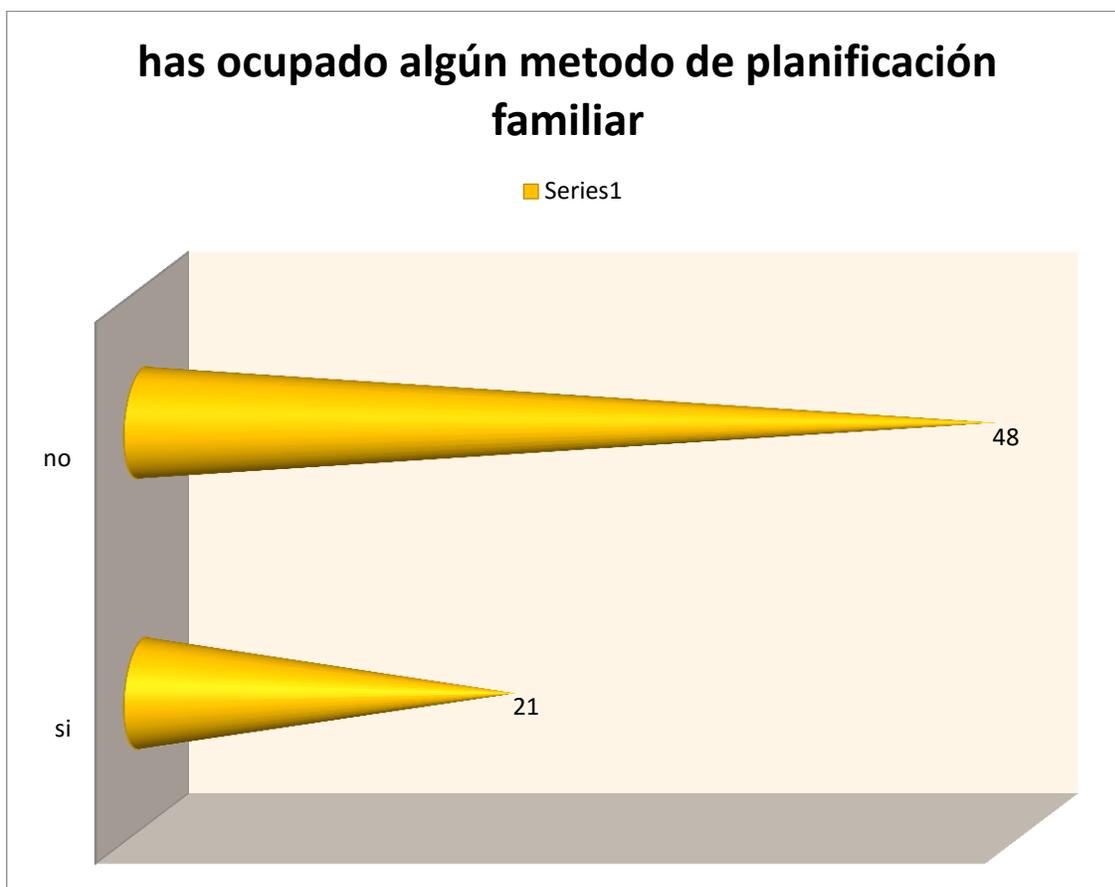
**Grafico No.25 algún miembro del equipo de salud te ha explicado métodos anticonceptivos**

Esta pregunta muestra que la mayoría de las adolescentes embarazadas no ha recibido explicación del uso correcto de métodos anticonceptivo lo que demuestra que en las atenciones preventivas que estas usuarias recibieron no se les dio una adecuada consejería

26. ¿Has ocupado algún método de planificación familiar?

**Tabla No.30 Uso de métodos de planificación familiar** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

has ocupado algún método de planificación familiar	
Si	No
21	48
30%	70%



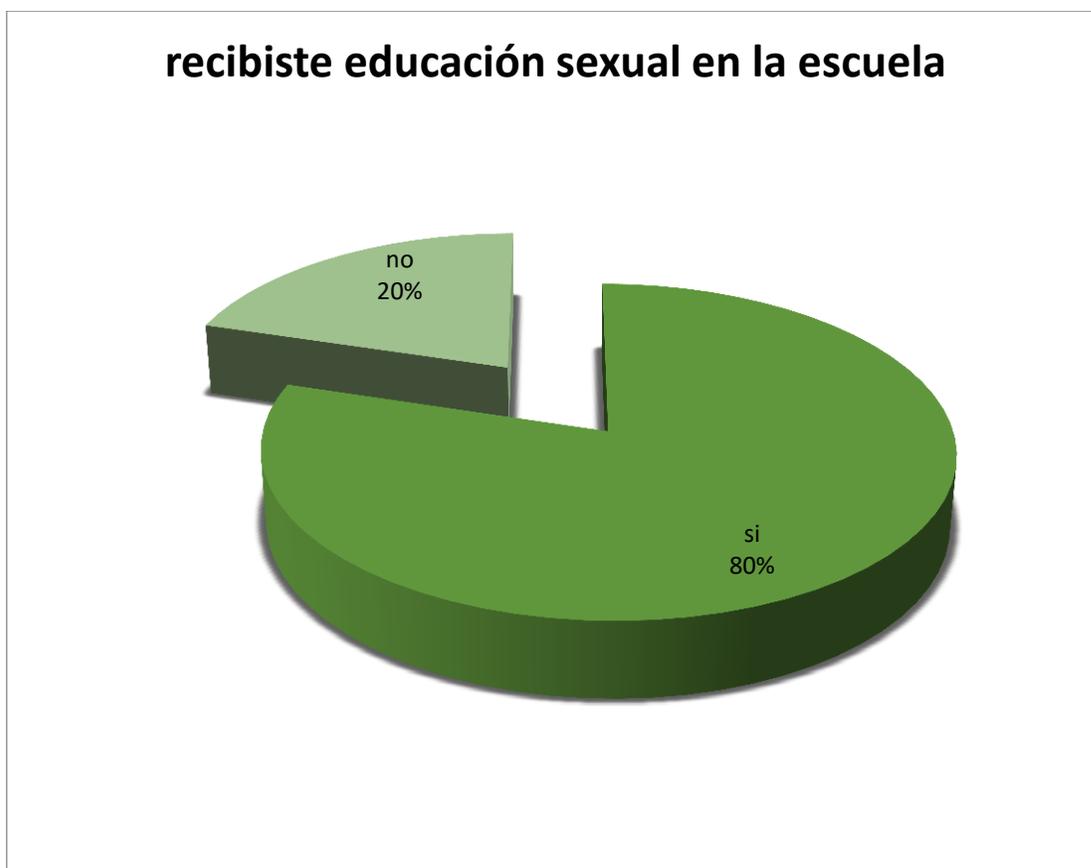
**Gráfico No.26 uso de métodos de planificación familiar**

La mayoría de embarazadas encuestadas refiere no haber usado ningún método anticonceptivo ya que no recibieron información acerca de estos métodos y el otro porcentaje de que si uso método anticonceptivo refiere no haber recibido información sobre su correcto uso

27. ¿Recibiste educación sexual en la escuela o colegio?

**Tabla No.31 Educación sexual en la escuela** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

recibiste educación sexual en la escuela	
Si	No
55	14
80%	20%



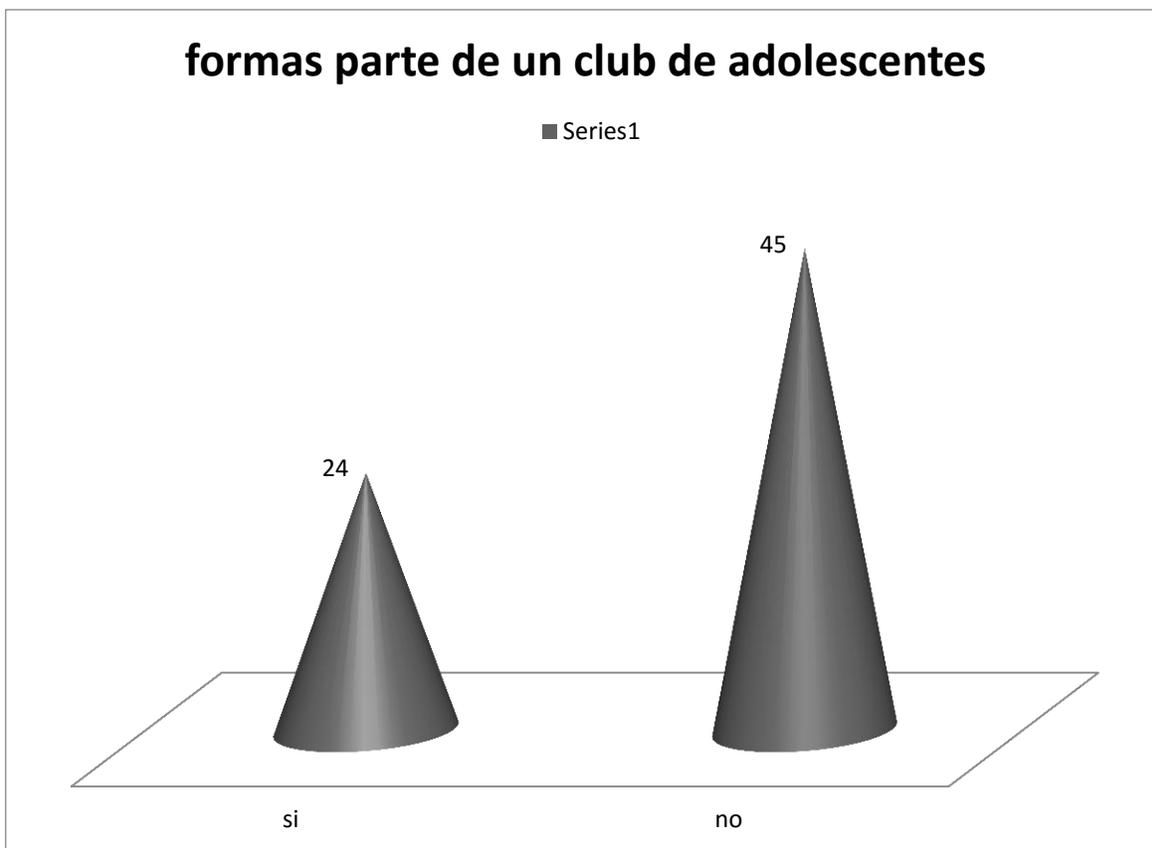
**Grafico No.27 Educación sexual en Centro Educativo**

El 80% de las encuestadas refiere haber recibido educación sexual en la escuela, mientras que el 20% refiere no haber recibido por lo que es preocupante ya que estas usuarias a pesar de haber recibido información en su centro educativo demuestran no conocer sobre el uso correcto de métodos anticonceptivos.

28. ¿Formas parte de algún club de adolescentes?

**Tabla No.32 formas parte de un club adolescente** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

formas parte de un club de adolescentes	
Si	No
24	45
35%	65%



**Grafico No.28 formas parte de un club adolescente**

45 (65%) de las embarazadas encuestadas refieren no pertenecer a un club de embarazadas mientras que 24 (35%) refieren si pertenecer lo que sugiere que no se está llevando a cabo estas actividades en la UCSFI Sonsonate o las usuarias no prestan la importancia debida por lo que no asisten.

29. ¿Algún miembro del personal de salud te ha visitado en la escuela o casa?

