

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
LICENCIATURA EN ENFERMERIA**



**FACTORES SOCIOCULTURALES QUE SE RELACIONAN CON EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE 12 A 19 AÑOS DE EDAD QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR ESPECIALIZADA “DR. MAURICIO SOL NERIO” DE SAN JACINTO, DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR, DE SEPTIEMBRE A OCTUBRE 2014.**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACION PREVIO A OBTENER EL GRADO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA.**

**PRESENTADO POR:**

CECIA EUNICE ALVARENGA CARBAJAL

EVELYN JANETH APARICIO MEJÍA

ERIKA RAQUEL CAMPOS JIMÉNEZ

GÜENDI CAROLINA ESTRADA MOLINA

CIUDAD UNIVERSITARIA, DICIEMBRE DEL 2014.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Autoridades Vigentes

ING. Mario Roberto Nieto Lovo

RECTOR

MSC. Ana María Glower de Alvarado

VICERECTORA ACADEMICA

DRA. Ana Leticia Zavaleta de Amaya

SECRETARIA GENERAL

DR. José Arnulfo Herrera Torres

DECANO

FACULTAD DE MEDICINA

MSP. Dálide Ramos de Linares

DIRECTORA DE ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA

MAE. Aura Marina Miranda de Arce

DIRECTORA DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA

PROCESO DE GRADUACION APROBADO POR:

DOCENTE ASESORA

LICDA. Delmy Zonia Domínguez de Figueroa

TRIBUNAL CALIFICADOR

MSSR. Telma Lorena Díaz Méndez.

LICDA. Yesenia Ivette Flores Martínez

LICDA. Delmy Zonia Domínguez de Figueroa

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

Por habernos dado la oportunidad de ser parte del alma mater y formarnos en los profesionales que ahora somos comprometidos con la sociedad y con nuestra profesión.

### **A NUESTRA CARRERA DE LA LICENCIATURA DE ENFERMERIA**

Por ser parte de esta formación brindando sus conocimientos, inculcándonos valores para un buen desempeño de nuestra profesión

### **A NUESTRA DOCENTE ASESORA**

Por todo su tiempo, paciencia y dedicación para poder lograr culminar este proceso de formación, que Dios la bendiga.

### **A NUESTRO JURADO CALIFICADOR**

Por ser parte de este proceso brindando sus conocimientos y apoyo para que este trabajo se realizara con éxito.

### **A LA UNIDAD DE SALUD**

Por permitir realizar la investigación en este establecimiento, dándonos acceso a la información necesaria para el estudio a si como también agradecer en la ejecución al personal de enfermería que colaboro de manera directa con el grupo investigador especialmente a *Licda. Yanira Barraza, Licda. En servicio social Patricia Mejía, Lic. Rubén Ardón y Licda. Sara de Abrego.*

Finalmente agradecer a todas las personas que directa e indirectamente colaboraron para la ejecución de la investigación.

Grupo investigador  
Licenciatura En Enfermería  
Universidad de El Salvador

*Cecia Eunice Alvarenga Carbajal.  
Evelyn Janeth Aparicio Mejía.*

*Erika Raquel Campos Jiménez.  
Güendi Carolina Estrada Molina.*

## **AGRADECIMIENTOS**

### **PRIMERAMENTE A DIOS.**

Por su apoyo incondicional ha sido mi mejor amigo, mi mayor fortaleza, el que ha permitido que cada peldaño que he escalado a lo largo de mi carrera haya sido de bendición para mi vida, por cuanto encomendé a Jehová mi camino y confíe en El, El concedió las peticiones de mi corazón, a Él sea la gloria y la honra por este triunfo dado.

### **A MIS PADRES**

Juan Lorenzo Alvarenga y Juana María Carbajal de Alvarenga.

Por ser mi motor de arranque en cada situación presentada por que sus consejos me han servido para saber apreciar que he logrado, que ha sido a través de sus esfuerzos y sacrificios, pero sé que con orgullo me han dado mi mejor herencia la educación, a ellos debo su tiempo invertido para que haya logrado este sueño, han sido el faro en cada etapa de mi vida. LOS AMO.

### **A MIS HERMANOS**

Noemy, Moisés, Raquel y Sarai.

Por compartir su tiempo con el mío, por apoyarme y darme aliento en los momentos difíciles, por permitirme disfrutar a su lado y estar pendiente de mí. Gracias por ser parte de mi vida.

### **A MIS FAMILIARES.**

Por estar al tanto de mis logros, por entusiasarme a no rendirme, por ayudarme a través de la oración, porque con la unidad logramos la fuerza, debido a que cordel de tres dobleces no presto se rompe.

### **A MIS AMIGOS**

Que han sido más que importantes y dedicaron parte de su tiempo para aportar al logro de mi carrera, por sus desvelos a mi lado y su compañía incondicional.

### **A MIS COMPANERAS DE TESIS**

Erika, Evelyn y Güendi.

Por haber vivido juntas parte de nuestra formación, compartir tristezas, alegrías, llantos, pasar dificultades y haber vencido cada obstáculo que se nos presentó; así como disfrutado cada uno de los momentos en armonía y estar unidas hasta el final.

**Cecia Eunice Alvarenga Carbajal**

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme guiado y darme fuerzas para culminar mi carrera, sin él nada de esto fuera posible.

A mi madre *Carmen Mejía* por sus consejos, amor, sacrificio y comprensión en todo momento.

A mi hermana y mejor amiga *Erika Aparicio* por su apoyo y comprensión brindada en mis mejores y peores momentos.

A mi Abuela *Jesús Ramírez* mi segunda madre quien creyó en mí y me brindo siempre su amor incondicional, que son sus oraciones me fortaleció.

A mi familia y en especial a mis tíos y padrinos *María Guadalupe de Jovel* y *Arturo Yovani Jovel* por brindarme siempre ese amor de familia esa comprensión y consejos, por estar pendiente de mí.

A mis amigas y compañeras de tesis *Cecia, Erika y Güendi* por formar un excelente grupo de trabajo, sin su apoyo esto no sería posible muchas gracias, las quiero mucho mis niñas.

A mis amigos y amigas por su amistad incondicional, en especial a *Mauricio Alexander Bonilla* que desde el inicio de este recorrido fuimos amigos y a pesar de la distancia no nos alejamos, quien siempre estuvo para mí en mis mejores y peores momentos, a *José Daniel Girón* por demostrar que todo es posible y por brindarme su amistad siempre.

El agradecer a tantas personas lindas sería una lista interminable pero quiero decir que a cada una de las personas que formaron parte de este recorrido siéntanse agradecidos de mi parte porque cada uno tuvo un impacto en mi vida porque este triunfo también es de ustedes muchas gracias.

**Evelyn Janeth Aparicio Mejía**

## **AGRADECIMIENTOS**

**A Dios Todopoderoso:** Por darnos fé, confianza, fortaleza y permitirnos afrontar los obstáculos a lo largo de nuestra carrera, por estar presente en cada una de nosotras, por ser luz y espíritu en nuestro camino.

**A mi abuelita y a mi madre:** Irma Bárbara Meléndez Hernández y Rosa Natividad Campos Meléndez, por crear desde mi niñez los principios de responsabilidad y deseos de superación que han sido la base de mi crecimiento profesional.

**A mis hermanos:** Luis Alfredo Meléndez Jiménez, Diana Clara Jiménez Campos y Carlos Humberto Jiménez Campos, quienes siempre me dieron su apoyo incondicional, mil gracias por estar siempre conmigo.

**A mis compañeras de tesis:** por formar un excelente grupo de trabajo, gracias por su amistad, afecto y apoyo, sin ello no hubiese logrado la culminación de este trabajo.

**A Nuestra Asesora:** Licda. Delmy Zonia de Figueroa por haber compartido sus conocimientos y habernos guiado a culminar nuestra tesis.

A todas las personas que siempre me apoyaron: maestros, familiares y amigos muchas gracias por su apoyo incondicional que siempre me brindaron.



**Erika Raquel Campos Jiménez**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer primeramente a Dios todopoderoso, por brindarme la salud y la sabiduría a lo largo de mi carrera para lograr este triunfo.

A mis padres Ronald Estrada Palomares y Lidia Marina molina por crear desde mi niñez los principios de responsabilidad y deseos de superación que han sido la base de mi crecimiento profesional.

A mi hermana Jackeline Rosario Estrada quien siempre me dio su apoyo incondicional, mil gracias por estar siempre a mi lado.

A mis compañeras de tesis Cecilia Eunice Alvarenga, Evelyn Janeth Aparicio y Erika Raquel Campos, por formar un excelente grupo de trabajo, gracias por su afecto y apoyo, sin ello no hubiese logrado la culminación de este trabajo.

A todas esas personas que siempre me apoyaron: maestros, miembros familiares y amigos muchas gracias y bendiciones de nuestro padre celestial.

**Güendi Carolina Estrada Molina**

## INDICE

<b>Contenido.</b>	<b>Pág.</b>
Introducción .....	iv
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
A. Antecedentes del problema.....	5
B. Situación Problemática.....	11
C. Formulación del problema .....	16
D. Justificación.....	17
E. Objetivos .....	19
1. General .....	19
2. Específicos.....	19
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	
A. Factores sociales.....	20
B. Nivel educativo .....	20
C. Disfuncionalidad familiar.....	22
1. Disfuncionalidad paterna y materna.....	22

2.	Factores que influyen en la disfuncionalidad familiar .....	23
3.	Clases sociales .....	24
D.	Conocimientos sobre Salud sexual y reproductiva .....	25
1.	Definición de conocimientos.....	25
2.	Definición de salud.....	25
3.	Definición de salud sexual.....	25
4.	Derechos sexuales.....	26
5.	Definición de salud reproductiva .....	26
6.	Derechos reproductivos .....	27
7.	Definición sobre salud sexual y reproductiva .....	27
E.	Adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso.....	28
1.	Definición de los métodos anticonceptivos temporales.....	28
2.	Definición de adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso.....	28
3.	Clasificación y uso de los métodos temporales de planificación familiar.....	29
F.	Adolescencia .....	30
1.	Temprana: (10- 13 años).....	31
2.	Media: (14-17 años) .....	31
3.	Tardía: (De 18 a 19 años) .....	32
G.	Teoría del auto cuidado según Dorothea Orem.....	33
H.	Embarazo en Adolescente.....	34

1. Factores de riesgo del embarazo en adolescentes .....	35
2. Psicosociales .....	36
I. Factores culturales .....	37
1. Mitos y creencias relacionados con el embarazo en adolescentes.....	37
J. Complicaciones en el embarazo en adolescente .....	39
1. Complicaciones obstétricas materas.....	39
2. Complicaciones fetales .....	40

### CAPITULO III.

#### SISTEMA DE HIPOTESIS

A. Hipótesis general.....	41
B. Hipótesis específicas .....	41
C. Hipótesis nulas .....	42
D. Conceptualización de variables principales.....	42
E. Esquema de relación de variables.....	43
F. Operacionalización de variables.....	44

### CAPITULO IV

#### DISEÑO METODOLOGICO

A. Tipo de estudio .....	53
B. Área de estudio.....	53
C. Población y muestra .....	54

1. Población .....	54
2. Muestra .....	55
D. Criterios de inclusión y exclusión.....	55
1. Criterios de inclusión.....	55
2. Criterios de exclusión.....	55
E. Tipo de muestreo.....	56
F. Métodos, técnicas e instrumentos .....	56
1. Métodos. ....	56
1.1. Método Científico .....	56
1.2. Método Lógico .....	56
1.3. Método de Análisis.....	57
1.4. Método de Síntesis .....	57
1.5. Método Estadístico .....	57
2. Técnica.....	58
3. Instrumento .....	58
G. Procedimientos.....	58
1. Prueba piloto .....	58
2. Plan de Recolección de datos.....	59
3. Plan de Tabulación de Datos .....	60
4. Plan de análisis e interpretación de datos.....	61
5. Prueba de hipótesis.....	61
H. Aspectos Éticos de la investigación.....	64

1. Principio de Beneficencia .....	65
2. Principio de respeto a la dignidad humana .....	65
3. Principio de Justicia.....	65

## CAPITULO V

### PRESENTACION DE ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

A. Presentación, análisis e interpretación de resultados.....	66
B. Comprobación de hipótesis .....	118
C. Cuadro resumen sobre la comprobación de hipótesis aplicando la prueba de $x^2$ .....	145
D. Análisis general de los resultados .....	150

## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones .....	154
B. Recomendaciones.....	155
C. Propuesta de intervención:  Plan de estrategias para la ejecución del programa adolescente relacionado a la salud sexual y reproductiva.....	156
FUENTES DE INFORMACION.....	162

## ANEXOS

Nº1 Cronograma de actividades

Nº 2 Presupuesto de la investigación

Nº3 Guía de entrevista dirigida a las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad que reciben su control prenatal en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto de Septiembre a Octubre 2014.

Nº4 Consentimiento informado dirigido a adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

Nº 5 Definición de términos básicos.

## **INTRODUCCION.**

El embarazo y la maternidad en la adolescencia constituyen un problema que cada vez se va haciendo más frecuente en nuestra sociedad. Una de las principales necesidades que los seres humanos poseen es el disfrute de la sexualidad, no siendo reducida únicamente a la necesidad de interrelacionarse con personas del sexo opuesto o del mismo sexo, sino también a la actividad sexo coital, la cual es un derecho universal.

Sin embargo, existen riesgos biológicos, psicológicos y sociales cuando se inicia de forma precoz la actividad sexo coital, pues una persona que no está emocionalmente madura y no tiene los objetivos claros en su vida puede que no esté consciente de lo que implica dicha situación; esto convierte a las jóvenes en un grupo de riesgo tanto en salud física como psicosocial.

El embarazo en las adolescentes es un riesgo debido a que se ven sometidas a situaciones que cambian radicalmente su vida, reduciendo sus expectativas e impidiendo un desarrollo óptimo de sus metas en la mayoría de los casos, probablemente debido a que no están totalmente preparadas para afrontar el reto de una maternidad temprana.

El propósito de la investigación fue resolver el problema sino ayudar a que las adolescentes y las autoridades respectivas conocieran a profundidad los factores que se relacionan con el embarazo en las adolescentes y lograran plantear estrategias que modifiquen el comportamiento de dichas variables tomando como base los resultados obtenidos en la investigación.

En la investigación se tomaron como grupo de estudio a las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad que consultaron en la unidad comunitaria de salud familiar especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto, de septiembre a octubre 2014.

Para llevar a cabo esta investigación se aplicaron los siguientes métodos: científico, lógico, analítico, de síntesis y estadístico. Desarrollando la técnica de la entrevista a través de una guía estructurada.



A continuación se describe como se ha estructurado el contenido del documento:

Capítulo I: Se presenta el planteamiento del problema, donde se describen los antecedentes desde cinco años antes sobre la problemática en estudio, además se describe la situación actual de éste, y se realiza el enunciado del problema que está estructurado en forma de pregunta, seguidamente se detalló la justificación donde se describe el porqué de la investigación, con el propósito que las jóvenes y las autoridades de la Unidad de Salud conozcan la situación en forma más integral y con base en los resultados, así mismo la importancia, relevancia, los beneficiarios, la factibilidad y la viabilidad con la que se cuenta para la realización de la investigación, además se estructuraron los objetivos en donde se detalla un objetivo general y cuatro objetivos específicos los cuales guiaron el desarrollo del estudio.

Capítulo II: Este versa sobre el marco teórico que sustenta la relación de los factores socioculturales con el embarazo en las adolescentes, abordando la base legal de la salud sexual y reproductiva en las adolescentes y la teoría del Déficit del Autocuidado enfermería según el modelo de Dorothea Orem.

Capítulo III: Contiene el sistema de hipótesis el cual está constituido por una hipótesis general, cuatro hipótesis específicas y cuatro hipótesis nulas, las cuales fueron sometidas a comprobación durante la investigación, luego se describen las variables que son los factores socio culturales y el embarazo en las adolescentes, las cuales sirvieron de base para la elaboración de la operacionalización y a la vez para los indicadores de la estructuración del instrumento que se utilizó para la recolección de datos.

Capítulo IV: Se describe el diseño metodológico, en el que se incorporaron las especificaciones técnicas con las cuales se realizó el estudio, donde se detalló los tipos de estudios siendo estos: correlacional porque se realizó una valoración sobre las relaciones entre las variables en estudio, transversal porque permitió

estudiar las variables principales de forma simultánea y en un momento determinado, retrospectivo porque se indago el comportamiento de las variables principales de enero a junio de 2014, el área de estudio fue la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada (UCSF-E) “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto, la población que se estudio estuvo constituida por 84 adolescentes embarazadas entre 12 a 19 años de edad que recibieron atención prenatal, debido a que la población era pequeña no se realizó ningún procedimiento para la selección de muestra por lo que se tomó el total de la población para una mayor representatividad, criterios de inclusión y exclusión para participar en la investigación, tipo de muestreo aplicado, métodos, técnicas e instrumentos, también se realizó la validación del instrumento mediante la prueba piloto, incluyendo los procedimientos utilizados entre estos el plan de recolección de datos, plan de tabulación de datos, plan de análisis e interpretación de datos y prueba de hipótesis. Se describen los aspectos éticos que se tomaron en cuenta durante el desarrollo de la investigación siendo estos: el de Beneficencia, Respeto a la dignidad humana y Justicia.

Capítulo V: Se presentan de manera ordenada y sistemática los análisis e interpretaciones de los resultados entre los más relevantes se encontraron el de adolescentes que refieren tener conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva no obstante no conocen los derechos de estos, datos significativos reflejan que conocen los métodos temporales de planificación mas no el uso correcto de estos, así mismo se realizó la comprobación de hipótesis obteniendo como resultado la aprobación de las hipótesis nulas, indicando que no existe relación entre las variables estudiadas.

Capítulo VI: Se detallan las conclusiones en las cuales se describen los resultados de los objetivos planteados en la investigación y las recomendaciones donde se describen aspectos importantes entre estos se presentan un plan de estrategias para la ejecución del programa de

adolescentes, relacionado a la salud sexual y reproductiva siendo ésta la propuesta de intervención generada de la investigación.

Finalmente se presentan las fuentes de información y los respectivos anexos: consentimiento informado previo a participar, guía de entrevista dirigida a las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, el presupuesto donde se da a conocer el costo de la investigación, la definición de términos básicos y el cronograma de actividades.

## CAPITULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### **A. Antecedentes del problema.**

América Latina es la única región del mundo donde la tasa de fecundidad entre las adolescentes ha seguido creciendo en los últimos 30 años, El informe, elaborado por la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ), señaló que “un 7,3% de los embarazos en América Latina se producen en adolescentes entre 15 y 19 años”<sup>1</sup>.

Según estadística a nivel mundial más del 10% de los nacimientos que se registran anualmente en el mundo se producen en madres adolescentes, cada año nacen 15 millones de niños de madres adolescentes. Cada día, 41,095; cada hora, 1,712.<sup>2</sup> A nivel de Latinoamérica las estadísticas muestran un problema, debido a que estos índices son demasiado elevados para la población adolescente, que debería de estar en procesos de desarrollo físico, psíquico y educativo o descubriendo su entorno, y no dando lugar a una nueva vida sin la preparación adecuada y sin las posibilidades de desempeñar éste nuevo compromiso.

Es importante referir que casi en la totalidad de los países de América Latina y El Caribe la fecundidad en adolescentes ocupa el primer lugar, ya que no existe un patrón único de fecundidad; al contrario, se presenta una gran heterogeneidad, tanto entre países como en el interior de estos. "La mayoría de los países de la región se ubican dentro de los 50 países con los mayores índices de fecundidad en adolescentes en el mundo y ocho de éstos

---

<sup>1</sup>La prensa.hn. De cada tres madres una es adolescente. La prensa hn 2013 septiembre 7; Sec. Salud: 1

<sup>2</sup>InstituteGuttmacher. [monografía en internet]. Edición 8. New York: InstituteGuttmacher; año 2008 [5 de marzo de 2014].[http://www.guttmacher.org/pubs/2008/07/02/fb\\_El\\_Salvador.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/2008/07/02/fb_El_Salvador.pdf)

(Nicaragua, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Venezuela, Ecuador, El Salvador y Panamá) están dentro de los primeros 40", sostiene el estudio, denominado "Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y El Caribe: sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos"<sup>3</sup>

Se observa que cada una de las estadísticas muestra un porcentaje elevado a nivel de las Américas y que dentro de estos se ven más afectados aquellas poblaciones o países en vías de desarrollo. Son tantas las adolescentes que día a día van siendo madres, convirtiéndose ésta problemática en un desafío para la sociedad de toda América latina.

No obstante en algunos países se utiliza la tasa de fecundidad de adolescente como un indicador de los embarazos tempranos, existiendo un primer grupo de países en los que sus valores son sustancialmente elevados (por encima de 101 nacimientos por cada mil mujeres, entre 15 -19 años); representando entre un 15 - 25% de las adolescentes, excepto Costa Rica, República Dominicana, Jamaica y Belice.

“La elevada frecuencia de embarazos tempranos en esos países es parte de un patrón tradicional de uniones y relaciones sexuales iniciadas a temprana edad. De hecho, en estos países, entre un 3% y un 6% de las mujeres tienen sus hijos antes de los 15 años; cifra que alcanza cerca de un 10% en mujeres sin escolaridad, lo que las expone a riesgo de muerte mucho más alto, tanto para ellas como para sus hijos.”<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Castillo JC. Latinoamérica es la tercera región con mayor tasa de fertilidad adolescente. Diario Colatino 2013 diciembre 13; Sec. Internacionales: 3

<sup>4</sup>Alta tasa de embarazos adolescentes en América Latina. ; [base de datos en internet]. Argentina: Iniguazú noticias; 4 de enero de 2014; [5 de marzo de 2014]. <http://iguazunoticias.com/v2011beta/2014/01/alta-tasa-de-embarazos-adolescentes-en-america-latina/>

La proporción de Recién Nacido hijo de una madre menor de 19 años ha continuado aumentando o bien se mantiene estable en la mayoría de los países de la región de las Américas, con consecuencias negativas para las y los adolescentes que asumen precozmente la maternidad – paternidad, como para la sociedad.

En El Salvador se puede mencionar que aproximadamente la quinta parte de la población está constituida por adolescentes, siendo la tasa de embarazos para éste grupo de la población una de las más elevadas de América Latina, antes de cumplir los 20 años, el 41.6% de las mujeres salvadoreñas ya han tenido su primer hijo. La tasa de fecundidad para las mujeres entre 15 y 19 años fue en 1997 de 95 por cada mil nacimientos.

“De una población de mil adolescentes, 116 quedan embarazadas cada año, ésta cifra es demasiado elevada para el país, así mismo el 29 por ciento de los embarazos ocurrió cuando la mujer pensaba que no podía salir embarazada, proporción que resulta ser el doble en el embarazo que se clasifica como marital (41.2 contra el 20.2 por ciento), y desciende del 39 por ciento entre las que tenían menos de 15 años cuando quedaron embarazadas, al 24.2 por ciento entre las que tenían de 20 a 24 años”.<sup>5</sup>

En estudios anteriores se puede mencionar que la mayoría de las adolescentes embarazadas tiene entre 14 y 16 años de edad, encontrándose en clasificación de adolescentes en edad media y muchas de ellas con bajo nivel educativo,

---

<sup>5</sup>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La adolescencia El Salvador: Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Informe técnico. San Salvador: MSPAS; 2011.

“esta incidencia se le atribuye según estudios realizados por la falta de educación sexual y el inicio temprano de la actividad sexual”.<sup>6</sup>

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, publicó en el artículo llamado Naciones Unidas, un pacto nacional por la educación de las niñas donde El Salvador ha logrado incrementar la cobertura en educación básica de las niñas al pasar de un 86% en el año 2000 al 93% en 2012, mientras que en la educación media se pasó del 43% de cobertura para las niñas al 64%. Asimismo, se ha logrado mantener una tasa de paridad de género favorable a las niñas en la educación básica y media. Según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples, más de 56 mil niñas de 4 a 17 años nunca han asistido a la escuela y casi 87 mil entre 12 y 18 años no estudian ni trabajan. Además, el censo escolar del año 2010, registró más de 40 mil casos de deserción escolar de niñas e identificó como las principales causas de esta, la inseguridad en el entorno escolar, el trabajo doméstico, las dificultades económicas de sus familias, el bajo rendimiento académico, la negativa de sus padres, el embarazo adolescente y la disfuncionalidad familiar.

Según la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 2008 (FESAL-2008), en relación a la información en Salud sexual y Reproductiva, el porcentaje de adolescentes que recibieron información en los últimos 6 meses fue más alto en el tema de valores con 82.5%, más bajo en el tema de género con 61.4% de los/las adolescentes. Sobre el Ministerio de Educación de la República de El Salvador (MINED) se encontró que el porcentaje de adolescentes que recibieron información sobre el tema de derechos del 30.6% de los adolescentes y del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL), se encontró que la planificación familiar fue el tema más bajo con sólo 9.3% de los/las adolescentes. Sobre el conocimiento de derechos de salud reproductiva, 79.5%

---

<sup>6</sup>Herrera B, Flores R. MINSAL. preocupado por alto índice de embarazos en adolescentes. Prensa gráfica 2013 mayo 10; Sec. Salud.

de los adolescentes tenían conocimientos sobre el derecho a decidir o cuándo casarse.

Así mismo en relación al inicio de las relaciones sexo coitales, se observó cómo 3% del grupo de 10-14 años y 40.8% del grupo de 15-19 años habían tenido una relación sexo coital. La edad promedio de la primera relación en las adolescentes mujeres se situaba entre 14.8 años mientras que en los hombres estaba en los 15.9 años.

El 12.5% de las adolescentes y el 8.7% de los adolescentes (entre 10-19 años) no sabían cómo prevenir el embarazo. Entre las adolescentes mujeres sexualmente activas, 38% usaban anticonceptivos y 51.2% de los adolescentes hombres los usaban. Las razones para que los/las adolescentes no usasen anticonceptivos eran que: no piensan sobre este tema y no están preparados.

Sin embargo Ronald Miterrand Ruiz editor de la prensa gráfica, escribió un artículo en el cual El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) presentó el Estado Mundial de la Infancia 2011: En El Salvador, la mayor causa de desintegración familiar es la maternidad o paternidad irresponsable con un 66.3%, seguido de razones migratorias y muerte con un 43%, según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) que cita UNICEF en el informe. El creciente fenómeno de la migración provoca la desintegración de aquellos hogares en los que el padre, la madre o ambos, deciden dejar a sus hijos en la búsqueda de un mejor futuro para ellos.

Miles de salvadoreños emigraron durante la década de los setenta y ochenta a causa del conflicto armado. Sin embargo la migración es principalmente una alternativa para salvar la economía familiar, la cual se ve reducida hasta en un 10% en cuanto a niveles de pobreza como revela el estudio “Migración Internacional, Niñez y Adolescencia en El Salvador” realizado por el Ministerio de Relaciones Exteriores en 2011.



El sacrificio de muchos padres se origina a partir de las opciones de trabajo que se ofrecen en el exterior en comparación con El Salvador, donde la tasa de desempleo asciende al 7.1%, según datos proporcionados por el Ministerio de Trabajo en febrero de 2012.

La búsqueda del sueño americano repercute en el aumento de ingresos en hogares de niños o adolescentes con padres migrantes. Sin embargo, una de las consecuencias de esta migración masiva es que los menores presentan en muchos casos carencias de cariño y estabilidad emocional debido a que en un 56% quedan a cargo de la mamá y en segundo lugar con el 34% con la abuela, contribuyendo a que las adolescentes busquen cariño y estabilidad emocional en otras personas, siendo este uno de los factores de inicio de relaciones sexuales prematuras y en consecuencia un embarazo precoz.

La Unidad de Información Monitoreo y Evaluación del Ministerio de salud reportó que “las inscripciones prenatales de mujeres adolescentes entre las edades de 10 a 19 años durante los años 2005-06 fueron de 57,644, para el año 2007 fueron un total de 29,847 inscripciones, en el 2008 se registró un total de 30,786 y para el 2009 se registraron un total de 24,352 inscripciones”.<sup>7</sup>

En el 2013 “la tasa de embarazos en adolescentes fue de 89 por cada 100,000 mujeres entre 15 y 19 años en comparación con el promedio mundial que es de 77”.<sup>8</sup> Siendo así, el país que ocupa el segundo lugar en Centroamérica con más casos de mujeres adolescentes embarazadas; esto refleja que solo “durante los años 2005 y 2011 el número de partos en adolescentes entre los 15 y 19 años de edad pasó de 20 mil a 23 mil casos y en el caso de niñas entre 10 y 14 años de edad los partos subieron de 1041 a 1176”.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup>Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación. San Salvador: MSPAS; 2010.

<sup>8</sup>Herrera B, Flores R. MINSAL preocupado por alto índice de embarazos en adolescentes: Prensa gráfica 2013 mayo 10; Sec. Salud.