**Tabla No.33 visitas domiciliarias del personal de salud** (fuente encuesta realizada a adolescentes)

algún miembro del personal te ha visitado en la escuela o casa	
Si	No
47	22
68%	32%



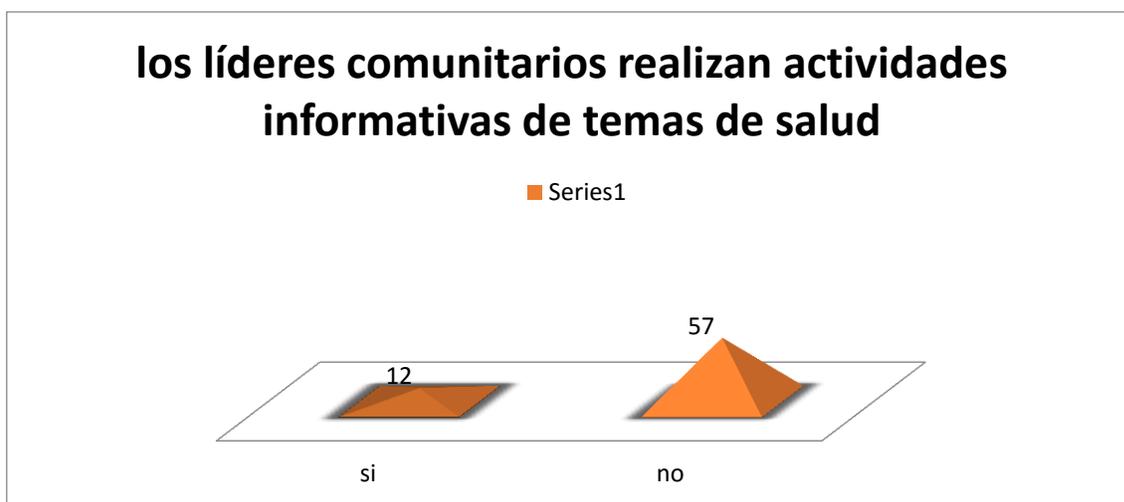
**Grafico No.29 visitas domiciliarias del personal de salud**

68% de las encuestadas refieren haber recibido visita domiciliar por algún miembro del personal de salud, sin embargo demuestra que no se ha priorizado consejería respecto a salud sexual reproductiva durante estas visitas

30. ¿Los líderes comunitarios realizan actividades informativas de temas de salud?

**Tabla No.34 actividades informativas por líderes comunitarios**  
(fuente encuesta realizada a adolescentes)

los líderes comunitarios realizan actividades informativas de temas de salud	
Si	No



12 (17.3%)	57(82.6%)
------------	-----------

**Grafico No.30 actividades informativas por lideres comunitarios**

57 embarazadas contestaron que sus líderes comunitarios no realizan actividades informativas de temas de salud lo que demuestra desinterés por parte de la comunidad misma sobre educar a la población como forma de evitar embarazos en adolescentes

## ENCUESTA PSICOLÓGICA

Tabla No.35 autoestima (fuente test de Baremo)

Escala de autoestima baremo			
Destacada significativamente baja	12		17.3%
Media baja	28		40.5%
Media	15		21.7%
Media alta	7		10.1%
Destacada significativamente alta	7		10.1%

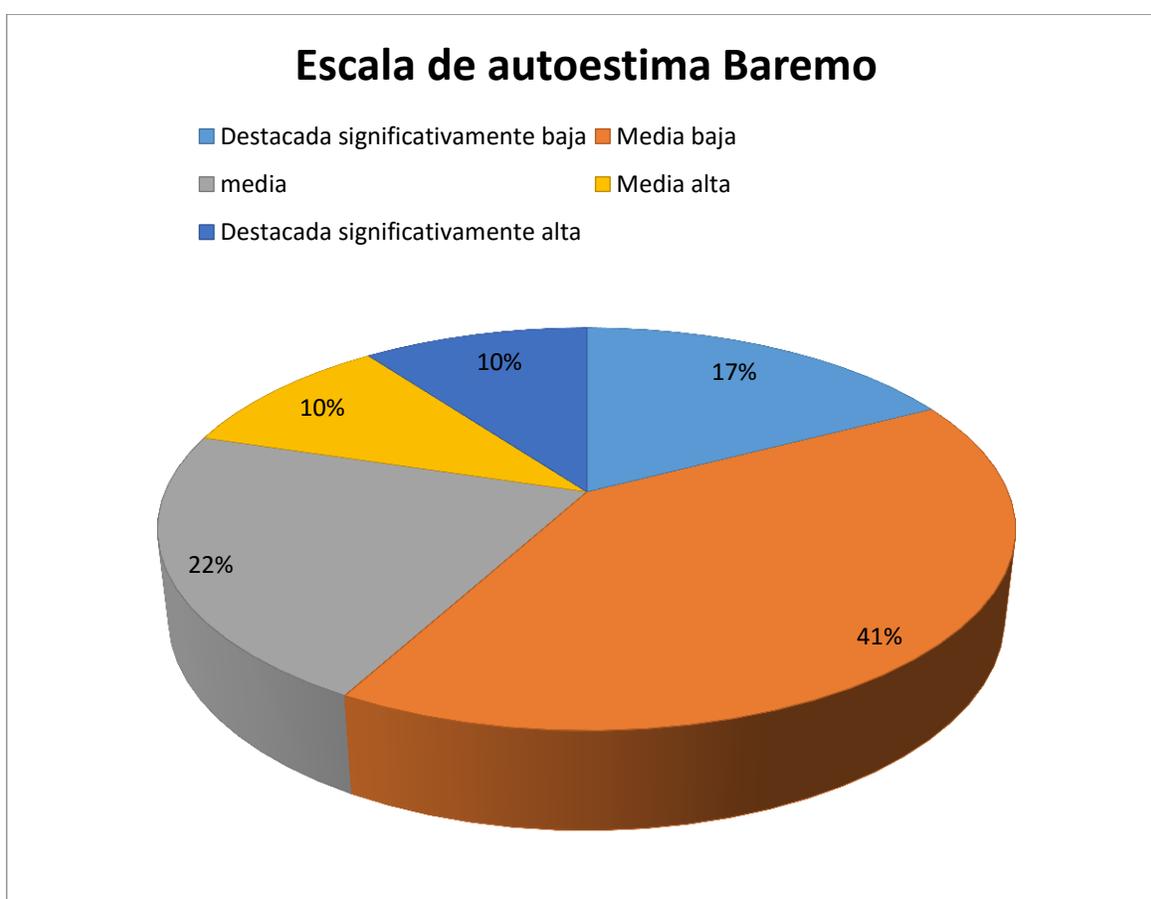


Gráfico No.31 autoestima

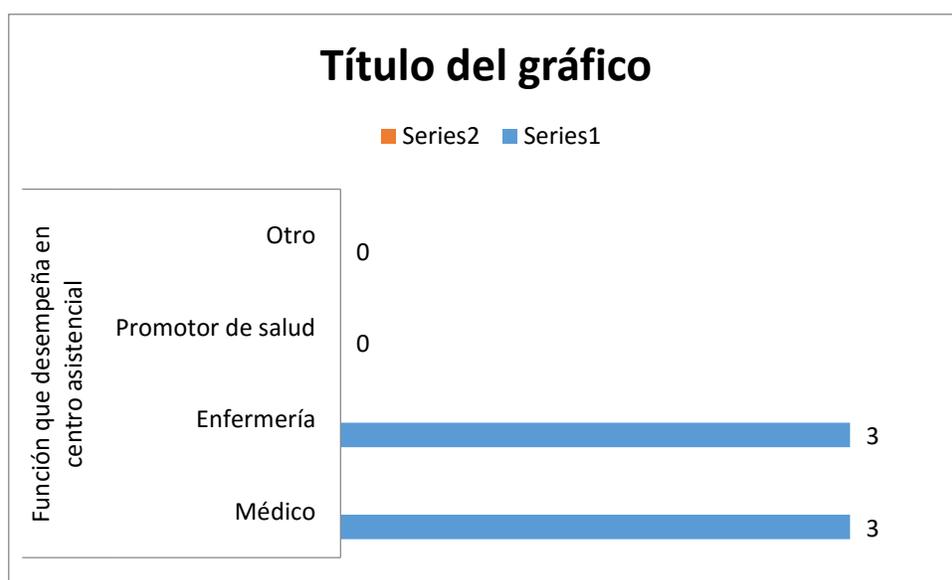
Esto revela que la mayoría de adolescentes embarazadas tienen autoestima media baja lo que fue estudiado mediante la escala de autoestima Baremo, por lo que se puede asociar este tipo de autoestima con el mayor porcentaje de embarazos en adolescentes

## ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA SONSONATE

1. ¿Cuál es la función que desempeña en centro asistencial?

**Tabla No.36 función del personal de salud** (fuente Encuesta del personal de salud)

Función que desempeña en centro asistencial			
Médico	Enfermería	Promotor de salud	Otro
3	3	0	0
50%	50%	0%	0%



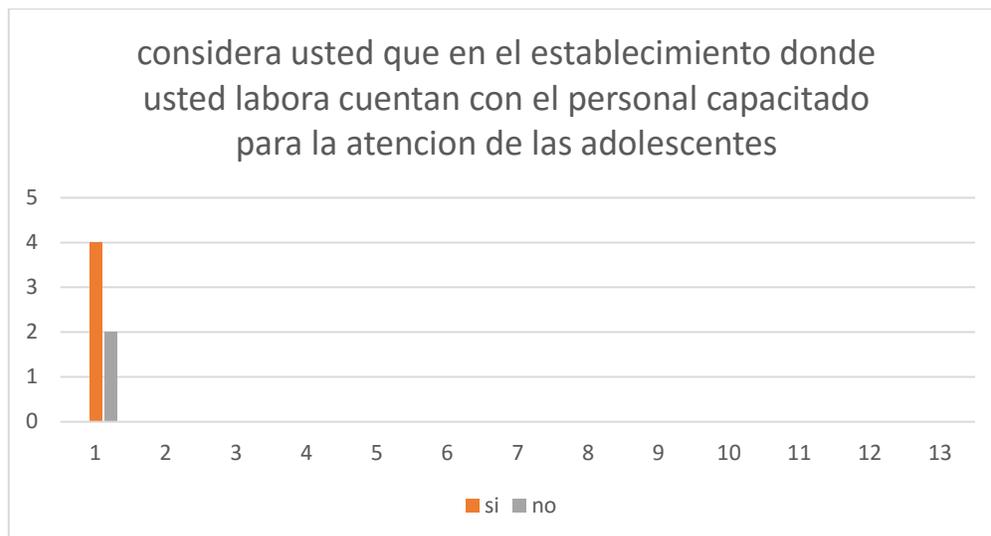
**Gráfico No.32 Función del personal de salud**

50% de los encuestados son médicos y 50% personal de enfermería, de los cuales 2 recursos del personal son temporales y 4 recursos permanentes

2. ¿Considera usted que en el establecimiento donde usted labora cuentan con el personal de salud capacitado para la atención de las adolescentes?