<sup>9</sup>Carías P. Niñas madres. El faro, Periódico digital. Publicado el 28 de enero de 2013 [acceso 12 de junio de 2013] Disponible en: <http://www.elfaro.net/es/201301/noticias/10819/>

Durante éste mismo año, “el Hospital de Maternidad, hasta junio, atendió 5,563 mujeres y de ellas 73 son jóvenes de 10 a 14 años y 1,486 entre 15 y 19.”<sup>10</sup>

Se dice que 3 de cada 10 atenciones prenatales registradas por el sistema de salud (32 %) corresponden a menores de 19 años, un parámetro en los últimos 10 años en El Salvador. “Durante 2012, los departamentos que registraron más casos fueron San Salvador, Usulután, La Paz, La Libertad y Santa Ana.”<sup>11</sup>

Según registro de La Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto, reportó un total de 109 Inscripciones de embarazo más controles maternos en adolescentes de 10 a 19 años de edad en un periodo de Enero a Junio del 2013.

## **B. Situación Problemática.**

La Ex-Ministra de Salud, Dra. María Isabel Rodríguez, expresó que el Ministerio de Salud (MINSAL) está preocupado por el alto índice de adolescentes embarazadas que registra el país. Datos del MINSAL consignan que en el 2013 la tasa de embarazos en adolescentes fue de 89 por cada 100,000 mujeres entre 15 y 19 años también dijo que es una cifra altísima si se compara con el promedio mundial que es de 77. "Estamos preocupados por los embarazos tempranos, estamos convencidos que se necesita más atención en salud sexual reproductiva".<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Avelar. L.M. En El Salvador cada 30 minutos una adolescente da a luz. La Prensa Gráfica. Publicado el 30 de octubre de 2013 [acceso el 16 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.laprensagrafica.com/2013/10/30/en-el-salvador-cada-30-minutos-una-adolescente-da-a-luz>.

<sup>11</sup> Sosa. B. Catalogan de epidemia embarazos de adolescentes. La Prensa Gráfica. Publicado en el 13 de diciembre de 2013 [acceso el 16 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.laprensagrafica.com/2013/12/13/catalogan-de-epidemia-embarazos-en-adolescentes>

<sup>12</sup> Herrera B, Flores R. MINSAL preocupado por alto índice de embarazos en adolescentes: Prensa gráfica 2013 mayo 10; Sec. Salud.

De acuerdo con la funcionaria, el país ocupa el segundo lugar en Centroamérica con más casos de adolescentes embarazadas, y que además existe una tendencia al aumento en los últimos años.

Lo antes planteado indica que existe preocupación por parte de las autoridades del MINSAL, respecto a los embarazos en adolescentes, como un problema que afecta a toda la población salvadoreña, ya que siendo un país geográficamente pequeño está dentro de la lista de países con altos índices de embarazos, lo que al país le genera gastos exorbitantes, siendo el Ministerio de Salud el segundo ente con el mayor presupuesto del Estado Salvadoreño.

“Hoy en día el embarazo en adolescentes constituye una causa frecuente de consultas en centros hospitalarios y unidades de salud registrándose un 23.4% de embarazos solo en mujeres entre las edades de 10 a 19 años, constituyéndose un problema de salud pública siendo el mayor daño bio-psicosocial de alta morbimortalidad materna”.<sup>13</sup>

Entre los factores que contribuyen acrecentar esta problemática se encuentra la disfuncionalidad familiar, problema común debido a múltiples causas entre ellos alcoholismo, infidelidad de uno de los progenitores, violencia intrafamiliar, la migración tanto interna como externa debido a los problemas económicos de la sociedad salvadoreña, dejando a estos niños y niñas bajo el cuidado de uno de los progenitores, tíos, abuelos, o personas que los progenitores consideran de confianza, creando una barrera de comunicación y afecto de los padres hacia los hijos y viceversa, buscando llenar estos vacíos en otras personas ajenas a su núcleo familiar, este factor en la actualidad sigue siendo una influencia para el desarrollo social de los adolescentes, dando pauta a la toma de decisiones

---

<sup>13</sup>Carías P. Niñas madres. El faro, Periódico digital. Publicado el 28 de enero de 2013 [acceso 12 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.elfaro.net/es/201301/noticias/10819/>

no acertadas en las diferentes situaciones tanto a nivel familiar e individual y estos últimos pueden estar relacionadas con su salud sexual y reproductiva.

Así mismo el bajo nivel educativo en éste componente podría ser uno de los factores que contribuyen de manera negativa en las adolescentes, de tal forma que esto no le permite tener la madurez necesaria para poder adoptar medidas de prevención efectiva del embarazo. Además de adquirir comportamientos de riesgo como los son el inicio de las relaciones sexo coitales sin protección, consumos de bebidas alcohólicas, todo esto debido a la falta o al poco conocimiento.

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 que no ha recibido educación al respecto, 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, y estos en la mayoría de casos tiene como base la disfuncionalidad familiar.

Es por ello, que toda persona desde temprana edad, tiene derecho a recibir información y educación. Esto implica tener acceso a información completa, científica y actualizada sobre los diferentes aspectos de la sexualidad, salud sexual y reproductiva, para que las personas puedan asumir con responsabilidad las consecuencias de su conducta.

Actualmente, el estado salvadoreño ofrece educación pública gratuita desde parvularia hasta secundaria. Muchos de los problemas que afectan directamente la cobertura y la calidad de la educación que reciben las niñas y los niños en El Salvador tienen relación directa con el analfabetismo y los bajos niveles educativos de sus familias, una relación que se da sobre todo en las zonas rurales. Aunque casi un 95% de la población infantil salvadoreña de 7 a 15 años recibe una educación primaria hay un escaso 33,3% accede a la educación media, que va de los 16 a los 18 años.

Es importante referir que a pesar de vivir en pleno siglo XXI, todavía existen mitos y creencias que se han venido transmitiendo de generación en generación, influyendo algunos de éstos en forma negativa en la población adolescentes obteniendo como resultado los embarazos en esta población que no ha logrado un conocimiento amplio de la sexualidad y que en muchas ocasiones no buscan la información debida, incidiendo en la persistencia de pensamientos erróneos.

La familia es uno de los agentes principales en la transmisión de los mitos debido a que son éstas las que brindan información inapropiada por el bajo o poco conocimiento científico sobre la sexualidad y reproducción, dando a los jóvenes la pauta de practicar conductas inadecuadas que pongan en riesgo el bienestar de éstos, aumentando así las probabilidades de una maternidad y paternidad precoz.

En El Salvador, así como en otros países, la educación sexual sigue siendo una de las grandes temáticas la cual a pesar de su importancia no ha tenido su inserción en el sistema educativo nacional y por diversos motivos se sigue considerando como un tabú y si a ésta se le agrega la facilidad por parte del joven o señorita para tener acceso a internet, donde en algunos de los casos la información que obtienen no es fidedigna, creando falsas creencias en relación a la sexualidad y reproducción, problema que en la actualidad aun forma parte

del desarrollo social de los adolescentes por la obtención de conocimientos inapropiados.

En relación a la fecundidad en adolescentes es más alta en países en desarrollo y entre clases sociales menos desfavorecidas, siendo un fenómeno transitorio que de mejorarse las condiciones, podría descender, por lo tanto los padres de familias, maestros y otros adultos incluyendo el personal de salud que tiene contacto directo con los adolescentes influyen en el desarrollo físico y psicosocial y juegan un papel importante en la discusión de temas de salud sexual y reproductiva, así como en el abordaje de la violencia, abuso y violación.

Esto indica que “todas las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a que se les brinde información y que se les vincule a programas de prevención de embarazos no deseados, maltrato, abusos y todo lo relacionado con el ejercicio de su sexualidad.”<sup>14</sup>

Según el MINSAL El Salvador cuenta con incremento de embarazos en adolescentes, por lo que preocupa a las autoridades del Ministerio de Salud, aunque se ha realizado estudios anteriores sobre el comportamiento de dicho problema aún no se ha podido disminuir los índices por lo que se retoma dicho tema como grupo investigador para determinar cuáles son los factores socioculturales que se relaciona con los embarazos en las adolescentes, de ésta manera se delimita el problema y se decide para el estudio la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto .

La Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada de San Jacinto, brinda atención integral materna a parte de la población de los Municipios de Olocuilta,

---

<sup>14</sup> Alianza para la salud sexual y reproductiva en El Salvador [sede Web]. San Salvador: institución de organizaciones organizadas; [15de Abril del 2014]. Derecho a la información y educación sexual. [http://alianzassr.org/derechos\\_sub04.php](http://alianzassr.org/derechos_sub04.php).

Santiago Texacuangos, Santo Tomas, San Marcos, Planes de Renderos, Panchimalco entre otros; de las cuales según los registros de inscripciones de control prenatal de adolescentes se registran desde enero a junio del 2014 un total de 395 Inscripciones de embarazo más controles maternos en adolescentes de 10 a 19 años; es por ello que se necesita conocer y ampliar si existe una relación entre los factores socioculturales y el embarazo en estas edades, lo que constituye un problema tanto para la familia, como para la propia persona que lo presenta debido a que muchas veces las adolescentes no están preparadas física, psicológica y económicamente para asumir la responsabilidad de un recién nacido.

### **C. Formulación del problema**

¿Qué relación existe entre los factores Socioculturales y el embarazo en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto, departamento de San Salvador, de Septiembre a Octubre 2014?

## **D. JUSTIFICACION**

El embarazo en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública, importante no solo a nivel nacional sino también a nivel internacional, básicamente se ha determinado un aumento considerable en su prevalencia y se presenta en todos los estratos sociales.

La adolescente debe adaptarse a la sociedad en su nuevo estilo de vida siendo muy difícil enfrentarla debido que sus condiciones pueden cambiar en su entorno.

En El Salvador, la educación sexual puede ir creando en las adolescentes posibilidades de adopciones de actitudes críticas y maduras.

Es así como la perspectiva integral en la educación para la sexualidad puede ser capaz de cambiar formas de riesgo en el comportamiento de los jóvenes, además está diseñada para dar información, y abolir las distorsiones y las confusiones que existen en el ambiente de las adolescentes y a la vez fomentar actitudes y valores de respeto hacia los demás, así como también la responsabilidad de esta.

El embarazo en la adolescencia constituye un problema social y es una situación de interés en salud, educación y por todas aquellas entidades que trabajan por la población adolescente, la magnitud del problema es considerable sobre todo en el país ya que las tasas de fecundidad son muy elevada, la cual va creciendo día a día. La mayoría de las adolescentes embarazadas son muy jóvenes, agregando que son madres solteras y sin ningún empleo digno para satisfacer las necesidades de ella y de su hijo por la falta de la culminación de sus estudios, ya que muchas veces se interrumpen por el embarazo. Por ello fue de gran interés realizar la investigación retomando los distintos factores socioculturales que podrían estar relacionados con el embarazo en las adolescentes, ampliando los conocimientos para que las



autoridades respectivas realicen estrategias para aumentar la cobertura intramural y extramural respecto a la salud sexual y reproductiva en las adolescentes.

El presente documento servirá como base para futuras investigaciones; así mismo el estudio beneficiará a las adolescentes que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar “Dr. Mauricio Sol Nerio” a través de la determinación de los factores socioculturales que se relacionan con el embarazo, para que las jóvenes y las autoridades de la Unidad de Salud conozcan la situación en forma más integral y con base en los resultados, planteen líneas de acción y estrategias en el Plan Anual Operativo (PAO); para modificar el comportamiento de las variables en estudio.

Para la realización de ésta investigación se contó con los recursos económicos y humanos necesarios siendo éste de bajo costo, además con la disponibilidad de una docente que proporcione asesoría técnico metodológica así como del grupo investigador, también se obtuvo la información necesaria en libros, revistas medios electrónicos entre otros, sobre dicha problemática. Así mismo se realizaron las coordinaciones con las autoridades respectivas de la Institución para obtener su aval, de ésta forma el personal de la Unidad de Salud proporcionó el apoyo necesario en la ejecución de la investigación, se contó con el apoyo de las adolescentes que reunieron los criterios de elegibilidad para el desarrollo del estudio.

## **E. OBJETIVOS**

### **1. OBJETIVOS GENERAL**

Determinar los factores Socioculturales que se relacionan con el embarazo en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto, Departamento de San Salvador, de Septiembre a Octubre 2014.

### **2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 2.1. Identificar si la disfuncionalidad de las familias es un factor que se relaciona con el embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.
- 2.2. Indagar si el nivel educativo y de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva están relacionados con el embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.
- 2.3. Indagar si la adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso está relacionado con el embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.
- 2.4. Identificar si las creencias y mitos se relacionan con el embarazo en las adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### **Factores Socioculturales**

##### **A. Factores sociales.**

Son aquellos que influyen en el comportamiento de las personas y que condicionan la formación de estilos de vida ya sea en negativos o positivos, a partir de la interrelación de la familia y amigos.

Existen diversos factores sociales que se podrían relacionar con el embarazo en adolescentes, dentro de estos se pueden mencionar los siguientes:

1. Nivel educativo de los y las adolescente
2. Disfuncionalidad familiar.
3. Conocimientos sobre Salud Sexual y Reproductiva.
4. Uso de los métodos de planificación familiar.
5. Alguna información negativa de medios de comunicación
6. Influencia de amigas y amigos
7. Comunicación limitada entre padres e hijos

##### **B. Nivel educativo**

La educación es un proceso multidireccional de transferencia cultural para poder transmitir una serie de valores y conocimientos, que facilita el enriquecimiento personal y ayuda a interactuar con el mundo exterior. Es muy ventajosa a nivel personal, ya que mediante la educación se dota a las personas de estrategias y herramientas necesarias para fortalecer las características propias de cada uno, facilitando la integración en la sociedad.

La educación en el país cuenta con los siguientes niveles:

## **1. Nivel de Educación Básica**

Según la constitución política de el salvador, la educación básica es obligatoria, gratuita, cuando la imparta el estado. Comprende regular mente nueve años de estudio del primer al noveno grado y se organiza en tres ciclos de tres años cada uno, iniciándose a los siete años de edad.

Enfatiza en el desarrollo de las estructuras y habilidades intelectuales que permiten el aprendizaje continuo, más que en la adquisición de información.

Promueve el desarrollo de la personalidad y de los valores básicos para la realización e identidad personal y social.

## **2. Nivel de Educación Media**

Ofrece la formación en dos modalidades educativas: General y Técnico Vocacional, ambas permiten continuar con estudios superiores o incorporarse a la actividad laboral. Esta educación culmina con el grado de Bachiller. El Bachillerato General tiene una duración de dos años de estudio y el Técnico Vocacional de tres. El Bachillerato Nocturno tiene una duración de tres y cuatro años respectivamente.

## **3. Nivel de Educación Superior**

Constituye a la cúspide del sistema educativo nacional y representa la más alta aspiración de formación científica, humanística y tecnológica, dentro de la educación formal.

Por su naturaleza, es fuente de orientación para la vida nacional en todas sus esferas, considerando los desafíos que plantean una necesidad en continua transformación.

Tiene como propósito la formación de profesionales en todas las áreas con el fin de contribuir desarrollo y crecimiento económico, cultural y social, a través

de la ciencia y la tecnología orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población. Formar profesionales competentes con vocación y principios morales.

### **C. Disfuncionalidad familiar.**

“La familia es la base fundamental de la sociedad”<sup>15</sup>

La disfuncionalidad familiar es el rompimiento de la unidad en la familia, lo que significa que uno o más miembros dejan de desempeñar adecuadamente sus obligaciones o deberes.

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.

#### **1. Disfuncionalidad paterna y materna**

Ser padres es una función que se expresa mediante roles en el seno de la familia y que tiene efectos en lo social. Se caracteriza por su interdependencia con los otros roles familiares. En éste sentido es importante no desconocer la función materna que, siendo complementaria con la del padre, la inaugura y conviene que la sostenga ante el hijo.

La disfunción paterna y materna es particularmente grave cuando los hijos están transitando la pubertad y la adolescencia, con cambios psicofísicos que para el sujeto son turbulentos y dolorosos ya que está en juego la configuración de la identidad definitiva en el pasaje a la vida adulta. Cuanto más orientado transita el individuo por ésta etapa, mayores posibilidades tendrá de ingresar a una adultez sana.

---

<sup>15</sup> Constitución de la República de El Salvador, Diario Oficial, N° 217, (20-11-1991).

## **2. Factores que influyen en la disfuncionalidad familiar.**

La disfuncionalidad familiar proviene de muchos factores; la misma pobreza hace que los padres puedan emigrar a otros países o tanto el padre como la madre son infieles a su pareja y a la vez a su familia.

Algunos jóvenes pasan horas viendo televisión o sentados a una computadora cada uno de estos jóvenes carecen de una buena relación y comunicación fija con sus padres, a veces algunos padres no se preocupan por sus hijos ni se dan cuenta de los problemas que lleva su hijo en su vida personal.

Por esta misma causa los jóvenes buscan afecto y comunicación en otras personas y muchas veces lo que ocurre es el abuso sexualmente en los jóvenes.

También la disfuncionalidad familiar puede ser por causas económicas tales como el desempleo que es causal de la pobreza, sociales e inmorales entre ellas están el robo, abuso sexual, y embarazos en adolescentes por falta de orientación de tipo familiar, sexual.

Las jóvenes son rechazadas por su familia por estar embarazadas a corta edad; otra de las causas es también el consumo de drogas.

La disfuncionalidad familiar ocurre por fracasos escolares por el bajo rendimiento académico de los estudiantes.

Por estas y otras causas la familia necesita fomentar los valores que hace y permite la convivencia social que necesitan los valores tales como el respeto, amor, comprensión, justicia, equidad, entre otros.

Algunas de las causas de disfuncionalidad familiar:

- Infidelidades tanto del padre como la madre
- Falta de comunicación familiar

- Violencia domestica familiar
- Abuso sexual
- Embarazos en adolescentes por falta de orientación
- Falta de amor, comprensión
- Falta de valores morales

Las consecuencias negativas relacionadas a la desintegración familiar son notablemente más graves y evidentes en los adolescentes por que la ausencia de uno o ambos progenitores genera carencias afectivas que las jóvenes no saben resolver, impulsándolas a buscar el afecto en otras personas, esto podría conllevar al inicio de las relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto y puede predisponer a una relación sexual prematura además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar hostil por la violencia, el alcoholismo, la amenaza de incesto por lo que la adolescente trata de conseguir una pareja que la acompañe y le ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia de su pareja.

### **3. Clases sociales.**

Forma de nivel social en la cual un grupo de individuos comparten una característica o situación que los asocia socioeconómicamente es decir, su posición social o el poder adquisitivo que disponen esta se divide en: clase alta, clase media la cual a su vez se subdivide en clase media alta y media baja, y la clase baja el cual presentan intereses comunes.

#### **3.1. Características de las clases sociales.**

Clase social baja: se caracteriza por cierto nivel de pobreza, por el poco o nulo poder adquisitivo, la carencia está presente en aspectos que tienen que ver con

cubrir las necesidades básicas en el hogar de las personas, hay poco acceso a la vivienda, no tiene las mismas oportunidades de desarrollo escolar y laboral.

Clase social media baja: Esta clase social se caracteriza por que su poder adquisitivo es mayor al de la clase social baja, poseen el salario mínimo pero tiene la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas sin ningún problema, logran tener una escolaridad.

Clase social media alta: Su característica principal es una cuenta bancaria amplia, además tienen negocios propios generando así sus ingresos, logran satisfacer las necesidades básicas de una manera fácil y tienen un nivel educativo amplio.

#### **D. Conocimientos sobre Salud sexual y reproductiva.**

##### **1. Definición de conocimiento.**

“El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.”<sup>16</sup> Trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

##### **2. Definición de salud.**

“Estado de completo bienestar físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad.”<sup>17</sup>

##### **3. Definición de salud sexual.**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad." <sup>18</sup>

---

<sup>16</sup>Definición.com [Acceso el 22 de marzo de 2014] Disponible en: <http://definicion.de/conocimiento/>

<sup>17</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas Frecuentes. San Salvador. Editorial Universitaria; 2014.



La Organización Mundial de La Salud (OMS) asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia." <sup>19</sup>

En conclusión ambos organismos consideran que para lograr y mantener la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas y que sean capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos en la que no es obligatoria la procreación, pues la sexualidad en sí misma es una forma de comunicación, convivencia y/o amor entre las personas.

#### **4. Derechos sexuales.**

En el marco de los derechos humanos, los derechos sexuales, incluyen los derechos de todas las personas a: decidir de manera libre y responsable sobre todos los aspectos de su sexualidad, incluyendo en promover y proteger su salud sexual; libre de discriminación, coacción o violencia de su vida sexual y en todas sus decisiones sexuales, esperar, exigir igualdad, consentimiento completo, respeto mutuo y responsabilidad compartida en las relaciones sexuales.<sup>20</sup>

#### **5. Definición de Salud Reproductiva.**

La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia.

En ésta última condición "está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a

---

<sup>18</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS). Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción, 9-22 Mayo 2000, [Actualizada el 28 de enero del 2013; acceso 29 de Mayo de 2013 ]

<sup>19</sup> Organización Panamericana de la Salud. Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe. Serie OPS/FNUAP No. 1

<sup>20</sup> Política de Salud Sexual y Reproductiva, República de El Salvador en la América Central. Diario Oficial N°149, (15-08-2012)

métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, accesibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y de dar a luz de forma segura.”<sup>21</sup>

## **6. Derechos reproductivos.**

Los derechos reproductivos incluyen los derechos individuales y de las parejas a: decidir libre y responsablemente el procrear o no, el número de hijos/as, el momento de tenerlos, a que intervalo hacerlo, con quien y tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coacción y violencia. Tener la información, educación para alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva.<sup>22</sup>

## **7. Definición de salud sexual y reproductiva**

“Es el goce pleno de salud de la persona humana en su integridad física, mental y social, en el área de su sexualidad y en los eventos reproductivos. Esto no sólo significa ausencia de enfermedades, sino tener una vida sexual sana, sin riesgos, que permita una adecuada estructuración de proyectos de vida, planificación del futuro, responsabilidad social con dimensiones éticas, de justicia, equidad, respeto a la autodeterminación sobre la sexualidad, el cuerpo, la natalidad, el derecho a la información sobre todos los eventos involucrados, características, consecuencias, métodos de planificación familiar, acceso a servicios de atención integral y todas las acciones que garanticen embarazos y partos sin riesgos y

---

<sup>21</sup> Morales Arteaga. M. A. Salud Reproductiva. Definición de salud reproductiva. Publicado el 29 de octubre de 2009. [acceso el 15 de Abril de 2014]. Disponible en: <http://www.saludreproductiva.org/?tag=salud-reproductiva>

<sup>22</sup> Política de Salud Sexual y Reproductiva, República de El Salvador en la América Central. Diario Oficial N°149, (15-08-2012)

aseguren a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”.<sup>23</sup>

En El Salvador se han llegado a implementar servicios, programas y políticas a nivel gubernamental, tal es el caso de la creación de la Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza” en el gobierno del Sr. Carlos Mauricio Funes Cartagena la que contiene 25 estrategias entre estas la número 15 relacionada a salud sexual y reproductiva en el cual menciona que se debe establecer coordinación con el programas de Ciudad Mujer.

## **E. Adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso.**

### **1. Definición de los métodos anticonceptivos temporales.**

Son aquellos métodos que brindan protección anticonceptiva únicamente mientras la pareja los utiliza; entre ellos se encuentran los métodos hormonales, los métodos de barrera y los métodos naturales, estos métodos son convenientes para las personas que quieren esperar, espaciar o limitar los embarazos. El objetivo de los métodos temporales es servir durante un periodo específico de tiempo; una vez suspendido el uso, existe la posibilidad de embarazo

### **2. Definición de adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso.**

Al hablar de adopción en relación a la planificación familiar se hace referencia a la práctica y aceptación de los diversos métodos temporales, tomando en cuenta que esto tiene como meta el prevenir los embarazos no planeados.

---

<sup>23</sup>Guillen del Maldonado, R. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Imbiomedic [Revista en internet]. 2001. [Acceso el 18 de abril de 2014]; LXVI (118-119): 103-109. Disponible en: [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=7635&id\\_seccion=825&id\\_ejemplar=797&id\\_revista=19](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=7635&id_seccion=825&id_ejemplar=797&id_revista=19)

El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite a la adolescente tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada.

### **3. Clasificación y uso de los métodos temporales de planificación familiar**

Los métodos se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales y definitivos. Los temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se les emplea. Si la pareja desea tener más hijos, la mujer puede embarazarse al suspender su uso. Los definitivos evitan el embarazo de manera permanente y se recurre a ellos cuando la pareja tiene la paridad satisfecha.

Los métodos pueden estar basados en tecnologías o en conductas como la abstinencia periódica. Los métodos basados en tecnologías pueden ser hormonales cuando contienen hormonas semejantes a las que produce el ovario (derivados de estrógenos y progesterona), como las píldoras, inyecciones, parches o implantes y los no hormonales cuando consisten en un dispositivo como el condón que es un método de barrera, los óvulos y el dispositivo intrauterino que es la T de cobre y que son transitorios, para usarlos por el tiempo en que se quiere evitar el embarazo, o definitivos como la esterilización femenina que es la ligadura de las trompas o masculina que es la vasectomía que pueden usar quienes han completado su familia. La mayoría de las formas que se conocen para evitar un embarazo se han hecho para las mujeres, y ésta es una de las razones porque se cree que la única que tiene que evitar un embarazo es la mujer, aunque es claro que es responsabilidad de ambos.

El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite a la adolescente tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada y contribuye al ejercicio de los derechos

sexuales y reproductivos de las adolescentes, a mejorar y mantener el nivel de salud, muchas veces las adolescentes solicitan y utilizan algún método anticonceptivo pero no le da su uso correcto por lo que el método puede fallar ocasionando el embarazo en la adolescente.

Las tasas de fracaso anticonceptivo son mayores en las adolescentes por el poco nivel de madurez, responsabilidad y por la poca importancia que ellas les dan al uso correcto de los métodos anticonceptivos, aunque ellos pueden tener información y conocimientos suficientes sobre los métodos anticonceptivos y tener un fácil acceso a su adquisición, pero muchas adolescentes pueden sentirse avergonzadas tanto para preguntar como para comprar anticonceptivos, se puede mencionar que la sociedad no habla libremente de los órganos sexuales, y los prejuicios respecto al sexo, la sexualidad, y métodos de planificación familiar hacen que las personas tengan más dificultades de informarse, haciéndose más propicia la generación de mitos.

## **F. Adolescencia.**

“Adolescencia proviene de la palabra en latín *adolescere*, y es el periodo de la vida posterior a la niñez y transcurre desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad (10-12 años en los seres humanos) hasta el desarrollo completo del cuerpo o del organismo y el comienzo de la edad adulta (19-20 años aproximadamente algunos psicólogos, médicos y científicos actualmente aumentan este intervalo hasta los 25 años).”<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Significados. Definiciones y conceptos. [Acceso el 18 de abril de 2014] disponible en: <http://www.significados.info/adolescencia/>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa que va entre los 10 a los 19 años, y considera dos fases: la adolescencia temprana, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la adolescencia tardía, de los 15 a los 19 años. Sin embargo, la condición de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere.

En el área afectivo-social el adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y, además, dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de Valores.

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

### **1. Temprana: (10- 13 años)**

La adolescencia temprana es un período de muchos cambios físicos, mentales, emocionales y sociales. Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico entre otros).

### **2. Media: (14-17 años)**

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus parejas, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

### **3. Tardía: (De 18 a 19 años)**

Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual. Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien tiene mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño.

Los jóvenes en la actualidad se enfrentan a un problema: la sociedad y grupos sociales en los que conviven, los cuales los llevan a tomar decisiones que repercuten en su juventud arrastrándolos al uso de drogas, pandillerismo y embarazos en adolescentes.

La relación entre la conducta sexual del adolescente y otras preocupaciones más amplias son claras. Los estudios demuestran que las conductas de riesgo tienen factores comunes interrelacionados.

Es por eso que se debe pensar en primera instancia que la capacidad de crear situaciones compatibles con la auto preservación y con la autoprotección de la salud y a la inversa de generar situaciones de riesgo para ellos suele sustentarse en tres grandes pilares, por un lado, el deseo propio del individuo adolescente de oponerse a todo aquello que llega como indicación, de un

mundo adulto autoritario y lejano , y por otro lado el deseo de formar parte de un grupo, con sus propios códigos, reglas y obviamente conductas de riesgo. En tercer lugar un enorme desconocimiento de los riesgos, íntimamente mezclados con el pensamiento mágico propio de la edad donde los riesgos quedan automáticamente excluidos.

### **G. Teoría del Déficit de autocuidado según Dorotea Orem**

Dorotea Orem en su teoría refiere que “El auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal y conservar su bienestar”.<sup>25</sup>

La teorista plantea requisitos que condicionan las necesidades en las diferentes formas de autocuidado dentro de los cuales menciona las necesidades universales y de desarrollo, estas últimas se asocian a los procesos humanos de desarrollo y a sucesos que ocurren a través del ciclo vital, en el cual las adolescentes en la actualidad no conocen ese instinto de auto cuidado y perspectiva, no han logrado manejar aquellos factores internos y externos que se ven influenciados en su vida, dando lugar a aquellas situaciones que ponen en riesgo su bienestar tanto físico o psíquico, como es el embarazo a temprana edad momento en que no se cuenta con la solvencia para poder desempeñar un rol que requiere de altos compromisos. Es importante mencionar que estas conductas de auto cuidado pueden estar influenciadas por la familias, escuela e incluso amigos.