**Tabla No.37 personal capacitado y no capacitado** (fuente Encuesta del personal de salud)

<b>Considera usted que en el establecimiento donde usted labora cuentan con el personal de salud capacitado para la atención de las adolescentes</b>		
Si	4	66.6%
No	2	33.3%



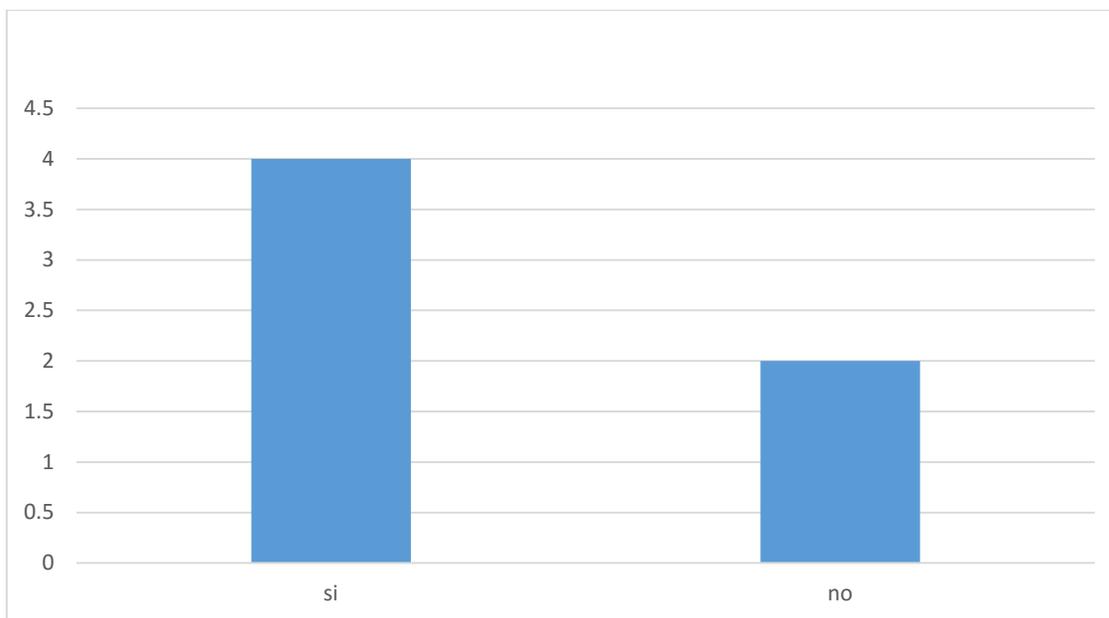
**Grafico No.33 personal capacitado y no capacitado**

Según los datos que se obtuvieron 66.6% del personal de salud refieren que se cuenta con el personal capacitado para la atención de las adolescentes, 33.3% refieren no se cuenta con el personal capacitado lo que provoca debilidad en el sistema de atención ya que el 100% del personal a cargo de los adolescentes debe estar capacitado

## 3. ¿Ha recibido capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva?

**Tabla No.38 capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva** (fuente Encuesta del personal de salud)

Ha recibido capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva		
Si	4	66.6%
No	2	33.3%



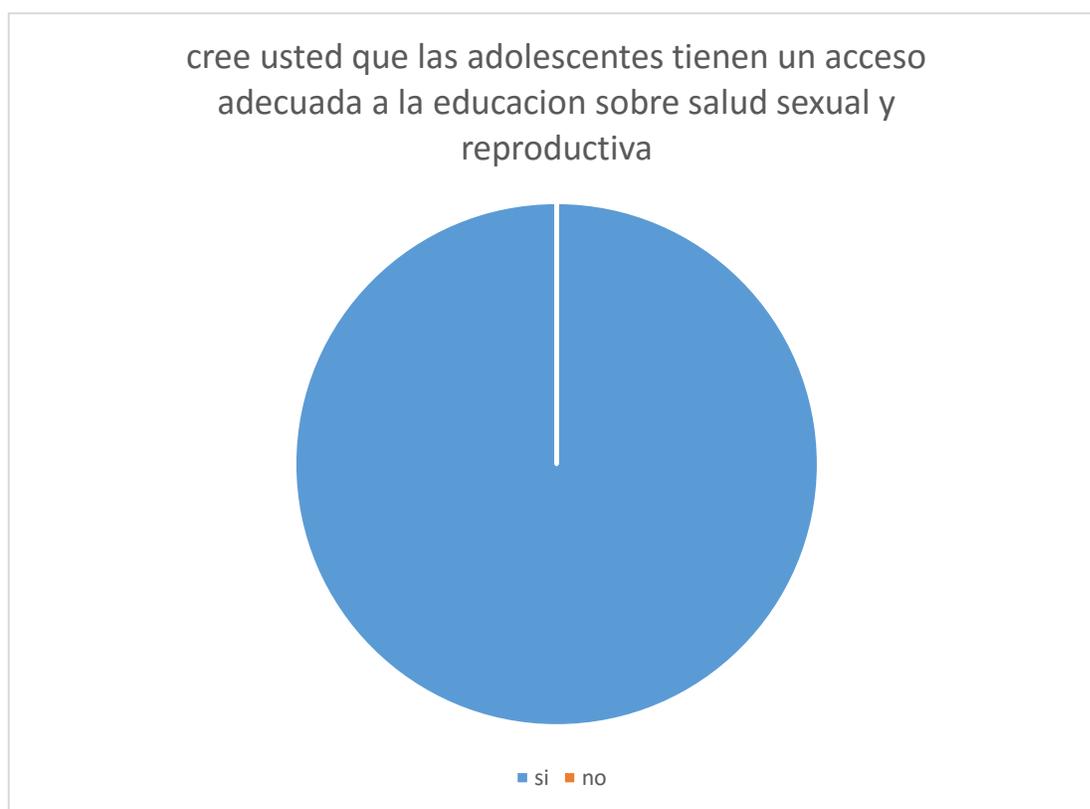
**Grafico No.34 capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva**

Según los datos obtenidos al igual que en la pregunta anterior el 66.6% del personal ha recibido capacitación y el 33.3% no la ha recibido, ya que los 4 recursos permanentes refieren haber recibido capacitación

4. ¿Cree usted que las/os adolescentes tienen un acceso adecuado a la educación sobre salud sexual y reproductiva?

**Tabla No.39 acceso de los adolescentes a la educación en salud sexual y reproductiva** (fuente Encuesta del personal de salud)

Cree usted que las/os adolescentes tienen un acceso adecuado a la educación sobre salud sexual y reproductiva		
Si	6	100%
No	0	0%



**Gráfico No.35 acceso de los adolescentes a la educación en salud sexual y reproductiva**

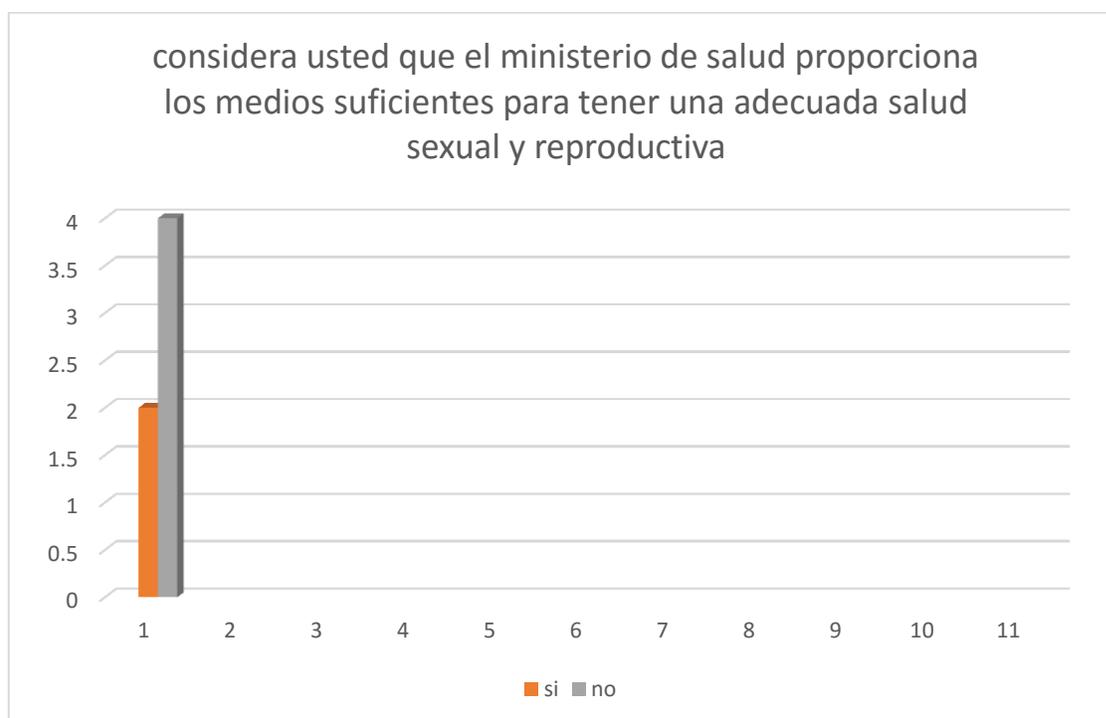
El 100% del personal de salud encuestado dijo que las adolescentes tienen acceso adecuado a educación sobre salud sexual y reproductiva

5. ¿Considera usted que el ministerio de salud proporciona los medios suficientes para tener una adecuada salud sexual y reproductiva?

**Tabla No.40**

**Abasto de los medios para proporcionar salud sexual y reproductiva**  
(fuente Encuesta del personal de salud)

Considera usted que el ministerio de salud proporciona los medios suficientes para tener una adecuada salud sexual y reproductiva		
Si	2	33.3%
No	4	66.6%



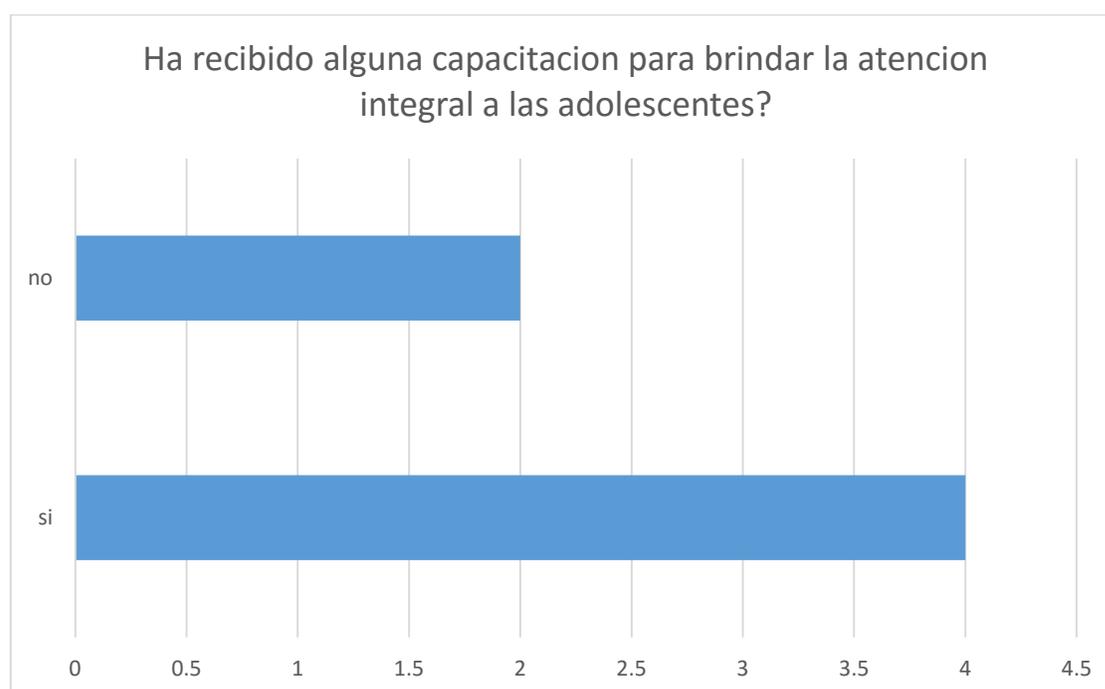
**Gráfico No.36 Abasto de los medios para proporcionar salud sexual y reproductiva**

66.6% del personal de salud considera que el ministerio de salud no proporciona los medios suficientes para una adecuada salud sexual y reproductiva lo que genera preocupación ya que al no estar capacitados y no tener los medios necesarios no se podrá asegurar la salud sexual y reproductiva de las adolescentes

6. ¿Ha recibido alguna capacitación para brindar la atención integral a los/as adolescentes?