---

<sup>25</sup>E. Orem. D, teoría del auto cuidado [base de datos de internet]: galeón.com, [28 de abril del 2014]. Disponible en: <http://ambitoenfermeria.galeon.com/dorothea.html>



Es así como cada uno de ellos adopta los hábitos con los que ha sido influenciado por el mismo entorno, desarrollando las conductas que considera aptas para él y para su mismo medio. De ahí que el auto cuidado es una de las herramientas más importante en el desarrollo de un adolescente, debido que crea su propio agente de auto cuidado.

Además Dorotea Orem plantea tres sistemas de enfermería para el déficit de autocuidado siendo estos el sistema de enfermería totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y el educativo de soporte, en relación a los embarazos en adolescentes se toman como referencia los últimos dos sistemas mencionados anteriormente, con el fin de educar sobre la importancia en el mantenimiento de crecimiento, maduración y desarrollo normal en las adolescentes, así como la promoción y bienestar, el apoyo de los procesos físicos psicológicos y sociales y el mantenimiento de la estructura y funcionamiento humano, dentro del sistema parcialmente compensatorio es desarrollado ya en los embarazadas adolescentes para brindar conocimientos de auto cuidado durante este cambio fisiológico para poder identificar riesgos en relación a la salud de sí misma como a la del nuevo ser, en éste el personal de enfermería tiene un papel fundamental, debido a que es quien desarrolla medidas de autocuidado en los embarazos a temprana edad, además de ayudar a estas en lo que necesite en relación al bienestar del binomio madre e hijo.

## **H. Embarazo Adolescente**

Cuando se habla de adolescentes no siempre se relaciona con el concepto de embarazo conjuntamente, y en el consenso social sobre la maternidad adolescente se ha modificado con el transcurso del tiempo y los cambios sociales que han tenido lugar. De éste modo, desde hace tres décadas, éste fenómeno se ha convertido en una preocupación para varios sectores de la

sociedad básicamente urbana: desde el punto de vista de la salud por la mayor incidencia de resultados perinatales desfavorables cuando la joven lleva adelante el embarazo, o por las implicaciones del aborto, si decide interrumpirlo.

Hablar del embarazo y maternidad de adolescentes es más frecuente de lo que la sociedad quisiera aceptar, debido que es un suceso difícil que afecta la salud integral de los padres adolescentes, la de sus hijos, familiares y de la comunidad en su conjunto.

No obstante la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo. "Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias, entre estas el que las quieran sexualmente esto las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado."<sup>26</sup>

Es importante hablar que el embarazo en las adolescentes se considera de alto riesgo ya que físicamente su cuerpo no es apto para sostener una vida, y lo que es aún más preocupante que ponga en riesgo la salud de la misma adolescente debido a que durante éste periodo puede desarrollar muchas patologías.

### **1. Factores de riesgo del embarazo en la adolescente**

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

---

<sup>26</sup>Organización Panamericana de la Salud; Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe. Serie OPS/FNUAP No. 1

## 1. Psicosociales

El embarazo en la adolescencia en general obedece a una serie de causas, entre estas: psicológicas, socioculturales y familiares.

Psicológicas: en esta etapa temprana del desarrollo cognitivo, las adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz. Además el egocentrismo de la etapa las hace asumir que un embarazo precoz no les pasará.

Dentro de las causas psicológicas se mencionan:

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

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 ésta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición, es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más a su alrededor. 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.

## **I. Factores culturales.**

Los factores culturales son el conjunto de símbolos como actitudes, creencias, costumbres, mitos, hábitos que son aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra por los miembros de una sociedad, por tanto, es un factor que determina, regula y moldea la conducta humana.

Culturalmente existe una mayor tolerancia del medio a la maternidad de adolescentes, ya que las poblaciones en el área rural consideran que las mujeres deben tener a sus hijos en su juventud.

### **1. Mitos y creencias relacionados con el embarazo en adolescentes.**

La desinformación relacionada con la salud sexual y reproductiva en la población adolescente y joven incide en la persistencia de pensamientos mágicos, fantasías de esterilidad que les hace creer que al no tener relaciones sexuales frecuentes, con penetración incompleta, entre otros mitos, es otro factor determinante para el embarazo temprano.

Los mitos son historias o relatos que alteran las verdaderas cualidades de una persona o de una cosa y les da más valor del que tienen en realidad.

Y cuando se habla de creencias es todo aquella idea o pensamiento que se cree como verdad y se pueden transmitir de generación en generación.

Los mitos y creencias forman un papel fundamental en la problemática del embarazo en adolescentes ya que afecta a ésta población que aún no ha logrado un conocimiento amplio de la sexualidad y que muchas veces por temor no buscan la información debida.

Los jóvenes manejan ciertos mitos y creencias en relación al embarazo, a continuación se enuncia y se incluye la interpretación científica

- 1. Ponerse vinagre, agua caliente o un AlkaSetlzer en el ombligo evitará que una mujer quede embarazada:**

Falso. Sólo los métodos anticonceptivos tradicionales podrían evitar el embarazo.

- 2. Tener una relación sexual de pie evita el embarazo:**

La postura durante el coito no influye en las posibilidades de quedar o no embarazada.

- 3. Orinar después de las relaciones sexuales evita el embarazo:**

Falso. Orinar no expulsa los espermatozoides del cuerpo de la mujer, puesto que la uretra y el aparato reproductor no están comunicados entre sí.

- 4. Una mujer antes de los 13 años no puede quedar embarazada:**

Realidad: Una niña puede quedar embarazada durante la pubertad, cuando empieza a ovular. Esto ocurre aproximadamente entre los 9 hasta los 14 años. Muchas personas piensan que sólo se puede quedar embarazada después que se empieza a menstruar, pero en realidad la mujer ovula dos semanas antes de menstruar, entonces sí se puede quedar embarazada antes que se tenga la primera menstruación.

- 5. En la primera relación no hay riesgo de embarazo:**

Lamentablemente ésta creencia es la causa de muchos embarazos no deseados, sobre todo en adolescentes. Una vez que se haya producido la ovulación en la mujer, esta puede quedar embarazada, más aún, antes de la primera menstruación también existe ésta posibilidad ya que el óvulo se expulsa unos días antes del sangrado.

- 6. Retirar el pene antes de eyacular, evita un embarazo:**

Realidad: Durante la excitación previa a la eyaculación, el pene se humedece con el líquido pre eyaculatorio, en el cual también hay espermatozoides, por lo tanto también se puede embarazar a una mujer aunque el hombre no eyacule dentro de ella.

7. Si se tienen relaciones durante la menstruación, se puede evitar un embarazo:

Realidad: Tener relaciones durante la menstruación puede reducir el riesgo, pero no es un método seguro de evitar los embarazos, porque esto depende del ciclo menstrual de cada mujer.

8. Después de tener relaciones sexuales, una ducha vaginal evita el embarazo:

Realidad. Las duchas vaginales no son un método anticonceptivo por lo que no previenen el embarazo.

## **J. Complicaciones en el embarazo en adolescentes.**

El embarazo en la adolescente se asocia con el riesgo más alto de enfermedad y muerte para ambos la madre y el bebé.

### **1. Complicaciones obstétricas maternas**

Anemia.

Desproporción céfalo pélvica.

Parto prolongado y difícil.

Muerte.

Abortos

Perforaciones uterinas.

Hemorragias.

Infecciones.

## **2. Complicaciones fetales**

Mal formaciones congénitas.

Óbito fetal

Prematurez

## CAPITULO III

### SISTEMA DE HIPOTESIS

#### **A. Hipótesis General**

Los factores socioculturales están relacionados con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto, departamento de San Salvador, de Septiembre a Octubre 2014.

#### **B. Hipótesis específicas**

**H1.** La disfuncionalidad de las familias está relacionada con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

**H2.** El nivel educativo y de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva está relacionado con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

**H3.** La adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso están relacionados con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

**H4.** Las creencias y mitos están relacionados con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.



### **C. Hipótesis Nulas**

**Ho.1** La disfuncionalidad de las familias no está relacionada con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

**Ho.2** El nivel educativo y de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva no está relacionado con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

**Ho.3** La adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso no están relacionados con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto

**Ho.4** Las creencias y mitos no están relacionados con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

### **D. CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES.**

#### **V<sub>1</sub>Factores sociales.**

Son aquellos que influyen en el comportamiento de las personas y que condicionan la formación de estilos de vida ya sea en negativos o positivos, a partir de la interrelación de la familia y amigos.

## V2 Factores culturales.

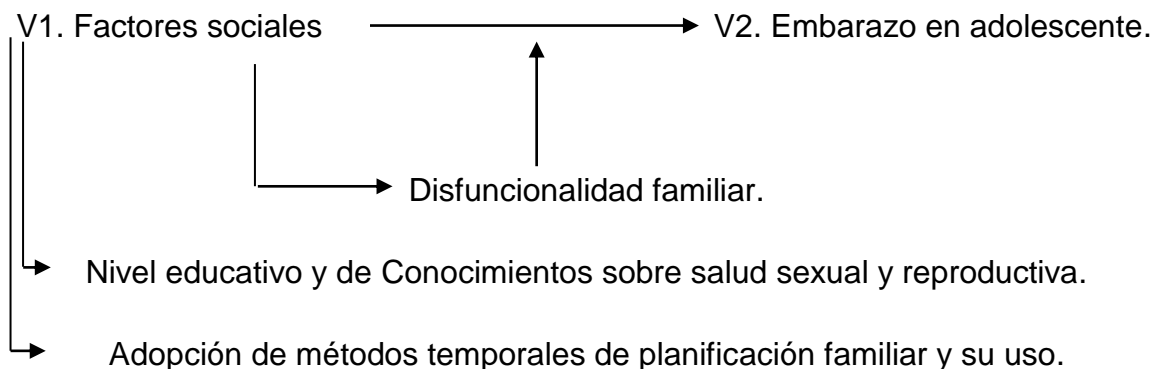
Conjunto de conocimientos y de valores que no es objeto de ninguna enseñanza y que, sin embargo todos los miembros la conocen. Refleja un tejido de significados, expectativas y comportamientos, discrepantes o convergentes, también se puede referir tanto a potenciar como restringir las posibilidades de desarrollo del individuo, que influyen en los hábitos, intereses, formas de pensar y sentir.

## V<sub>2</sub> Embarazo en adolescentes.

Es la gestación que se produce en una mujer entre la adolescencia inicial o pubertad que oscila entre las edades de 10 a 19 años.

## E. RELACION DE VARIABLES

### 1. Esquema de relación de variables



## F. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

H1. La disfuncionalidad de las familias está relacionada con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

Variables	Definición Teórica	Definición operacional	Indicadores
V1  Disfuncionalidad familiar	Son los trastornos que producen disminución en el funcionamiento de un sistema familiar	Es el rompimiento de la unidad en la familia, cuando uno o más miembros dejan de desempeñar adecuadamente sus obligaciones o deberes y existe ausencia de uno de ellos.	-Tipos de disfuncionalidad.  *Paterna.  *Materna.  *Hijos  *Ausencia de ambos progenitores.  -Factores de disfuncionalidad  *Infidelidad de uno de los progenitores.  *Inicio de relaciones sexo

			<p>coitales prematuras.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>*Discriminación familiar.</li><li>*Discriminación de género.</li><li>-Falta de comunicación</li><li>*Carencia afectiva.</li><li>-Falta de:<ul style="list-style-type: none"><li>*Confianza</li><li>*Comprensión</li><li>* Respeto</li><li>* Irresponsabilidad entre los miembros de la familia.</li></ul></li><li>-Violencia Intrafamiliar.</li><li>*Alcoholismo y drogadicción.</li></ul>
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"><li>*Sometimiento de los hijos hacia los padres.</li> <li>* Sometimiento de la adolescente a la pareja.</li> <li>*Amenaza de incesto.</li> <li>-Falta de recursos económicos.</li> <li>*Dependencia de la pareja.</li> <li>-Psicosociales.</li> <li>*Huir de un ambiente familiar difícil.</li> <li>*Agradar al novio.</li> <li>* Por curiosidad</li><li>*Por decisión propia</li> <li>*Formar su propia familia</li></ul>
--	--	--	--

**H2.** El nivel educativo y de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva está relacionado con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

<b>Variables</b>	<b>Definición Teórica</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicadores</b>
V1 Nivel educativo y de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva	<p>El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.</p> <p>La salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social. Teniendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear.</p>	Es cuando las personas poseen cognición sobre la salud sexual y reproductiva, lo que con lleva a disfrutar de una vida sexual satisfactoria decidiendo así cuando procrear o no.	<p>-Nivel de escolaridad.</p> <p>Nivel de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva</p> <p>*básico</p> <p>* medio</p> <p>*superior</p> <p>*Derecho a la información.</p> <p>-Fuente de información.</p> <p>*Medios de comunicación.</p>

			<ul style="list-style-type: none"><li>*Instituciones educativas.</li><li>*Información por parte de amigos y familiares.</li><li>-Derechos sexuales</li><li>* Decisión de adoptar métodos de planificación familiar</li><li>*Vida sexual segura</li><li>-Derechos reproductivos.</li><li>* Libertad de decidir si procrear.</li><li>*Planificar los embarazos y su frecuencia.</li></ul>
--	--	--	---

**H3.** La adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso están relacionados con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

<b>Variables</b>	<b>Definición Teórica</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicadores</b>
<p>V1</p> <p>Adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso.</p>	<p>Son aquellos métodos que brindan protección anticonceptiva únicamente mientras la pareja los utiliza, estos métodos son convenientes para las personas que quieren esperar, espaciar o limitar los embarazos. El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite a la adolescente tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada.</p>	<p>Los métodos de planificación familiar temporales pueden prevenir un embarazo si se utilizan de forma correcta y en el tiempo oportuno.</p>	<p>- Métodos de planificación familiar temporales.</p> <p>a) Naturales</p> <p>b) Barrera</p> <p>c) Inyectables</p> <p>d) Orales.</p> <p>-conocimiento sobre métodos temporales de planificación familiar.</p> <p>*Concepto.</p> <p>*Ventajas y desventajas</p>



			<ul style="list-style-type: none"><li>*Duración del método.</li><li>-Modo de uso.</li><li>*Correcto.</li><li>*Incorrecto.</li><li>-Utilización de métodos</li><li>*Tipo de método</li></ul>
--	--	--	---

**H4.** Las creencias y mitos están relacionados con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

Variables	Definición Teórica	Definición operacional	Indicadores
<p>V1</p> <p>Creencias y Mitos</p>	<p>Son historias o relatos que alteran las verdaderas cualidades de una persona o de una cosa y les da más valor del que tienen en realidad.</p> <p>La creencia es la idea que se considera verdadera y a la que se da completo crédito como cierta.</p>	<p>Es un relato oral que con el correr del tiempo, sus detalles van variando de acuerdo a la transmisión del conocimiento de generación en generación.</p> <p>Creencias son todas aquellas ideas o pensamiento que se cree como verdad y se transmiten de generación en generación</p>	<p>-Falta de información sobre salud sexual y reproductiva relacionado con los mitos.</p> <p>-Falta de información sobre salud sexual y reproductiva relacionado con las creencias.</p>

<b>Variables</b>	<b>Definición Teórica</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicadores</b>
V2.  Embarazo en adolescentes.	Es la gestación que se produce en una mujer entre las edades de 10 a 19 años donde inicia la edad fértil.	Es la fase que experimenta la adolescente de manera física y psicológicamente para engendrar y dar vida a un ser humano.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Edad</li> <li>- Inicio de relaciones sexo coitales.</li> <li>-Número de embarazos.</li> <li>-Número de hijos</li> <li>*Abortos anteriores</li> <li>-Complicaciones en el embarazo: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Materna</li> <li>* Fetal</li> </ul> </li> </ul>

## CAPITULO IV

### DISEÑO METODOLOGICO

#### A. Tipo de estudio.

Los tipos de estudio aplicados en la investigación fueron: correlacional, transversal y retrospectivo.

1. **Correlacional:** porque se realizó una valoración sobre la relación entre las variables factores socioculturales y el embarazo en las adolescentes sin pretender buscar una relación causa efecto.
2. **Transversal:** Porque permitió estudiar las variables principales de forma simultánea y en un momento determinado, siendo éste de septiembre a octubre del 2014.
3. **Retrospectivo:** porque se indagó el comportamiento de las variables factores socioculturales y su relación con el embarazo en adolescentes, en el periodo de enero a junio del año 2014.

#### B. Área de estudio.

El estudio se realizó en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto, (UCSF-E) la cual se encuentra ubicada al Oeste con la Final Avenida Los Diplomáticos, Barrio San Jacinto, San Salvador, al Este con la plaza San Jacinto, al Sur con la ex casa Presidencial, y al Norte con la Calle Darío González.

Esta Unidad Comunitaria de Salud Familiar forma parte del primer nivel de atención, en donde se presentan servicios de salud integrales de diferente complejidad, esta institución está clasificada en Unidad Comunitaria de Nivel

Especializado debido a que cuentan con la infraestructura técnica y administrativa, donde se proveen intervenciones de salud y áreas de apoyo, cuya ofertas de prestaciones incluyen: Consulta general, Emergencia, Ginecología, Pediatría, Dermatología, Neurología, Neumología, Radiología, Medicina Interna, Medicina Familiar, Psicología, Nutrición, Fisioterapia, IVAA/Crioterapia, Toma de Citología, Cono LEEP, Ultrasonografías obstétricas y ginecológicas, Ultrasonografías abdominales, Electrocardiograma, Laboratorio Clínico, Rayos X, Farmacia, Odontología, Programas preventivos: atención infantil, tamizajes neonatales, atención prenatal, planificación familiar, inmunizaciones, programa TB y PAL, Pequeña cirugías, curaciones, inyecciones e Inhaloterapia, Servicios de Atención al medio ambiente.

Esta unidad Comunitaria Especializada cuenta con los siguientes recursos humanos: una Directora, dos Médicos Pediatra, tres Médicos Ginecólogos, un Médico Neurólogo, dos Médico Dermatólogo, un Medico Neumólogo, un Médico Radiólogo, diecinueve Médicos Generales, cinco Odontólogos, un Asistente Dental, una Enfermera Supervisora Local, siete Enfermeras Comunitarias, diecisiete Auxiliar de Enfermería, seis Licenciada en Laboratorio Clínico, una psicóloga, una Fisioterapista, tres Secretarias, y el departamento de Estadística cuenta con 2 personas, además de un Supervisor Local de Saneamiento Ambiental, siete Inspectores, dos Promotores Anti dengue, el área de Farmacia cuenta con siete personas, Rayos X cuenta con dos técnicos, Servicios Generales con cuatro personas, contando así mismo con dos Motoristas, dos personal de Arsenal, y una Educadora.

## **C. Población y muestra**

### **1. Población**

La población estuvo constituida por 84 adolescentes embarazadas entre las edades de 12 a 19 años de edad que se encontraban recibiendo atención

prenatal en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto de septiembre a octubre de 2014. Es importante referir que el estudio se realizó con 64 unidades de análisis debido a que ocho embarazadas participaron en la prueba piloto y doce se rehusaron a participar en el estudio.

## **2. Muestra**

No se realizó ningún procedimiento muestral, debido a que la población era pequeña y para una mayor representatividad se tomó el total de la población en estudio.

## **D. Criterios de inclusión y exclusión**

### **1. Criterios de inclusión.**

Formaron parte del estudio aquellas adolescentes embarazadas que reunieron las siguientes características:

1. Adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad que recibieron control prenatal en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.
2. Adolescentes de 12 a 19 años embarazadas que salieron en el primer semestre del año 2014.
3. Las adolescentes embarazadas que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.

### **2. Criterios de exclusión.**

- 1 Embarazadas que no estaban entre las edades de 12 a 19 años.
- 2 Adolescentes que hubieran iniciado el embarazo antes y después del primer semestre del año 2014.

- 3 Embarazadas adolescentes que consultaron en la unidad por morbilidad y no por control prenatal.
- 4 Las adolescentes embarazadas que rehusaron participar en la investigación.
- 5 Las adolescentes que hubieren participado en la prueba piloto.

## **E. Tipo de muestreo**

Para la selección de la unidad de análisis del estudio se utilizó el muestreo no probabilístico ya que no todos los sujetos estuvieron en la misma probabilidad de ser seleccionados y fue de tipo accidental en donde se tomaron las unidades de análisis que estaban disponibles en el momento de la recolección siendo estas todas las adolescentes embarazadas que tenían programado y que asistieron al control prenatal en el periodo de septiembre a octubre 2014 en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

## **F. Métodos, técnicas e instrumentos**

### **1. MÉTODOS.**

Para el desarrollo de la investigación se aplicaron los métodos científico, lógico, análisis, síntesis y estadístico.

**1.1. Método Científico:** Porque se realizó una serie de pasos y procedimientos organizados para el proceso de la investigación, del cual se obtuvieron nuevos conocimientos que surgieron a partir de los resultados obtenidos del estudio.

**1.2. Método Lógico:** Debido a que se utilizó un conjunto de reglas y medios sistematizados que fueron empleados para identificar la

relación que existía entre los factores socioculturales y el embarazo en adolescentes de 12 a 19 años de edad que reciben control prenatal en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

**1.3. Método de Análisis:** Porque se hizo un estudio por separado de los datos obtenidos sobre las variables factores socioculturales y embarazo en adolescente de 12 a 19 años de edad.

**1.4. Método de Síntesis:** Porque se realizó un consolidado de cada una de las variables entre estas factores socioculturales y el embarazo en adolescentes

**1.5. Método Estadístico:** Se utilizó el estadístico porcentual, para el procesamiento y la cuantificación de los datos que se obtuvieron a través de los instrumentos lo que permitió facilitar la organización e interpretación de dicha información, así mismo esto sirvió como base para la comprobación de hipótesis. Siendo está la siguiente:

$$\% = \frac{Fi * 100}{n}$$

En donde:

?: Símbolo del porcentaje

*fi*: Número de veces que se repite cada dato

100: Constante

*n*: población



## **2. Técnica.**

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista lo cual permitió obtener información sobre los factores socioculturales que se relacionan con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad, que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

## **3. Instrumento**

Se utilizó la guía de entrevista la cual estuvo constituida por 17 preguntas mixtas y 25 cerradas haciendo un total de 42 preguntas según la variable de la investigación, lo cual permitió recolectar información sobre los factores socioculturales que se relacionan con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad, que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto. (Ver Anexo N° 1).

## **G. Procedimientos.**

### **1. Prueba piloto**

Para la validación del instrumento se realizó una prueba piloto la cual se ejecutó en la cuarta semana de septiembre del presente año las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad que consultaron en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto, esta prueba se pasó a 8 personas siendo este el 10 % del total de la población (84). Con el objetivo de medir la validez y confiabilidad del instrumento con la finalidad de verificar la comprensión y claridad de las preguntas elaboradas por los investigadores, el cual se sometió a un análisis para identificar las debilidades o fallas del instrumento las cuales posteriormente se analizaron detectando lo siguiente: en la pregunta N° 12 se reformuló para una mayor comprensión, pregunta N° 16 se le agregaron

nuevas alternativas para una mayor comprensión, pregunta N° 20, la pregunta 27 pasa a ser N° 26 debido a que es parte del nivel de conocimiento.

### **Organización para prueba piloto.**

Nº	Investigadoras	Nº de Guía de entrevistas	Fecha
1	Evelyn Janeth Aparicio Mejía	2	Del 22 al 23 de Septiembre de 2014.
2	Cecia Eunice Carbajal Alvarenga	2	Del 22 al 23 de Septiembre de 2014.
3	Erika Raquel Campos Jiménez	2	Del 22 al 23 de Septiembre de 2014.
4	Güendi Carolina Estrada Molina	2	Del 22 al 23 de Septiembre de 2014.
	Total	8	

### **2. Plan de Recolección de datos.**

La recolección de datos se realizó previa gestión y coordinación con las autoridades de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto, y con el consentimiento de las adolescentes embarazadas a entrevistar, se realizó la recolección de datos, a través de la guía de entrevista a partir del 25 septiembre al 15 de octubre de 2014. Para lo cual el grupo investigador se coordinó de la siguiente manera.

### Organización de recolección de datos.

Nº	Investigadoras	Nº de Guía de entrevistas	Fecha
1	Evelyn Janeth Aparicio Mejía	19	Del 25 de Septiembre al 15 de Octubre de 2014.
2	Cecia Eunice Carbajal Alvarenga	19	Del 25 de Septiembre al 15 de Octubre de 2014.
3	Erika Raquel Campos Jiménez	19	Del 25 de Septiembre al 15 de Octubre de 2014.
4	Güendi Carolina Estrada Molina	19	Del 25 de Septiembre al 15 de Octubre de 2014.
	Total	76	

Del total de la población a entrevistar solo se pasaron 64 instrumentos debido a que tres adolescentes ya habían verificado parto, mientras que nueve se rehusaron a participar en la investigación.

### 3. Plan de Tabulación de Datos:

Para la tabulación y vaciamiento de los datos se utilizó el cuadro de distribución de frecuencia simple, el cual permitió analizar la información en forma ordenada según el número de preguntas planteadas.

Se utilizó la siguiente Matriz:

Cuadro N° \_\_\_\_

Título:

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Total		

Dónde:

Alternativa: son las respuestas que proporcionaron las adolescente embarazos que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto a las interrogantes planteadas.

Frecuencia: es el número de veces que se repitieron los datos.

Porcentaje: Cuantificación porcentual.

Total: Dato final de la cuantificación del número de respuestas obtenidas.

#### **4. Plan de análisis e interpretación de datos.**

Se realizó un análisis de los datos el cual consistió en recolectar elementos básicos de la información obtenida según variables, y lo que sirvió como base para el análisis general de resultados el cual se realizó partiendo de los objetivos planteados.

#### **5. Prueba de hipótesis**

Para la comprobación de las hipótesis se aplicó el estadístico chi- cuadrado ( $\chi^2$ ), siendo la fórmula la siguiente:

$$x^2 = \Sigma \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}$$

En donde:

$X^2$  = Chi cuadrado

$\Sigma$ : Suma de datos.

Fo: Frecuencia observada.

Fe: Frecuencia esperada.

Así mismo los datos se vaciaron en una tabla de contingencia la cual se presenta a continuación:

Variable N° 1	Variable N° 2		Totales
Alternativa	Alternativa	Alternativa	
Alternativa			
Totales			

Y para obtener la frecuencia esperada de la siguiente forma:

$$Fe = \frac{tf \times tc}{tn}$$

Dónde:

Fe = Frecuencia Esperada

tf = Total de fila.

tc = Total de columna.

$tn$  = Total de población

Datos que se vaciaron en la siguiente matriz.

Cuadro para la Operacionalización del Chi cuadrado

Fo	Fe	$Fo - Fe$	$(Fo - Fe)^2$	$x^2 = \Sigma \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}$	$x^2C$	$x^2T$
Total						

Dónde:

Fo = corresponde a la frecuencia observada.

Fe = corresponde a la frecuencia esperada.

Fo - Fe = corresponde a la frecuencia observada menos la frecuencia esperada.

$(Fo - Fe)^2$  = corresponde a la frecuencia observada menos la frecuencia esperada al cuadrado.

Para calcular el Chi cuadrado teórico primero se determina los grados de libertad en donde se aplicó la siguiente fórmula:

$$Gl = (F-1) (C-1).$$

Dónde:

Gl: Grados de libertad

F: N° de filas.

C: N° de columnas

1: Constante

El análisis de los resultados de la prueba de hipótesis se realizó de la siguiente manera:

Si el valor de chi cuadrado calculado es mayor o igual al chi cuadrado teórico, se acepta la hipótesis específica y se rechaza la hipótesis nula, lo que significa que existe relación entre las variables en estudio.

Si el valor del chi cuadrado calculado es menor al chi cuadrado teórico, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis específica, lo que significa que no existe relación entre las variables en estudio.

#### **H. Aspectos Éticos de la investigación.**

Para esta investigación se tomaron en cuenta el aspecto confidencial de la investigación, respetando la individualidad de la persona y su deseo de participar en el estudio, sin obligar a nadie a que participara.

Los investigadores se comprometieron a guardar el secreto profesional en cuanto a los datos obtenidos. Para cada uno de los instrumentos que se aplicaron, por lo que se solicitó el consentimiento informado a las participantes con el fin de garantizar y dejar por escrito que participaron voluntariamente, proporcionando la información pertinente aceptando los términos de la investigación.

Los principios que se aplicaron en este estudio fueron:

Beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia.

### **1. Principio de Beneficencia.**

Se orientó a que los riesgos que la persona se sometió al participar en la investigación fueron menores o inexistentes que los beneficios. Además se veló por el bienestar físico psicológico y social de las adolescentes que participaron en el estudio.