**Tabla No.41 personal capacitado o no sobre atención de los adolescentes** (fuente Encuesta del personal de salud)

Ha recibido alguna capacitación para brindar la atención integral a los/as adolescentes?		
Si	4	66.6%
No	2	33.3%



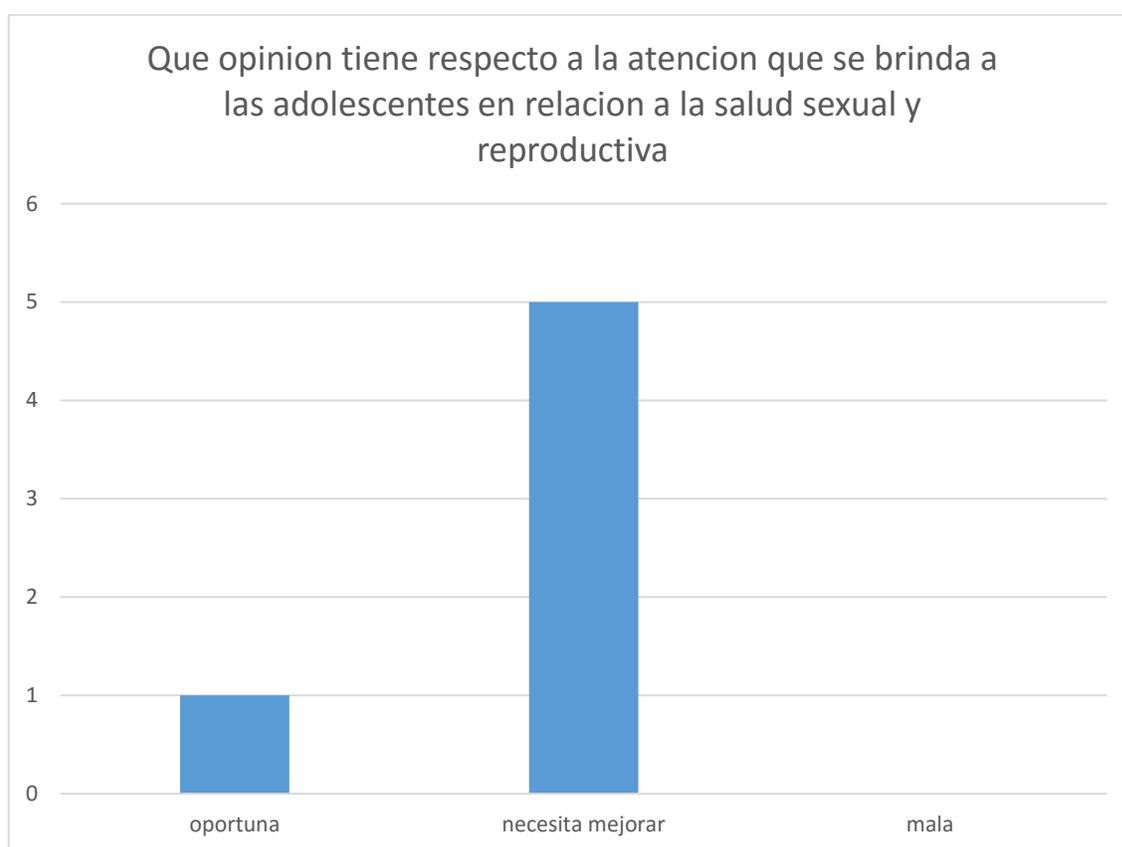
**Grafico No.37 personal capacitado o no sobre atención de los adolescentes**

66.6% refiere haber recibido capacitación sobre la atención integral a las adolescentes, 33.3% refieren no haber recibido capacitación

6. ¿Qué opinión tiene respecto a la atención que se brinda a las adolescentes en relación a la salud sexual y reproductiva?

**Tabla No.42 opinión sobre la atención dirigida a las adolescentes**  
(fuente Encuesta del personal de salud)

¿Qué opinión tiene respecto a la atención que se brinda a las adolescentes en relación a la salud sexual y reproductiva?		
Oportuna	1	16.6%
Necesita Mejorar	5	83.3%
Mala	0	0%



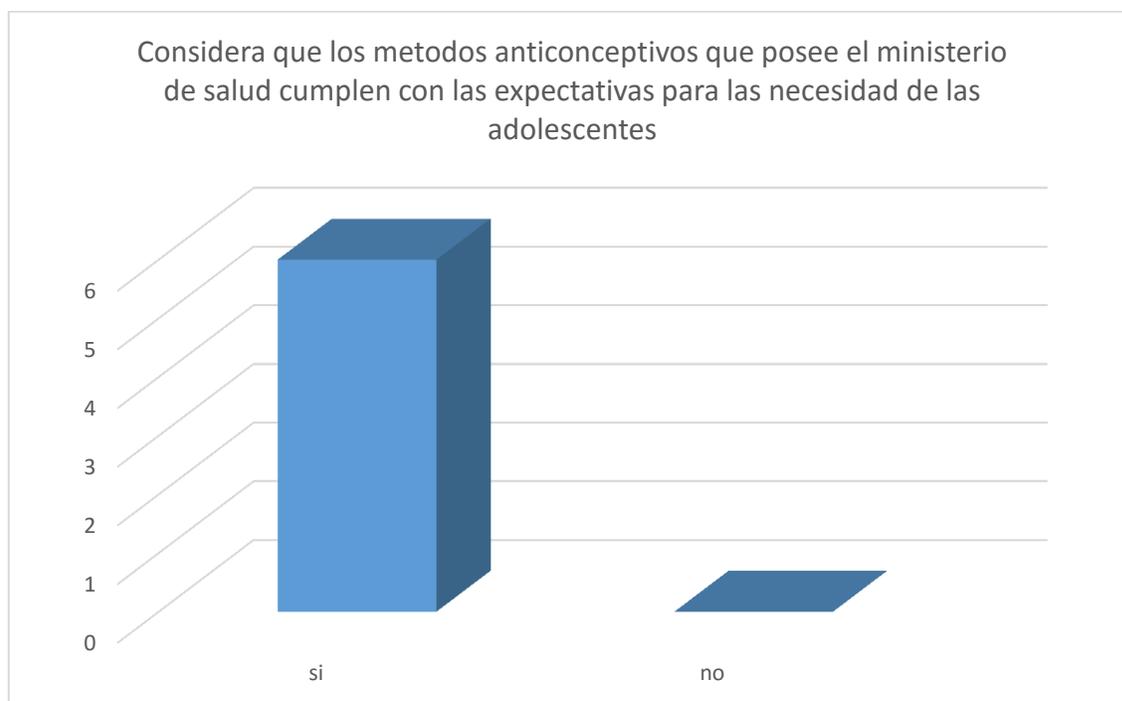
**Gráfico No.38 opinión sobre la atención dirigida a las adolescentes**

83.3% del personal de salud refiere que la atención que se le brinda al adolescente necesita mejorar 16.6% refiere que la atención es oportuna, lo que demuestra que se debe capacitar al 100% del personal de salud de manera que estos se encuentren actualizados tanto personal permanente como personal no permanente

7. ¿Considera que los métodos anticonceptivos que actualmente posee el ministerio de salud cumplen con las expectativas para las necesidades de las adolescentes?

**Tabla No.43 Métodos anticonceptivos para las necesidades de las adolescentes** (fuente Encuesta del personal de salud)

Considera que los métodos anticonceptivos que actualmente posee el ministerio de salud cumplen con las expectativas para las necesidades de las adolescentes		
Si	6	100%
No	0	0%



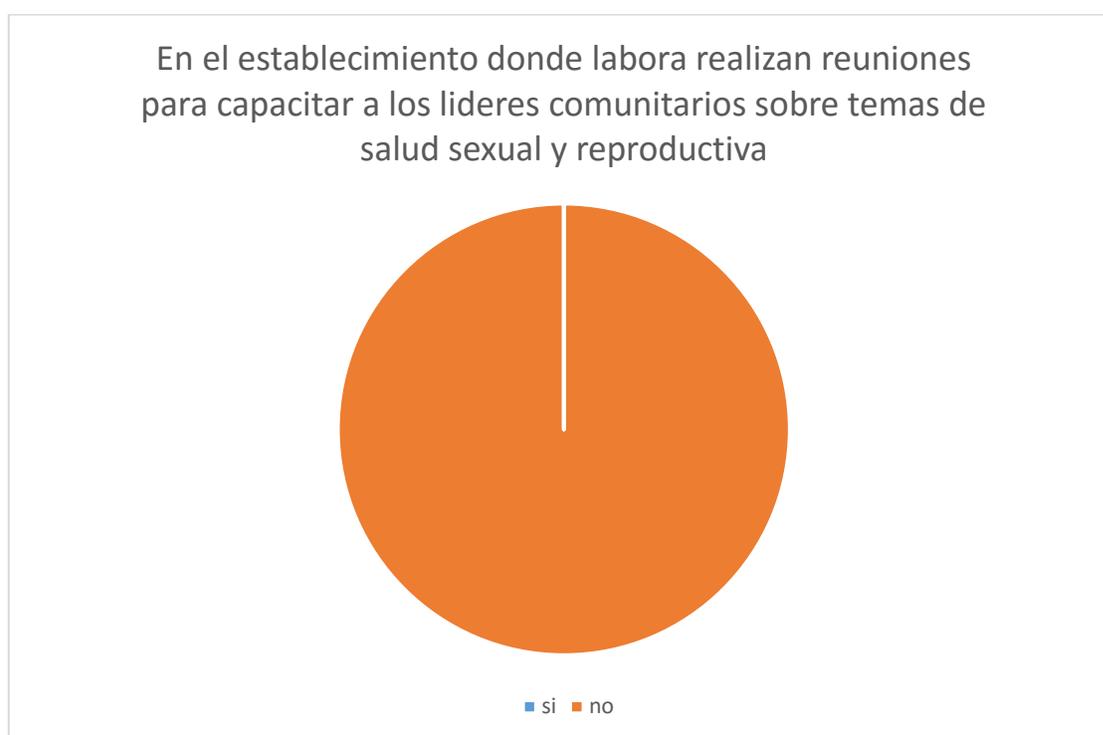
**Grafico No.39 métodos anticonceptivos para las necesidades de las adolescentes**

100% del personal de salud considera que los métodos que ofrece el ministerio de salud son suficientes al ser usados de la forma correcta para prevenir embarazos en adolescentes

8. ¿En el establecimiento donde labora realizan reuniones para capacitar a los líderes comunitarios sobre temas de salud sexual y reproductiva?