### **2. Principio de respeto a la dignidad humana.**

Este principio se aplicó con base a la autonomía, confidencialidad y privacidad, informándole a la población en estudio, el propósito y beneficio de la investigación, así mismo se les dio a conocer el tema en estudio, ninguna persona fue objeto de discriminación, burla, acoso, ni daño a la integridad personal, se respetó sus opiniones, creencias y actitudes, fue de carácter voluntario su participación en la investigación, por lo cual previo a la recolección de datos se les solicitó su autorización por medio del consentimiento informado. (Ver Anexo N° 2).

### **3. Principio de Justicia.**

Este principio tuvo como finalidad tratar a cada persona con equidad de acuerdo a lo que se considera correcto y apropiado, a las adolescentes que participaron en la investigación se les dio un trato justo y equitativo antes, durante y después de su participación en el estudio, y se les garantizó la confidencialidad y anonimato de la información proporcionada.



## CAPITULO V

### PRESENTACION DE ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

#### A. Presentación, análisis e interpretación de resultados

Cuadro N° 1

Distribución porcentual sobre la edad de las adolescentes embarazadas

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
13	1	1.6%
14	1	1.6%
15	6	9.4%
16	9	14.1%
17	10	17.2%
18	19	28.1%
19	18	28.1%
Total	64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Del 100 % de la población en estudio el 28.1 % es de 18 y 19 años respectivamente, así mismo un 17.2 % comprende a la edad de 17 años, el 9.4 % es de 15 años, un 14.1 % de 16 años, y el 1.6 % son de 14 y 13 años respectivamente.

Lo anterior demuestra que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas oscilan entre las edades de 17 a 19 años, no obstante existen 2 embarazos en adolescentes de 13 y 14 años, esta situación constituye un riesgo para la salud de la madre y su hijo dado a la inmadurez física y psicológica de la madre adolescente.

Cuadro N° 2

Distribución porcentual respecto al estado familiar de las adolescentes embarazadas.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Soltera	11	17.2%
Unión libre	49	76.6%
Casada	4	6.3%
Total	64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según datos obtenidos, el 76.6 % de adolescentes embarazadas su estado familiar es de unión libre, el 17.2 % son solteras, mientras que el 6.3 % están casadas.

Los datos anteriores indican que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas están en unión libre, y un menor porcentaje de adolescentes aún siguen siendo solteras, mientras que una minoría es casada, esto evidencia que la mayoría de adolescentes no conforman una familia legalmente funcional; sin embargo una parte significativa de ellas creara una familia disfuncional.

Cuadro N° 3

Distribución porcentual sobre los miembros de la familia con quien ha crecido la adolescente embarazada.

Alternativa		Frecuencia	Porcentaje
Papá y Mamá		29	45.3%
Solo Mamá		27	42.2%
Solo Papá		1	1.6%
Otros	Abuela	4	6.2%
	Tía y abuela	1	1.6%
	Tía	2	3.1%
Total		64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según datos obtenidos, el 45.3 % de las adolescentes embarazadas han crecido con papá y mamá, mientras que el 42.2 % solo con mamá, no obstante la alternativa otros que se subdivide en la opción: abuela un 6.2%, tía un 3.1%, tía y abuela un 1.6% obteniendo un total del 10.9% mientras que el 1.6 % solo ha crecido con papá.

Los datos evidencian que un porcentaje mayoritario de las adolescentes embarazadas han crecido en una familia disfuncional y un porcentaje significativo ha convivido en una familia funcional.

Cuadro N° 4

Distribución porcentual relacionada a los miembros de la familia con quien vive actualmente la adolescente embarazada.

Alternativa		Frecuencia	Porcentaje
Papá y Mamá		4	6.2%
Solo Mamá		7	10.9%
Solo Papá		1	1.6%
Pareja		37	57.8%
Pareja y Abuela		1	1.6%
Pareja y padres		1	1.6%
Mamá y Pareja		11	17.1%
Hermanos y pareja		1	1.6%
Otros	Suegra	1	1.6%
Total		64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Del 100% de las adolescentes embarazadas, el 57.8% refieren que actualmente viven con su pareja, el 17.1% vive con mamá y pareja, el 10.9 % solo con mama, un 6.2 % con papá y mamá, mientras que un 1.6 % vive con papá, en igual porcentaje refieren que viven solo con pareja y abuela, otro porcentaje igual solo con pareja y padres, al igual que hermanos y pareja respectivamente.

Los datos anteriores reflejan que las adolescentes embarazadas en su mayoría viven actualmente con su pareja, no obstante así un porcentaje significativo aun conviven con uno o ambos progenitores.

Cuadro N° 5

Distribución porcentual respecto al factor por el cual la familia de la adolescente embarazada ha sido disfuncional.

<b>Alternativa</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Inicio de relaciones sexo coitales a temprana edad		0	0.0%
Infidelidad de uno de los progenitores		5	7.8%
Discriminación de genero		0	0.0%
Discriminación familiar		0	0.0%
Otros	Alcoholismo	3	4.7%
	Abandono por uno de los progenitores	3	4.7%
	Emigración por uno de los progenitores	4	6.2%
	Condición económica precaria	1	1.6%
	Fallecimiento de uno de los progenitores	4	6.2%
	Decisión propia	4	6.2%
	Divorcio de los padres	1	1.6%
	Problemas familiares	1	1.6%
	Violencia intrafamiliar	1	1.6%
	No responden	8	12.5%
Tienen una familia funcional		29	45.3%
<b>Total</b>		<b>64</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según datos obtenidos el 46.9% de las adolescentes embarazadas refieren que la disfuncionalidad de su familia se debió a otros factores, un 12.5% se

abstuvieron a dar explicación a la pregunta, no obstante el 4.7% expresa que la causa de la disfuncionalidad fue el alcoholismo y el abandono de uno de los progenitores respectivamente, un 6.2% expresó que ha sido la emigración, en igual porcentaje refieren que ha sido el fallecimiento de uno de los progenitores, al igual que por decisión propia, así mismo un 1.6% manifestó que fue por condición económica, en igual porcentaje se encuentra el divorcio, problemas familiares, y violencia intrafamiliar respectivamente. El 45.3% de las adolescentes embarazadas no aplica debido a que su familia no ha sido disfuncional, y un 7.8% refiere que se debió a la infidelidad de uno de los progenitores.

Los resultados obtenidos evidencian que la mayoría de las adolescentes embarazadas refieren que los factores de la disfuncionalidad familiar se deben a otros motivos las cuales son: Alcoholismo, abandono por uno de los progenitores, emigración por uno de los progenitores, condición económica, fallecimiento de uno de los progenitores, decisión propia, divorcio de los padres, problemas familiares, violencia intrafamiliar; sin embargo algunas se abstienen a proporcionar una respuesta, mientras que una minoría de las adolescentes refiere que lo han generado los problemas familiares.

### Cuadro N° 6

Distribución porcentual relacionada a la dificultad que le ha ocasionado el inicio de las relaciones sexo coitales a la adolescente embarazada.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	5	7.8%
No	59	92.2%
Total	64	100.0%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Del 100 % de las adolescentes embarazadas el 92.2 % expresa que el inicio de las relaciones sexo coitales no le han ocasionado ninguna dificultad para vivir con su familia, no obstante un 7.8 % mencionan que si han presentado dificultad.

Según datos obtenidos se evidencia que el mayor porcentaje de adolescentes no han tenido ninguna dificultad al convivir con su familia respecto al inicio de sus relaciones sexo coitales; no obstante un porcentaje significativo de las adolescentes manifestó haber presentado alguna dificultad, lo que puede influir de manera significativa el poder desenvolverse libremente dentro de su ámbito familiar o que no se aborda este tema con los padres y por eso refieren que no es una dificultad el inicio de las relaciones sexo coitales a temprana edad.

Cuadro N° 7

Distribución porcentual sobre la comunicación que existe entre las adolescentes embarazadas con sus padres.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	62	96.9%
NO	2	3.1%
Total	64	100.0%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

De los resultados obtenidos de las adolescentes embarazadas, la distribución porcentual refleja que el 96.9 % expresan que la comunicación con sus padres es buena, y el 3.2 % refiere que no existe comunicación.

Los datos anteriores reflejan que el mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas mantienen una comunicación efectiva con sus padres, y un mínimo porcentaje manifestó una deficiente comunicación con sus progenitores, esta falta de comunicación puede generar desconfianza y hacer que la adolescente busque información y afecto fuera de su hogar.



Cuadro N° 8

Distribución porcentual respecto a la relación de las adolescentes con sus padres.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Excelente	32	50.0%
Muy Bueno	21	32.8%
Bueno	11	17.2%
Deficiente	0	0
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

De los datos obtenidos de las adolescentes embarazadas respecto a la relación con sus padres el 50.0 % expresan tener excelente relación, el 32.8 % una relación muy buena y un 17.2 % refiere que es buena

La información antes expuesta demuestra que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas se relacionan con sus padres de manera excelente, y un menor porcentaje lo hace de manera muy buena, mientras que una minoría su relación resulta ser buena; es importante mencionar que el tipo de relación que tienen las adolescentes con sus padres influye mucho en su desarrollo psicosocial.

Cuadro N° 9

Distribución porcentual sobre el afecto que recibe la adolescente embarazada por parte de su familia.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	56	88%
NO	8	13%
Total	64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Del 100% de las adolescentes embarazadas, el 88% manifiesta que recibe afecto por parte de su familia, mientras que un 13% refiere no recibirlo.

Lo anterior indica que la mayoría de las adolescentes embarazadas están recibiendo afecto por parte de su familia, no obstante una minoría no lo recibe, esto puede generar carencias afectivas que las adolescentes no pueden resolver, impulsándolas a buscar el afecto en otras personas, y predisponiendo una relación sexo coital prematura.

Cuadro N° 10

Distribución porcentual relacionada con los elementos que están presentes en el ámbito familiar de las adolescentes embarazadas.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Confianza, comprensión, respeto e irresponsabilidad	8	12.5%
Confianza, comprensión y respeto	50	78.1%
Comprensión, respeto e irresponsabilidad	1	1.6%
Confianza, comprensión, respeto, irresponsabilidad y violencia intrafamiliar	1	1.6%
Confianza, respeto e irresponsabilidad	2	3.1%
Confianza y respeto	1	1.6%
Comprensión y respeto	1	1.6%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

De las adolescentes embarazadas un 78.1% expresan que la confianza, comprensión y respeto están presentes en su ámbito familiar, el 12.5% refiere que hay confianza, comprensión, respeto, e irresponsabilidad mientras que un 3.1% menciona la confianza, respeto, e irresponsabilidad, y un 1.6% manifiestan que se da comprensión, respeto, e irresponsabilidad, e igual porcentaje se encuentran la confianza, comprensión, respeto, irresponsabilidad y violencia intrafamiliar, y otra parte mencionan la confianza y respeto, y otra persona que es igual en porcentaje refiere que está presente la comprensión y respeto.

Los datos antes mencionados reflejan que los elementos que están presente en el ámbito familiar en su mayoría de acuerdo al porcentaje obtenido, es la confianza, comprensión y respeto, mientras que un porcentaje significativo expresa irresponsabilidad y violencia intrafamiliar, hay que recordar que la familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micro ambientes en donde permanece el adolescente por lo que debe favorecer un estilo de vida saludable psicológicamente adecuado. Es importante señalar que la práctica de valores en el seno familiar debe existir, debido que está constituye la base fundamental de la sociedad.

Cuadro N° 11

Distribución porcentual sobre las causas de Violencia intrafamiliar que existen en el ámbito familiar de la adolescente embarazada.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Alcoholismo	1	1.6%
Drogadicción	0	0.0%
Sometimiento de los hijos hacia los padres	0	0.0%
Sometimiento de la adolescente a la pareja	0	0.0%
Ninguna de las anteriores	63	98.4%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Del 100% de las adolescentes embarazadas, un 98.4% de adolescentes no han sufrido de violencia intrafamiliar, mientras que el 1.6 % la causa de violencia intrafamiliar se ha debido al alcoholismo.

De los datos antes mencionados se ve reflejado que la mayoría de adolescentes embarazadas no sufren de violencia intrafamiliar; no obstante un dato significativo refleja que la causa de violencia ha sido el alcoholismo; el cual es un factor de desintegración familiar, que puede afectar psicológicamente a las adolescentes.

Cuadro N° 12

Distribución porcentual en relación al sometimiento de las adolescentes embarazadas en su hogar.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	2	3.1%
NO	62	96.9%
Total	64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según datos obtenidos un 96.9 % refieren que no se sienten sometidas en su hogar, mientras que un 3.1 % sienten sometimiento.

Lo anterior puede afirmar que en la mayoría de adolescentes embarazadas no ha existido sometimiento de parte de la familia, sin embargo existe un porcentaje significativo en el cual se ha presentado ésta situación dando lugar a que la adolescente huya de un ambiente difícil, buscando afecto fuera de su hogar.

### Cuadro N° 13

Distribución porcentual sobre si la adolescente embarazada se ha sentido acosada sexualmente por alguno de los miembros de su familia.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	1	1.6%
NO	63	98.4%
Total	64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

De la población en estudio un 98.4% manifestaron que no se han sentido acosadas sexualmente por miembros de su familia, mientras que un porcentaje significativo del 1.6% refieren que si lo ha sentido.

Los datos anteriores evidencian que el mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas no han sufrido de acoso sexual por alguno de los miembros de su familia; no obstante una persona refiere haberse sentido acosada sexualmente afectando su estilo de vida saludable en su ambiente familiar.

Cuadro N° 14

Distribución porcentual respecto a la clase social en que se ubica la adolescente embarazada.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Media Alta	16	25.0%
Media baja	42	65.6%
Baja	6	9.3%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Del 100% de la población, un 65.6% refieren que su clase social es media baja, mientras que un 25.0% manifestaron que su clase social es media alta y el 9.3% su clase social es baja.

Según lo antes mencionado se puede afirmar que el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas se ubica dentro de la clase social media baja la cual se caracteriza por que su poder adquisitivo es mayor al de la clase social baja, poseen el salario mínimo pero tiene la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas, y un porcentaje significativo se ubica en una clase media alta, mientras que un porcentaje menor se ubica dentro de la clase baja caracterizándose por el poco o nulo poder adquisitivo debido a que no tiene las mismas oportunidades de desarrollo escolar y laboral, lo que indica que la situación económica no es apta para cubrir las necesidades que demanda el formar una familia.