**Tabla No.44 reuniones de capacitación sobre salud sexual y reproductiva en líderes comunitarios** (fuente Encuesta del personal de salud)

En el establecimiento donde labora realizan reuniones para capacitar a los líderes comunitarios sobre temas de salud sexual y reproductiva		
Si	0	0%
No	6	100%



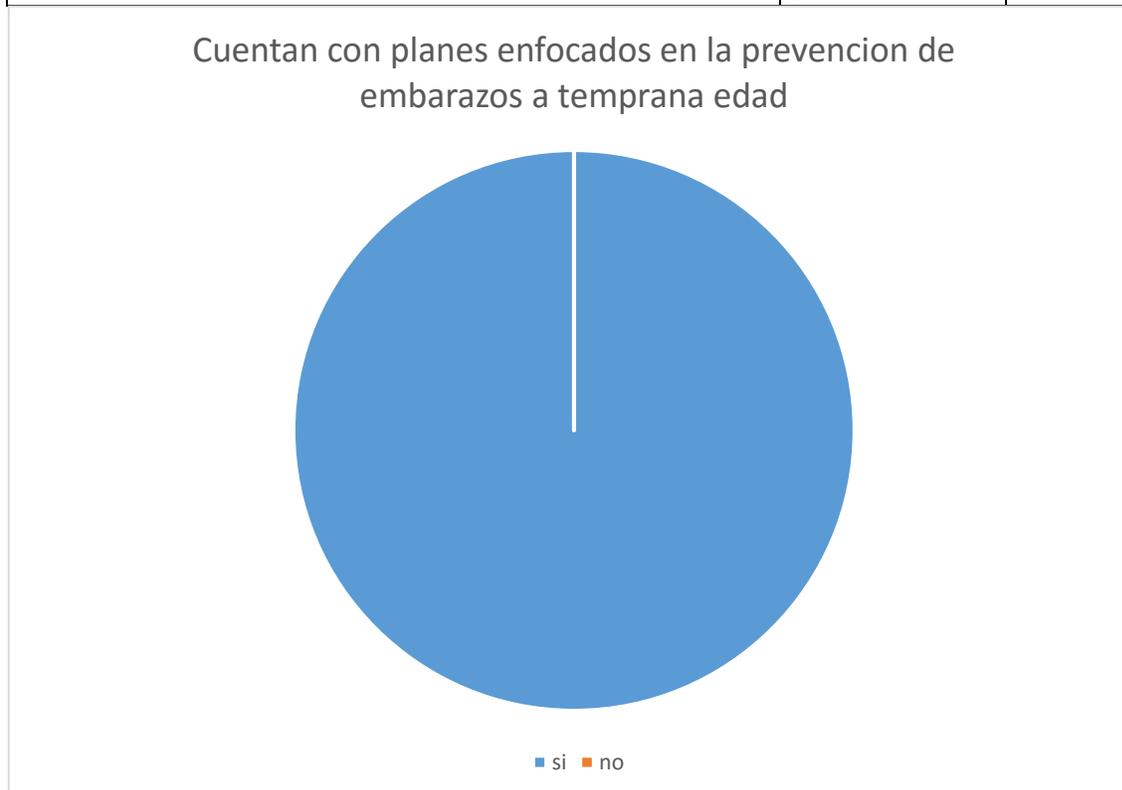
**Gráfico No.40 reuniones de capacitación sobre salud sexual y reproductiva en líderes comunitarios**

100% del personal de salud dice que en su establecimiento no se realizan reuniones para capacitar líderes comunitarios sobre temas de salud sexual y reproductiva, por lo que se analiza que no se están estableciendo una adecuada intersectorialidad para aumentar los conocimientos en la población

9. ¿Cuentan con planes enfocados en la prevención de embarazos a temprana edad?

**Tabla No.45 planes enfocados a la prevención del embarazo en adolescentes** (fuente Encuesta del personal de salud)

Cuentan con planes enfocados en la prevención de embarazos a temprana edad		
Si	6	100%
No	0	0%



**Gráfico No.41 planes enfocados a la prevención del embarazo en adolescentes**

100% del personal de salud refiere que cuenta con planes enfocados en la prevención de embarazos en adolescentes

## CAPITULO V

### PRUEBA DE HIPOTESIS

**5.1 HIPÓTESIS 1:** Si existen problemas psicológicos en las adolescentes entonces se presentan embarazos en adolescentes

Las variables que afectan directamente en el factor educativo son, las correspondientes a 9, 10, 11, 12 que resultan de la encuesta en la investigación, más test de Baremo, entonces con base a esto, podemos obtener los siguientes datos:

TABLA 45

¿Se siente vulnerable ante la violencia social?				
Si		No		
46		23		
67%		33%		
¿Has sido víctima alguna vez de violencia intrafamiliar?				
Si		No		
8		61		
12%		88%		
Si tu respuesta anterior fue si menciona ¿Cuál?				
Física	Psicológica	Patrimonial	Económica	Sexual
3	5	0	0	0
38%	62%	0%	0%	0%
¿Antes del embarazo como considerabas tus planes a futuro?				
Claros		Confusos		Ausentes
9		42		18
13%		61%		26%

TABLA 46

Escala de autoestima baremo	Frecuencia	Porcentaje
Destacada significativamente baja	12	17.4
Media baja	28	40.6
Media	15	21.7
Media alta	7	10.1
Destacada significativamente alta	7	10.1
Total	69	100

### 5.1.1 PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA:

#### 5.1.1.1 HIPOTESIS NULA Y ALTERNA:

**H<sub>0</sub>:** Si existen problemas psicológicos en las adolescentes entonces no se presentan embarazos en adolescentes

**H<sub>1</sub>:** Si existen problemas psicológicos en las adolescentes entonces se presentan embarazos en adolescentes

#### 5.1.1.2 NIVEL DE SIGNIFICANCIA

$\alpha = 0.05$  (X2 tabla=15.507)

Prueba estadística:  $X^2 = \sum (O-E)^2/E$

Grados de libertad:  $(F-1) (C-1) = (5-1) (3-1) = 8 = 15.507$

DATOS OBSERVADOS TABLA 47

Escala	Claros	confusos	ausentes	total
destacadamente baja	0	4	8	12
media baja	0	20	8	28
Media	4	9	2	15
media alta	2	5	0	7
destacadamente alta	3	4	0	7
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>42</b>	<b>18</b>	<b>69</b>

DATOS ESPERADOS TABLA 48

Escala	Claros	confusos	ausentes	total
destacadamente baja	1.57	7.3	3.13	12
media baja	3.65	17.04	7.3	28
Media	1.96	9.13	3.91	15
media alta	0.91	4.26	1.83	7
destacadamente alta	0.91	4.26	1.83	7
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>42</b>	<b>18</b>	<b>69</b>

CHI CUADRADO 49

Escala	Claros	confusos	ausentes	total
destacadamente baja	1.57	1.49	7.58	
media baja	3.65	0.39	0.07	
Media	2.12	0.0019	0.93	
media alta	1.31	0.13	1.83	
destacadamente alta	4.80	0.016	1.83	
<b>Total</b>	<b>13.45</b>	<b>2.03</b>	<b>12.24</b>	<b>27.72</b>

Al tener un valor de confianza del 95%, grados de libertad: 8 y dato de distribución de la tabla de Chi cuadrado de 15.507; al realizar la comprobación mediante la prueba estadística se obtiene un dato de 27.72 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. La cual es: Si existen problemas psicológicos en las adolescentes entonces se presentan embarazos en adolescentes, demostrando que si hay relación entre embarazo en adolescentes y los problemas psicológicos en la UCSFI Sonsonate.

## 5.2 HIPÓTESIS 2. A mayor nivel educativo menor incidencia de embarazos en adolescentes

Las variables que afectan directamente en el factor educativo son, las correspondientes a 7, 14, 15, 16, que resultan de la encuesta en la investigación entonces con base a esto, podemos obtener los siguientes datos:

TABLA 50

7. ¿Qué grado de escolaridad tienes?			
Analfabeto	Primaria	Secundaria	Universitaria
5	33	24	7
7.24%	47.8%	34.7%	10.1%
14. ¿Actualmente se encuentra estudiando?			
Si		No	
22		47	
32%		68%	
15. Si su respuesta anterior es no, ¿por qué?			
Económicos	delincuencia	embarazo	Otros

21	11	32	5
31%	16%	46%	7%
16. ¿Has reprobado algún año académico?			
Si		No	
16		53	
23%		77%	

### 5.2.1 PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA:

#### 5.2.1.1 HIPOTESIS NULA Y ALTERNA:

**H<sub>0</sub>** con un mayor nivel educativo no hay menor incidencia de embarazo en adolescentes

**H<sub>1</sub>** A mayor nivel educativo menor incidencia de embarazos en adolescentes

#### 5.2.1.2 NIVEL DE SIGNIFICANCIA

$\alpha = 0.05$  ( $X^2$  tabla=7.81)

Prueba estadística:  $X^2 = \sum (O-E)^2/E$

Grados de libertad:  $(F-1) (C-1) = (4-1) (2-1) = 3 = 7.81$

DATOS OBSERVADOS TABLA 51

Grado de escolaridad	Estudian	No estudian	Total
Analfabeta	0	5	5
Primaria	12	20	32
Secundaria	9	15	24
Universidad	1	7	8
Total	22	47	69

DATOS ESPERADOS TABLA 52

Grado de escolaridad	Estudian	No estudian	Total
Analfabeta	1.6	3.4	5
Primaria	10.2	21.8	32
Secundaria	7.6	16.4	24
Universidad	2.6	5.4	8
Total	22	47	69

CHI CUADRADO TABLA 53

Escala	Estudian	No estudian	Total
Analfabeta	1.6	0.752941	
Primaria	0.317647	0.148624	
Secundaria	0.257895	0.119512	
Universidad	0.984615	0.474074	
Total	3.160157	1.495151	4.65530848

Al tener un valor de confianza del 95%, grados de libertad: 3 y dato de distribución de la tabla de Chi cuadrado de 7.81; al realizar la comprobación mediante la prueba estadística se obtiene un dato de 4.65 por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. La cual es: con un mayor nivel educativo no hay menor incidencia de embarazo en adolescentes, demostrando que no hay relación entre embarazo en adolescentes y nivel educativo en la UCSFI Sonsonate.

**5.3 HIPÓTESIS 3.** Si el ingreso económico familiar de la adolescente es menor al salario mínimo entonces se aumentan el embarazo en las adolescentes.

Las variables que afectan directamente en el factor económico son, las correspondientes a 5, 6, 8, que resultan de la encuesta en la investigación entonces con base a esto podemos obtener la siguiente información

TABLA 54

5. ¿Qué tipo de trabajo tienen tus padres?				
Estable		no estable		Ninguno
36		29		4
52%		42%		6%
6. ¿De quién provienen tus ingresos económicos?				
Padre	Madre	otros familiares	pareja	usted misma
18	21	5	25	5
26.1%	30.4%	7.24%	36.2%	7.24%
8. ¿Cuáles son tus ingresos económicos?				
menos \$98	\$98 a \$251	\$251 a \$502	mas \$502	
25	22	18	4	
36%	32%	26%	6%	

### 5.3.1 PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA:

#### 5.3.1.1 HIPOTESIS NULA Y ALTERNA:

**H<sub>0</sub>** Si el ingreso económico familiar de la adolescente es menor al salario mínimo entonces no se aumentan el embarazo en las adolescentes

**H<sub>1</sub>** Si el ingreso económico familiar de la adolescente es menor al salario mínimo entonces se aumentan el embarazo en las adolescentes.

#### 5.3.1.2 NIVEL DE SIGNIFICANCIA

$\alpha = 0.05$  (X<sup>2</sup> tabla=)

Prueba estadística:  $X^2 = \sum (O-E)^2/E$

Grados de libertad:  $(F-1) (C-1) = (3-1) (4-1) = 6 = 12.59$

#### DATOS OBSERVADOS TABLA 55

Ingresos económicos	Estable	No estable	Ninguno	Totales
Menos de \$98	18	11	1	30
\$98 a \$251	12	12	1	25
\$251 a \$502	5	4	1	10
Mayor que \$502	1	2	1	4
Total	36	29	4	69

DATOS ESPERADOS TABLA 56

Escala	Estable	No estable	Ninguno	Totales
Menos de \$98	15.65	12.6	1.7	30
\$98 a \$251	13.04	10.5	1.4	25
\$251 a \$502	5.2	4.2	0.57	10
Mayor que \$502	2.1	1.7	0.23	4
Total	36	29	4	69

CHI CUADRADO TABLA 57

Ingresos Economicos	Estable (%)	No estable	Ninguno	Total
Menos de \$98	0.3528754	0.203175	0.288235	
\$98 a \$251	0.08294479	0.214286	0.114286	
\$251 a \$502	0.00769231	0.009524	0.324386	
Mayor que \$502	0.57619048	0.052941	2.577826	
Total	1.01970297	0.479925	3.304733	4.80436133

Al tener un valor de confianza del 95%, grados de libertad: 6 y dato de distribución de la tabla de Chi cuadrado de 12.59; al realizar la comprobación mediante la prueba estadística se obtiene un dato de 4.80 por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. La cual es: Si el ingreso económico familiar de la adolescente es menor al salario mínimo entonces no se aumentan el embarazo en las adolescentes, demostrando que no hay relación entre embarazo en adolescentes e ingresos económicos en la UCSFI Sonsonate.

#### 5.4 HIPOTESIS 4:

Si los factores culturales influyen entonces se aumentan los embarazos en las adolescentes

Las variables que afectan directamente el factor cultural son, las correspondientes a 4 ,13, 19, 20 ,21, 22 que resultan de la encuesta en la investigación entonces con base a esto, podemos obtener la siguiente información:

TABLA 58

4. Lugar de residencia			
zona rural		zona urbana	
40		29	
58%		42%	
13. ¿Algún miembro de su familia ha presentado embarazo en la adolescencia?			
Madre	Hermana	Otros	ninguno
19	11	19	20
27.5%	16%	27.5%	29%
19. ¿Con cuáles de tus amigos te relacionas más?			
Escuela	Trabajo	Comunidad	Otros
16	5	41	7
23.1%	7.24%	59.4%	10.1%
20. ¿Tienes amigos que hayan comenzado actividad sexual?			
Si		No	
47		22	
68.1%		31.9%	
21. ¿Existen reglas claras y justas en tu familia?			
Si		No	
48		21	

70%		30%
22. ¿a qué edad iniciaste relaciones sexuales?		
10-12 años	13-15 años	16-19 años
11	28	30
16%	40.6%	43.4%

#### 5.4.1 PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA

##### 5.4.1.1 HIPOTESIS NULA Y ALTERNA:

**H<sub>0</sub>** Si los factores culturales no influyen entonces se aumentan los embarazos en las adolescentes

**H<sub>1</sub>** Si los factores culturales influyen entonces se aumentan los embarazos en las adolescentes

##### 5.4.1.2 NIVEL DE SIGNIFICANCIA

$\alpha = 0.05$  (X<sup>2</sup> tabla=)

Prueba estadística:  $X^2 = \sum (O-E)^2/E$

Grados de libertad:  $(F-1)(C-1) = (2-1)(2-1) = 1 = 3.84$

##### DATOS OBSERVADOS TABLA 59

Escala	Rural	urbano	totales
Familiar con embarazo en la adolescencia	25	20	45
sin familiar con embarazo en la adolescencia	15	9	24
Total	40	29	69

DATOS ESPERADOS TABLA 60

Escala	Rural	urbano	Total
Familiar con embarazo en la adolescencia	26.1	18.9	45
sin familiar con embarazo en la adolescencia	13.9	10.1	24
Total	40	29	69

CHI CUADRADO TABLA 61

Escala	Rural	urbano	Totales
Familiar con embarazo en la adolescencia	0.04636015	0.064021	
sin familiar con embarazo en la adolescencia	0.08705036	0.119802	
Total	0.13341051	0.183823	0.31723366

Al tener un valor de confianza del 95%, grados de libertad: 1 y dato de distribución de la tabla de Chi cuadrado de 3.84; al realizar la comprobación mediante la prueba estadística se obtiene un dato de 0.31 por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. La cual es: Si los factores culturales no influyen entonces se aumentan los embarazos en las adolescentes, demostrando que no hay relación entre embarazo en adolescentes y el factor cultural en la UCSFI Sonsonate.

## 5.5 HIPOTESIS 5

A mayor conocimiento de salud sexual y reproductiva menor índice de embarazos en adolescentes

Las variables que afectan directamente el factor salud sexual y reproductiva son, las correspondientes a 22, 24, 25 ,26 y 27 que resultan de la encuesta en la investigación entonces con base se obtiene la información:

TABLA 62

22. a qué edad iniciaste relaciones sexuales		
10-12 años	13-15 años	16-19 años
11	28	30
16%	40.6%	43.4%
24. ¿Tienes alguna duda o inquietud en temas relativos a sexualidad?		
Si		No
31		38
45%		55%
25. Algún miembro de salud te ha explicado el uso correcto de métodos de planificación familiar		
Si		No
29		40
42%		58%
26. ¿has ocupado algún método de planificación familiar?		
Si		No
21		48
30.4%		69.6%
27. ¿Recibiste educación sexual en la escuela o colegio?		
Si		No
55		14
79.7%		20%

### 5.5.1 PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA:

#### 5.5.1.1 HIPOTESIS NULA Y ALTERNA:

**Ho** A mayor conocimiento de salud sexual y reproductiva no hay menor índice de embarazos en adolescentes

**H1** A mayor conocimiento de salud sexual y reproductiva menor índice de embarazos en adolescentes

### 5.5.1.2 NIVEL DE SIGNIFICANCIA

$\alpha = 0.05$  (X2 tabla=)

Prueba estadística:  $X^2 = \sum (O-E)^2/E$

Grados de libertad:  $(F-1) (C-1) = (2-1) (2-1) = 1 = 3.84$

#### DATOS OBSERVADOS TABLA 63

Edad de inicio de relaciones sexuales	uso de métodos de planificación familiar	No uso de métodos de planificación familiar	Total
10 a 12 años	3	8	11
13 a 15 años	13	15	28
16 a 19 años	5	25	30
Total	21	48	69

#### DATOS ESPERADOS TABLA 64

Edad de inicio de relaciones sexuales	uso de métodos de planificación familiar	No uso de métodos de planificación familiar	Total
10 a 12 años	3.3	7.6	11
13 a 15 años	8.5	19.4	28
16 a 19 años	9.1	20.8	30
total	21	48	69

CHI CUADRADO TABLA 65

Edad de inicio de relaciones sexuales	uso de métodos de planificación familiar	No uso de métodos de planificación familiar	Total
10 a 12 años	0.02727273	0.02105263	
13 a 15 años	2.38235294	0.99793814	
16 a 19 años	1.84725275	0.84807692	
Total	4.25687842	1.8670677	6.12394611

Al tener un valor de confianza del 95%, grados de libertad: 1 y dato de distribución de la tabla de Chi cuadrado de 3.84; al realizar la comprobación mediante la prueba estadística se obtiene un dato de 6.12 por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. La cual es: A mayor conocimiento de salud sexual y reproductiva menor índice de embarazos en adolescentes demostrando que hay relación entre embarazo en adolescentes y conocimiento de salud sexual y reproductiva en la UCSFI Sonsonate.

**5.6 HIPÓTESIS 6:**

La atención primaria en salud contribuye a la disminución de embarazos en las adolescentes.

Las variables que afectan directamente en el factor atención primaria en salud son, las correspondientes a 23, 28, 29, 30, que resultan de la encuesta en la investigación entonces con base a esto, podemos obtener los siguientes datos:

TABLA 66

23.Te han brindado atención preventiva en cuanto a la adolescencia (inscripción y control adolescente)	
Si	No
41	28
59%	41%
28.Formas parte de algún club de adolescentes	
Si	No
24	45
35%	65%
29.Algún miembro del personal de salud te ha visitado en la escuela o casa	
Si	No
47	22
68%	32%
30.los líderes comunitarios realizan actividades informativas de temas de salud	
Si	No
12	57
17%	83%

## 5.6.1 PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA:

### 5.6.1.1 HIPOTESIS NULA Y ALTERNA:

$H_0$ : La atención primaria en salud no contribuye a la disminución de embarazos en las adolescentes.

$H_1$ : La atención primaria en salud contribuye a la disminución de embarazos en las adolescentes.

### 5.6.1.2 NIVEL DE SIGNIFICANCIA

$\alpha = 0.05$  (X2 tabla=3.841)

Grados de libertad:(F-1) (C-1)= (2-1) (2-1)= 1 = 3.841

### DATOS OBSERVADOS TABLA 67

escala	si atención preventiva	no atención preventiva	Total
líderes si realizan actividades	5	7	12
líderes no realizan actividades	36	21	57
total	41	28	69

### DATOS ESPERADOS TABLA 68

escala	si atención preventiva	no atención preventiva	Total
Líderes si realizan actividades	7.13	4.87	12
líderes no realizan actividades	33.87	23.13	57
total	41	28	69

### CHI CUADRADO TABLA 69

Escala	si atención preventiva	no atención preventiva	Total
líderes si realizan actividades	0.64	0.93	
líderes no realizan actividades	0.134	0.20	
Total	0.774	1.13	1.904

Al tener un valor de confianza del 95%, grados de libertad: 1 y dato de distribución de la tabla de Chi cuadrado de 3.841; al realizar la comprobación mediante la prueba estadística se obtiene un dato de 1.904 por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. La cual es: La atención primaria en salud contribuye a la disminución de embarazos en las adolescentes, demostrando que no hay relación entre embarazo en adolescentes y la atención primaria en salud en la UCSFI Sonsonate.

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

#### 6.1 CONCLUSIONES

- La mayoría de adolescentes en control prenatal no cuentan con una unión estable lo que las hace vulnerables a ser ellas quienes lleven con la responsabilidad de embarazo por lo que debe hacerse hincapié en la importancia de las relaciones estables
- La mayoría de adolescentes embarazadas proviene del área rural por lo que puede tomarse como factor de riesgo el lugar de residencia
- La fuente de ingreso económicos no viene en su mayoría de la pareja por lo que puede observarse la falta de preparación de parte de la pareja para sobrellevar el cargo que el embarazo involucra
- Se observa que un muy bajo porcentaje tiene ingresos iguales o superiores a \$502 lo que probablemente sea ocasionado por el bajo nivel de escolaridad que existe en estos hogares por lo cual se vuelven vulnerables a la violencia intrafamiliar
- La mayoría de pacientes embarazadas al momento no se encuentra estudiando por lo que se dificulta su desarrollo personal y las vuelve más dependientes
- La mayoría de pacientes encuestadas inician su actividad sexual de los 16 a los 19 años por lo que el inicio de relaciones sexuales a edad temprana suele ocasionar un embarazo precoz
- De las adolescentes embarazadas la mayoría dice no tener duda sobre el tema de sexualidad por lo que debería indagarse sobre el conocimiento que creen tener sobre este tema debido a que cuando se pregunta si algún miembro del personal de salud le ha explicado métodos de planificación familiar la mayor parte refiere que no se le ha dado una explicación
- Hace falta un mayor compromiso por parte de la comunidad ya que la mayoría de adolescentes refiere que no hay actividades informativas sobre estos temas dentro de la comunidad

## 6.2 RECOMENDACIONES.

### 6.2.1 A LAS ADOLESCENTES:

- Se recomienda en primer lugar la abstinencia para evitar la incidencia de embarazos no deseados así como el aumento de enfermedades de transmisión sexual
- Buscar información correspondiente a los temas de planificación familiar ofrecidos en los diferentes centros asistenciales, así como acudir ante cualquier duda a los profesionales de la salud para que estas sean dilucidadas.
- Utilizar de forma apropiada los métodos de planificación familiar.

### 6.2.2 A LOS PADRES DE FAMILIA.

- Buscar apoyo con los miembros del personal de salud sobre orientación en temas relacionados a salud sexual y reproductiva enfocado a los adolescentes.
- Que los padres puedan establecer una estrecha comunicación con los adolescentes y brindarles confianza para poder discutir temas relacionados a salud sexual y reproductiva.
- Acudir a las actividades formativas que organizan los miembros del personal de salud y el personal docente.
- Fomentar en los hogares un ambiente donde prevalezca la igualdad de género y las adolescentes puedan gozar de los mismos beneficios que el sexo masculino.
- Comprometerse con llevar a sus hijos/as adolescentes a los controles integrales de acuerdo a su edad.

### 6.2.3 A LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA DE SONSONATE.

- Indagar con adolescentes y padres y/o responsables, sobre los temas de mayor interés sobre salud sexual y reproductiva.
- Incorporar la intersectorialidad en las colonias y cantones que pertenecen al área de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Sonsonate para implementar e incrementar estrategias de educación y promoción en salud orientadas al tema de salud sexual y reproductiva.

- Establecer coordinaciones con los centros educativos para el desarrollo de temas sobre salud sexual y reproductiva, con participación de los padres de familia, docentes, adolescentes y personal de salud.
- El establecimiento de salud, debe de actuar en forma más protagónica, 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/las adolescentes.
- Desarrollar capacidades y habilidades, por medio de capacitaciones a los recursos de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Sonsonate, 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.

#### 6.2.4 A LOS CENTROS EDUCATIVOS

- Desarrollar talleres participativos en forma conjunta e interrelacionados con maestros, alumnos, padres de familia y personal de salud, sobre temas de salud sexual y reproductiva.
- Los temas de salud sexual y reproductiva, que son impartidos por los maestros deben brindarles la confianza al alumno para que pregunte las dudas que pueda tener.
- Los centros educativos deben establecer un diálogo 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, que realicen diferentes actividades socio-recreativas, incluyendo extracurriculares, para mantener a los adolescentes “ocupados” y alejados de las conductas de riesgo.

#### 6.2.5 AL MINISTERIO DE SALUD:

- Se recomienda brindar los recursos necesarios para llevar a cabo una adecuada instrucción para las adolescentes.
- Llevar a cabo capacitaciones al personal de salud tanto permanente como temporal quienes brindan atención adolescentes.
- Abastecer adecuadamente de métodos de planificación a familiar a todas las unidades comunitarias de salud familiar
- Que los planes pro porcionados sean operacionalizados y al mismo se verifique su cumplimiento.

#### 6.2.6 AL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

- Incluir dentro del contenido programático de cada docente educación sexual y fomentar la abstinencia como método anticonceptivo más seguro para evitar embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
- Capacitación a profesores para brindar una adecuada orientación sobre los temas correspondientes a salud sexual y reproductiva.
- Brindar material didáctico para la comprensión de los temas correspondientes.

## BIBLIOGRAFIA

- CABRERA, GUADALUPE DEL CARMEN. LÓPEZ, HUGO ERNESTO. *Falta de Conocimiento y uso de Métodos de Planificación Familiar en las Adolescentes que consultan en la unidad de salud de Metapan en el periodo de febrero –agosto 2008*. Universidad de El Salvador, 2013.
- CRUZ DE MIRANDA, BLANCA MARGARITA. ESTRADA ALEGRÍA CECILIA DEL SOCORRO. *Riesgo reproductivo de embarazo en adolescentes que asisten al hospital nacional de Ilobasco del departamento de cabañas, septiembre de 2004 a enero de 2005*.
- Diario1.com (2016). Partos de adolescentes por día en El Salvador. <http://diario1.com/nacionales/2013/10/69>. (consulta 10/03/16)
- ELECTRA GONZÁLEZ, LIVIA GONZÁLEZ. *Los factores psicológicos detrás del embarazo adolescente*. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Enero de 2009
- ESCOBAR, ZENIA. Embarazo a Temprana Edad. <https://es.scribd.com/doc> (consulta 5/04/16)
- FLORES CUAXOSPA, BERTHA DANIELA. FLORES ARZATE, MAURICIO. GALINDO ALARCON, KAREN YAEL. Aspectos económicos en el embarazo adolescente. <Http://.slideshare.net/Cuaxospancia/aspectos-economicos-en-el-embarazo-adolescente-cimino>. (consulta 12/03/16)
- GUERRA, JOSE. *La sexualidad, sexo embarazo contracepción en la adolescencia*. Editorial Montesinos 1985.

- ISSLER, JUAN R. Embarazo en la adolescencia. Revista de posgrado de la cátedra medica N°17. Agosto 2001. [http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb\\_adolescencia.html](http://med.unne.edu.ar/revista/revista107/emb_adolescencia.html). (consulta 09/03/16)
- MERINO, ENA ISABEL. ROSALES INESTROZA, ERNESTO. *Factores que influyen en el embarazo de las adolescentes inscritas en el programa de atención materna de unidad de salud Altavista, enero a junio de 2010*. Universidad de El Salvador, 2010.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Gerencia de atención integral en salud en adolescentes. Guía para la consejería en la atención de adolescentes. El Salvador 2003. [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia\\_consejeria\\_adolescentes](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_consejeria_adolescentes). (consulta 09/03/16).
- Organización Mundial de la Salud. (2014). El embarazo en la adolescencia. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es>. (Consulta 12/03/16)
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de El Salvador. El Salvador Estudio de Caracterización y Análisis de Exclusión Social en Salud 2002-2010. <http://www.bvselsalvador.net/docs/lildbi/569-11007442.pdf>. (Consulta 12/03/16)
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Ginebra.2001. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69089/1/WHO\\_RHR\\_01.29\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69089/1/WHO_RHR_01.29_spa.pdf). (consulta 09/03/16)

- Revista Jurídica Digital Enfoque Jurídico. 2015 “Embarazo en adolescentes, un problema endémico de nuestra sociedad” (El Salvador), 17 de Marzo de 2015
- RISUEÑO, ALICIA E.Dra. KENNEDY, J. F. (2013). *Embarazo adolescente: factores de riesgo*. Universidad Argentina 1ras. Jornadas Latinoamericanas de la Sección de Medicina, Psiquiatría y Atención Primaria de la Salud VI Jornadas de la Sección de Medicina, Psiquiatría y Atención Primaria de la Salud de APAL.
- RODRÍGUEZ, J. (2008). *Reproducción en la adolescencia en América Latina y el Caribe: ¿una anomalía a escala mundial?* Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP. Córdoba–Argentina, septiembre 2014
- Salario mínimo en El Salvador 2016  
<http://www.elsalvadmipais.com/salario-minimo-en-el-salvador-2016>.  
(consulta 12/03/16)
- ULANOWICZ, MARÍA GABRIELA. PARRA, KARINA ELIZABETH. WENDLER, GISELA ELIZABETH DRA. MONZÓN, LOURDES TISIANA (2012) *Riesgos en el embarazo adolescente*.
- VÁZQUEZ ZARATE, VÍCTOR MANUEL. NAVA ESQUIVEL, CARLOS. DEL VALLE FLORES, ROBERTO.  
<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/21996/capitulo1.pdf>.

## ANEXOS

### UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

### FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

### DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**OBJETIVO:** Interpretar los factores de riesgo que influyen en las adolescentes embarazadas entre las edades de 10 a 19 años en control prenatal en la Unidad comunitaria de salud familiar intermedia de Sonsonate en el período comprendido entre marzo y agosto del 2016.

**Presentación:** este instrumento responde a la investigación sobre: los factores de riesgo de embarazo en adolescentes en las edades comprendidas de 10 a 19 años en control prenatal en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia Sonsonate en el periodo entre marzo y agosto de 2016.

#### **Indicación:**

Marque con una x la respuesta que considere pertinente

#### **PRIMERA PARTE: DATOS GENERALES**

##### 1. Edad en años

- 1) 10 a 13 \_\_\_\_\_
- 2) 14 a 16 \_\_\_\_\_
- 3) 17 a 19 \_\_\_\_\_

##### 2. Estado civil

- a) Soltera \_\_\_\_\_
- b) Casada \_\_\_\_\_
- c) Acompañada \_\_\_\_\_
- d) Divorciada \_\_\_\_\_
- e) Viuda \_\_\_\_\_
- f) Separada \_\_\_\_\_

##### 3. Embarazos previos

- a) Ninguno \_\_\_\_\_
- b) Uno \_\_\_\_\_
- c) Dos \_\_\_\_\_

d) Más de dos \_\_\_\_\_

4. Lugar de residencia

a) Zona rural \_\_\_\_\_

b) Zona urbana \_\_\_\_\_

**Segunda parte:**

5. ¿Qué tipo de trabajo tienen tus padres?

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

b) No estable \_\_\_\_\_

c) Ninguno \_\_\_\_\_

6. De quien proviene tu fuente de ingresos económicos

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

b) Madre \_\_\_\_\_

c) Otros familiares \_\_\_\_\_

d) Pareja \_\_\_\_\_

e) Usted misma \_\_\_\_\_

7. Qué grado de escolaridad tienes

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

b) primaria \_\_\_\_\_

c) secundaria \_\_\_\_\_

d) universitaria \_\_\_\_\_

8. Cuáles son tus ingresos

a) Menos de 98 dólares \_\_\_\_\_

b) 98 a 251 dólares \_\_\_\_\_

c) 251 a 502 dólares \_\_\_\_\_

d) Más de 502 dólares \_\_\_\_\_

9. ¿Se siente vulnerable ante la violencia social?

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

b) No \_\_\_\_\_

10. ¿Ha sido víctima alguna vez de violencia intrafamiliar?

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

b) no \_\_\_\_\_

11. tu respuesta anterior fue si mencione cual

a) física \_\_\_\_\_

b) psicológica \_\_\_\_\_

c) patrimonial ( dinero, robo de pertenencias) \_\_\_\_\_

d) económica ( no se atienden tus necesidades) \_\_\_\_\_

e) sexual \_\_\_\_\_

12. ¿Antes del embarazo como considerabas tus planes a futuro?

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

b) Confusos \_\_\_\_\_

c) Ausentes \_\_\_\_\_

13. ¿Algún miembro de su familia ha presentado embarazo en la adolescencia?

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

b) Hermana \_\_\_\_\_

c) Otros \_\_\_\_\_

d) Ninguno \_\_\_\_\_

14. ¿Actualmente se encuentra estudiando?

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

b) No \_\_\_\_\_

15. Si su respuesta anterior es no, ¿Por qué?

- a) Económicos \_\_\_\_\_
- b) Delincuencia \_\_\_\_\_
- c) Embarazo \_\_\_\_\_
- d) Otros \_\_\_\_\_

16. ¿Ha reprobado algún año académico?

- a) Si \_\_\_\_\_
- b) No \_\_\_\_\_

17. ¿A qué edad desarrollo sus pechos?

- a) Antes de los 10 años \_\_\_\_\_
- b) 10 años \_\_\_\_\_
- c) 11 años \_\_\_\_\_
- d) 12 años \_\_\_\_\_
- e) 13 años \_\_\_\_\_
- f) 14 años \_\_\_\_\_
- g) 15 años \_\_\_\_\_
- h) Más de 15 años \_\_\_\_\_

18. ¿A qué edad tuvo su primera regla?

- a) Antes de los 10 años \_\_\_\_\_
- b) 10 años \_\_\_\_\_
- c) 11 años \_\_\_\_\_
- d) 12 años \_\_\_\_\_
- e) 13 años \_\_\_\_\_
- f) 14 años \_\_\_\_\_
- g) 15 años \_\_\_\_\_
- h) Más de 15 años \_\_\_\_\_

19. ¿Con cuales amigos te relacionas más?

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

b) Trabajo \_\_\_\_\_

c) Comunidad \_\_\_\_\_

d) Otros \_\_\_\_\_

20. ¿Tienes amigos que hayan comenzado con actividad sexual?

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

b) No \_\_\_\_\_

21. ¿Existen reglas claras y justas en tu familia?

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

b) No \_\_\_\_\_

22. A qué edad iniciaste relaciones sexuales

a) 10-12 años \_\_\_\_\_

b) 13-15 años \_\_\_\_\_

c) 16-19 años \_\_\_\_\_

23. te han brindado atención preventiva en cuanto a la adolescencia (inscripción y control adolescente)

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

b) no \_\_\_\_\_

24. ¿tienes alguna duda o inquietud en temas relativos a sexualidad?

a) Si\_\_\_

b) No\_\_\_

25. Algún miembro del personal de salud te explico el uso correcto de los métodos de planificación familiar?

a) Si\_\_\_

b) No\_\_\_

26. ¿has ocupado algún método de planificación familiar?

a) si\_\_\_

b) no\_\_\_

27. ¿Recibiste educación sexual en la escuela o colegio?

a) Si\_\_\_

b) No\_\_\_

28. formas parte de algún club de adolescentes:

Si\_\_\_

No\_\_\_

29. Algún miembro del personal de salud te ha visitado en tu escuela o en tu vivienda:

Si\_\_\_

No\_\_\_

30. los líderes en tu comunidad realizan actividades informativas respecto a temas de salud

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

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

**OBJETIVO:** Interpretar los factores de riesgo que influyen en las adolescentes embarazadas entre las edades de 10 a 19 años en control prenatal en la Unidad comunitaria de salud familiar intermedia de Sonsonate en el período comprendido entre marzo y agosto del 2016.

Presentación: este instrumento responde a la investigación sobre: los factores de riesgo de embarazo en adolescentes en las edades comprendidas de 10 a 19 años en control prenatal en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia Sonsonate en el periodo entre marzo y agosto de 2016.

**Indicación:** De las frases que van a continuación, algunos describen probablemente situaciones o estados que a usted le ocurren con frecuencia, otras, por el contrario situaciones que nada tiene que ver con usted. Señale a continuación cuales de ella le “describen a usted” con cierta aproximación y cuales no tienen “nada que ver con usted” conteste a todas las preguntas y por favor hágalo con cierta rapidez

<b>Pensamiento/ sentimiento</b>	<b>Me describe</b>	<b>No me describe</b>
1. Más de una vez he deseado ser otra persona		
2. Me cuesta mucho hablar ante un grupo		
3. hay muchas cosas en mí mismo que cambiaría si pudiera		
4. Tomar decisiones no es algo que me cueste		
5. conmigo los demás se divierten mucho		
6. en casa me enfado muy a menudo		
7. me cuesta acostumbrarme a algo nuevo		
8. soy una persona muy popular entre la gente de mi edad		
9. mi familia espera demasiado de mi		
10. en casa respetan bastante mis sentimientos		
11. suelo ceder con bastante facilidad		
12. no es nada fácil ser yo		
13. en mi vida todo está muy enredado		
14. la gente suele secundar mis ideas		
15. no tengo muy buena opinión de mí mismo		
16. hay muchas ocasiones en las que me gustaría dejar mi casa		
17. a menudo me siento harto del trabajo que realizo		
18. soy más feo que el común de los mortales		

19. si tengo algo que decir normalmente lo digo		
20. mi familia me comprende		
21. casi todo el mundo que conozco cae mejor que yo a los demás		
22. me siento presionado por mi familia		
23. cuando hago algo frecuentemente me desanimo		
24. las cosas suelen preocuparme mucho		
25. no soy una persona de fiar		

Ítem N°	Puntúa si ha respondido	
1.	No me describe	
2.	No me describe	
3.	No me describe	
4.	Me describe	
5.	Me describe	
6.	No me describe	
7.	No me describe	
8.	Me describe	
9.	No me describe	
10.	Me describe	
11.	No me describe	
12.	No me describe	
13.	No me describe	
14.	Me describe	
15.	No me describe	
16.	No me describe	
17.	No me describe	
18.	No me describe	
19.	Me describe	
20.	Me describe	
21.	No me describe	
22.	No me describe	
23.	No me describe	
24.	Me describe	
25.	No me describe	

Escala de autoestima "Baremo"	
0-10 puntos	Destacada, significativamente baja
10-15 puntos	Media baja
15-16 puntos	Media
16-22 puntos	Media alta
22-25 puntos	Destacada, significativamente alta

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

**OBJETIVO:** Interpretar los factores de riesgo que influyen en las adolescentes embarazadas entre las edades de 10 a 19 años en control prenatal en la Unidad comunitaria de salud familiar intermedia de Sonsonate en el período comprendido entre marzo y agosto del 2016.

**Presentación:** este instrumento responde a la investigación sobre: los factores de riesgo de embarazo en adolescentes en las edades comprendidas de 10 a 19 años en control prenatal en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia Sonsonate en el periodo entre marzo y agosto de 2016.

**ENCUESTA DIRIGIDA A PERSONAL DE SALUD**

**Indicación:**

Marque con una x la respuesta que considere pertinente

1. ¿Cuál es la función que desempeña en centro asistencial?
  - a) Medico
  - b) Enfermera
  - c) Promotor de salud
  - d) otro
  
2. ¿Considera usted que en el establecimiento donde usted labora cuentan con el personal de salud capacitado para la atención de las adolescentes?
  - a) Si
  - b) No
  
3. ¿Ha recibido capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva?
  - a) si
  - b) no
  
4. ¿Cree usted que las/os adolescentes tienen un acceso adecuado a la educación sobre salud sexual y reproductiva?
  - a) si
  - b) no

5. ¿Considera usted que el ministerio de salud proporciona los medios suficientes para tener una adecuada salud sexual y reproductiva?

- a) si
- b) no

6. ¿Ha recibido alguna capacitación para brindar la atención integral a los/as adolescentes?

- a) si
- b) no

7. ¿Qué opinión tiene respecto a la atención que se brinda a las adolescentes en relación a la salud sexual y reproductiva?

- a) oportuna
- b) necesita mejorar
- c) mala

8. ¿Considera que los métodos anticonceptivos que actualmente posee el ministerio de salud cumplen con las expectativas para las necesidades de las adolescentes?

- a) si
- b) no

9. ¿En el establecimiento donde labora realizan reuniones para capacitar a los líderes comunitarios sobre temas de salud sexual y reproductiva?

- a) si
- b) no

10. ¿Cuentan con planes enfocados en la prevención de embarazos a temprana edad?

- a) si
- b) no

## GLOSARIO

**Adolescencia:** Período de la vida de la persona comprendido entre la aparición de la pubertad, que marca el final de la infancia, y el inicio de la edad adulta, momento en que se ha completado el desarrollo del organismo.

**AID:** Asociación internacional de desarrollo

**Alma Ata:** La **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata**, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta. La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF. La síntesis de sus intenciones se expresa en la **Declaración de Almá-Atá**, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue «Salud para todos en el año 2000»

**ANSIEDAD:** Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad

**Apremiante:** que necesita una acción o rápida solución.

**APS:** Atención Primaria de Salud

**APSI:** Atención Primaria de Salud Integral

**BM:** Banco Mundial

**CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe, es el organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas responsable de promover el desarrollo económico y social de la región

**CISALUD:** Comisión Intersectorial de Salud

**Coadyuvando:** Contribuir o ayudar a la consecución de una cosa.

**Depresión:** Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

**DIGESTYC:** Dirección General de Estadística y Censos, es una institución estatal de El Salvador, encargada de la elaboración de estudios estadísticos sobre aspectos demográficos y económicos del país.

**Dilucidar:** Explicar, aclarar o resolver un asunto o una materia.

**Disímiles:** diferente, distinto.

**Emancipación:** Liberación respecto de un poder, una autoridad, una tutela o cualquier otro tipo de subordinación o dependencia.

**FESAL:** Encuesta Nacional de Salud Familiar.

**Homeostasis:** es una propiedad de los organismos vivos que consiste en su capacidad de mantener una condición interna estable compensando los cambios en su entorno mediante el intercambio regulado de materia y energía con el exterior.

**Intergenésico:** Se refiere al período de tiempo comprendido entre dos nacidos vivos consecutivos.

**ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual.

**LACRO:** Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe.

**LEPINA:** Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia.

**Libinización:** Lujurioso, lascivo, propenso a los placeres sexuales.

**Manutención:** Acción de mantener a una persona (proporcionarle el alimento o lo necesario para vivir).

**MEF: Mujer** en edad fértil

**Menarquía:** Aparición de la primera menstruación.

**Método anticonceptivo:** cualquier acto, dispositivo o medicación para impedir una concepción o un embarazo viable

**MINSAL:** Ministerio de Salud de El Salvador.

**Mortalidad prenatal:** número de nacidos muertos y muertes en la primera semana de vida por cada 1.000 nacidos vivos, el período perinatal comienza a las 22 semanas completas (154 días después de la gestación) y termina a los siete días después del nacimiento.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**ONU-DATS:** Organización de la Naciones Unidas, Desarrollo- Estadística

**ONG:** se utiliza para identificar a organizaciones que no son parte de las esferas gubernamentales ni son empresas cuyo fin fundamental es el lucro.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**PF:** Planificación Familiar.

**Pubertad:** Período de la vida de la persona en el que se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y se alcanza la capacidad de reproducción; constituye la primera fase de la adolescencia y el paso de la infancia a la edad adulta.

**RIISS:** Propuesta de estructura de la red integral e integrada de servicios de salud (*RIISS*) del Ministerio de Salud. Pública

**SEPS:** Sistema Estadístico de Producción de Servicios del Ministerio de Salud.

**SIMMOW:** Sistema estadístico de Morbimortalidad+ estadísticas vitales del Ministerio de Salud de El Salvador.

**SSR:** Salud Sexual y Reproductiva

**Tabú:** es un término polinesio que significa “lo prohibido”. El concepto permite mencionar las conductas o acciones que están prohibidas o censuradas por un grupo humano debido a cuestiones culturales, sociales o religiosas.

**UCSFI:** Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia.

**UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en Inglés United Nations Children's Fund, y es un organismo de la Organización de las Naciones Unidas.

**UNICEF** tiene como objetivo promover la defensa de los derechos de los niños, suplir sus necesidades básicas y contribuir a su desarrollo.

**TRO:** Terapia de Rehidratación Oral

**VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.