Cuadro N° 15

Distribución porcentual respecto a quienes de los miembros de la familia de la adolescente embarazada trabajan

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Papá y Mamá	4	6.2%
Solo Mamá	4	6.2%
Solo Papá	4	6.2%
Pareja	33	51.6%
Otros	5	7.8%
Mamá y Otros	2	3.1%
Papá , Mamá y Pareja	4	6.2%
Mamá y Pareja	7	10.9%
Pareja y Otros	1	1.6%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según datos obtenidos, un 51.6% de las adolescentes embarazadas expresaron que las personas de su grupo familiar que trabaja es su pareja, el 10.9% refieren que es su madre y pareja, un 7.8% que otras personas, mientras que un 6.2% manifestaron que las personas de su grupo familiar que trabajan son mamá y papá, así mismo un porcentaje igual refiere que es su mamá, de igual manera otras expresaron que solo su papá, y finalmente una persona con igual porcentaje refiere que quienes trabajan son su mamá , papá y pareja, un

3.1% refieren que mamá y otros y un 1.6% manifestaron que pareja y otros son los que trabajan.

Los datos anteriores demuestran que en su mayoría las personas que trabajan son la pareja de las adolescentes mientras que una minoría refiere que es la pareja y otras personas siendo estos hermanos, suegra y padrastro, por lo que demuestra que ninguna adolescente realiza un trabajo remunerado para la auto sostenibilidad de su hogar.

Cuadro N° 16

Distribución porcentual de los aspectos que han intervenido en el inicio de las relaciones sexo coitales en las adolescentes embarazadas.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Huir de un ambiente familiar difícil	1	1.6%
Por curiosidad	8	12.5%
Por decisión Propia	37	57.8%
Formar su propia familia	14	21.9%
Agradar al novio, decisión propia y formar su propia familia	1	1.6%
Otros	3	4.3%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según la población en estudio un 57.8% refieren que los aspectos que han intervenido en el inicio de sus relaciones sexo coitales son por decisión propia, un 21.9% manifestaron que fue por formar su propia familia, un 12.5% por curiosidad, el 4.3% han sido otros aspectos, un 1.6% por huir de un ambiente difícil, y así mismo agradar al novio, decisión propia y formar su propia familia respectivamente.

Los datos anteriores demuestran que la mayoría de las adolescentes embarazadas iniciaron sus relaciones sexo coitales por decisión propia; no obstante una minoría manifestó que fue por huir de un ambiente familiar difícil y otras refirieron que por agradar al novio, esto influye en las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve y además la posibilidad de un embarazo a temprana edad.

Cuadro N° 17

Distribución porcentual en relación al nivel de estudio que han cursado las adolescentes embarazadas.

Alternativa		Frecuencia	Porcentaje
De primer a tercer grado		3	4.7%
De cuarto a sexto grado		6	9.4%
De séptimo a noveno grado		29	45.3%
Bachillerato		21	32.8%
Otros estudios	Universitarios sin concluir	5	7.8%
Total		64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Los datos obtenidos reflejan que el 45.3% refieren que el nivel de estudio que han cursado las adolescentes embarazadas es de séptimo a noveno grado, un 32.8% manifestaron que ha sido bachillerato, el 9.4% han cursado de cuarto a sexto grado, el 7.8% tienen otros estudios a nivel universitario, mientras que el 4.7% expresaron que ha sido de primer a tercer grado.

De lo anterior se puede mencionar que la mayoría de las adolescentes embarazadas manifestaron que el nivel de estudio que han cursado es de séptimo a noveno grado; sin embargo un porcentaje significativo han cursado hasta Bachillerato, otras refirieron estudios universitarios sin concluir; no obstante una minoría han estudiado solamente la primaria, por lo que se puede mencionar que el conocimiento que poseen las adolescentes es poco debido al nivel de educación que ellas poseen aumentando las posibilidades de un embarazo a temprana edad.

### Cuadro N° 18

Distribución porcentual relacionada al conocimiento que tienen las adolescentes embarazadas respecto a la Salud Sexual y Reproductiva.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	52	81.2%
NO	12	18.8%
Total	64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Del 100% de la población en estudio, el 81.2% manifestaron que tienen conocimiento acerca de salud sexual y reproductiva, en cambio un 18.8 % refieren que no.

Lo anterior demuestra que la mayoría de las adolescentes embarazadas dicen poseer conocimientos acerca de la salud sexual y reproductiva; no obstante un porcentaje significativo manifestó que no tienen conocimientos, esto las pone en riesgo a adquirir enfermedades, también interviene en la vida sexual sana, sin riesgos, que permite una adecuada estructuración de proyectos de vida.

Cuadro N° 19

Distribución porcentual de quienes ha recibido orientación la adolescente embarazada respecto a salud sexual y reproductiva.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Instituciones educativas	43	67.2%
Información por parte de amigos y familiares	3	4.7%
Medios de comunicación, instituciones educativas e información por parte de amigos y familiares	1	1.6%
Instituciones educativa e información por parte de amigos y familiares	4	6.2%
Medios de comunicación e instituciones educativas	1	1.6%
Ninguno de las anteriores	12	18.7%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según datos obtenidos el 67.2% manifestaron que la información que han obtenido acerca de la salud sexual y reproductiva ha sido por instituciones educativas, el 18.7% manifestó que ninguna de las anteriores, mientras que el 6.2% afirman haber recibido orientación por Instituciones educativa e información por parte de amigos y familiares, un 4.7% por amigos y familiares, el 1.6% por medios de comunicación, instituciones educativas e información por parte de amigos y familiares, así mismo un porcentaje igual refiere que por medios de comunicación e instituciones educativas.

De los resultados obtenidos se puede afirmar que la mayoría de las adolescentes embarazadas refieren que la información que han obtenido

respecto a la salud sexual y reproductiva ha sido a través de instituciones educativas y una minoría menciona que por parte de los medios de comunicación; no obstante un porcentaje significativo de esta población manifestó no conocer sobre el tema, lo que refiere que la adolescente embarazada no puede tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada.

### Cuadro N° 20

Distribución porcentual en relación al conocimiento que tienen las adolescentes embarazadas sobre los derechos de salud sexual.

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	31	48.3%
NO	33	51.6%
Total	64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Del 100% de las adolescentes embarazadas el 51.6% refiere no conocer sobre sus derechos sexuales; sin embargo existe un 48.3% que menciona tener conocimiento sobre estos.

Lo anterior demuestra que la gran mayoría de las adolescentes no tiene conocimiento sobre sus derechos sexuales y un porcentaje significativo manifestó que sí tienen conocimiento sobre los derechos en mención. Situación que puede influir a que las adolescentes no hagan respetar estos derechos y en consecuencia no ser capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos.



Cuadro N° 21

Distribución porcentual sobre el conocimiento que tienen las adolescentes embarazadas sobre derechos de salud reproductiva.

<b>Alternativas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	31	48.3%
NO	33	51.6%
Total	64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

De los datos obtenidos se observa que el 51.6% de las adolescentes no conoce sus derechos reproductivos y un 48.3% menciona conocerlos.

Lo anterior evidencia que la mayoría de las adolescentes embarazadas no conoce sus derechos reproductivos; sin embargo una minoría manifiesta tener conocimientos, de lo cual se puede decir que las adolescentes no tienen la información y educación para alcanzar el estándar más alto de salud reproductiva y no saben como tener una vida sexual satisfactoria y así ser capaces de decidir sobre su reproducción.

Cuadro N° 22

Distribución porcentual respecto si la adolescente se considera preparada para afrontar el embarazo.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	50	78.1%
NO	14	21.9%
Total	64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según datos obtenidos se observa que el 78.1% manifiesta que se encuentra preparada para afrontar el embarazo no obstante un 21.9% refiere que no.

De lo anterior se evidencia que la mayoría de las adolescentes manifestó sentirse preparada para afrontar el embarazo pero un porcentaje significativo expresó que no, por lo que en la adolescencia es importante hablar que el embarazo se considera de alto riesgo debido a que emocional y físicamente su cuerpo no es apto para mantener otra vida, poniendo en riesgo la salud de la misma adolescente y la de su hijo o hija debido a que durante éste periodo puede desarrollar muchas patologías tanto maternas como fetales.

### Cuadro N° 23

Distribución porcentual relacionada que si la adolescente planifico el embarazo.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	33	51.6%
NO	31	48.4%
Total	64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto. departamento de San Salvador.

Según la distribución porcentual está refleja que un 51.6% de las adolescentes embarazadas ha planificado su embarazo y un 48.4% menciona que no lo ha planificado.

Lo anterior evidencia que la mayoría de las adolescentes ha planificado su embarazo; no obstante un porcentaje menor manifestó no haberlo planificado, esto es importante ya que las adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias que conlleva un embarazo precoz y además demuestra la responsabilidad con que se asume la maternidad y paternidad.

Cuadro N° 24

Distribución porcentual respecto si las adolescentes embarazadas han recibido orientación sobre métodos de planificación familiar.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	37	57.8%
NO	27	42.2%
Total	64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según la población en estudio se refleja que el 57.8% ha recibido orientación sobre los métodos de planificación familiar y que un 42.2% carece de ésta orientación.

Lo anterior indica que la mayoría de las adolescentes han recibido orientación sobre los métodos de planificación familiar y que un porcentaje significativo de ésta población no ha recibido dicha orientación, por lo que es importante el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos para que la adolescente pueda tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada.

Cuadro N° 25

Distribución porcentual respecto de quienes ha recibido orientación la adolescente embarazada sobre métodos de planificación familiar

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Institución educativa	3	4.7%
Institución de Salud	20	31.3%
Padres	2	3.1%
Instituciones educativas e instituciones de salud	3	4.7%
Instituciones educativas , instituciones de salud padres y grupo de amigos	1	1.6%
Institución educativa, institución de salud y padres	1	1.6%
Institución educativa , padres y grupos de amigos	1	1.6%
Institución educativa y padres	2	3.1%
Instituciones de salud y padres	2	3.1%
Otros	2	3.1%
No ha recibido orientación	27	42.2%
Total	64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

En la tabla anterior indica que un 42.2% de las adolescentes no ha recibido orientación sobre los métodos de planificación familiar; no obstante un 31.3% ha recibido orientación sobre los métodos de planificación familiar por parte de las instituciones de salud, un 4.7% menciona haber recibido esta información

por parte de las instituciones educativas; otro porcentaje igual refiere que ha sido por parte de las instituciones educativa e instituciones de salud respectivamente, un 3.1% lo ha recibido por sus padres, en igual porcentaje ha sido por parte de institución educativa y padres, otro porcentaje igual dice haber recibido esta información por parte de instituciones de salud y padres, así mismo en igual porcentaje lo ha recibido por otros, y un 1.6% manifiestan que ha sido por parte de instituciones educativas, instituciones de salud, padres y grupos de amigos, en igual porcentaje refieren que lo recibió por institución educativa, institución salud y padres y por instituciones educativas, padres y grupos de amigos respectivamente.

Lo antes mencionado evidencia que un mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas no han recibido orientación sobre métodos de planificación familiar; no obstante la mayoría de las que si recibieron información ha sido por instituciones de salud y un porcentaje menor la obtuvieron de parte de amigos, por lo que es importante que la información que reciban las adolescentes sea proporcionada de parte de instituciones de salud y educativa evitando de esta forma que adquieran información no verídica.

Cuadro N° 26

Distribución porcentual respecto al tipo de método temporal de planificación familiar que conocen las adolescentes embarazadas.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Condón, Orales e Inyectables	32	50.0%
Inyectables, Método de Lactancia Materna Exclusiva	1	1.6%
Condón	3	4.7%
Condón, Orales , Inyectables y Método de Lactancia Materna Exclusiva	5	7.8%
Condón, Orales, Inyectables y Método del ritmo	11	17.2%
Condón, Inyectables y Método del ritmo	2	3.1%
Condón y Orales	1	1.6%
Condón, Orales, Inyectables. Método del ritmo y Método de Lactancia Materna Exclusiva	3	4.7%
Método del ritmo	1	1.6%
Condón e Inyectables	3	4.7%
Condón, Orales Método del ritmo y Método de Lactancia Materna Exclusiva	1	1.6%
Ninguna de las anteriores	1	1.6%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según datos obtenidos el 50% de la población entrevistada refieren que los métodos temporales de planificación familiar que conocen son el condón, orales e inyectables, un 17.2% menciona que los métodos que conocen son condón, orales, inyectables y método del ritmo, un 7.8% manifiesta conocer condón, orales, inyectables y el Método de Lactancia Materna Exclusiva, mientras que un 4.7% conocen solamente el condón, así mismo en igual porcentaje conoce el condón, orales, inyectables, método del ritmo y el Método de Lactancia Materna Exclusiva, otro porcentaje igual refieren conocer el condón y los inyectables, así mismo el 3.1% conocen el condón, inyectables y método del ritmo, un 1.6% conoce los métodos inyectables y el método de lactancia materna exclusiva, así mismo en igual porcentaje refieren conocer condón y orales, otro porcentaje igual conoce el método del ritmo, en igual porcentaje refiere conocer el condón, Orales, método del ritmo y Método de Lactancia Materna Exclusiva y finalmente una persona que es igual en porcentaje refiere no conocer ningún método temporal de planificación familiar.

De lo antes mencionado se evidencia que el mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas conocen por lo menos 3 de los métodos temporales de planificación familiar básico tales como el condón, orales e inyectables y en menor porcentaje refiere conocer el Método de Lactancia Materna Exclusiva (MELA), no obstante un porcentaje significativo manifiesta desconocer totalmente sobre estos métodos, lo que se vuelve un problema debido a que las adolescentes no son capaces de llevar una vida sexual segura.



Cuadro N° 27

Distribución porcentual respecto a si la adolescente ha pensado utilizar algún método de planificación familiar después del embarazo.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	53	82.8%
NO	11	17.2%
Total	64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según datos obtenidos se refleja que un 82.8% de las adolescentes embarazadas utilizará un método de planificación familiar después del parto y un 17.2% refiere que no utilizará.

Lo anterior indica que un porcentaje mayoritario de las adolescentes han pensado utilizar un método de planificación familiar después del parto y un porcentaje significativo refirió que no utilizará ningún método. Cabe mencionar que es importante que las adolescentes adquieran un compromiso que les ayude a desarrollar su sexualidad de manera saludable.

Cuadro N° 28

Distribución porcentual respecto a si la adolescente ha utilizado algún método temporal de planificación familiar antes del embarazo.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	29	45.3%
NO	35	54.7%
Total	64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

La tabla de distribución porcentual refleja que un 54.7% de las adolescentes no ha utilizado ningún método temporal de planificación familiar y un 45.3% de estas ha mencionado que ha utilizado uno de los métodos temporales.

Lo anterior demuestra que la mayoría de las adolescentes nunca han utilizado métodos temporales de planificación familiar y una minoría reflejo que si los han utilizado, es importante que las adolescente sexualmente activa adopten un método de planificación familiar que les permita llevar una vida sexual de forma responsable y segura.

Cuadro N° 29

Distribución porcentual respecto a los métodos temporales de planificación familiar que ha utilizado la adolescente previo al embarazo.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Condón	15	23.4%
Orales	2	3.1%
Inyectables	5	7.8%
Método del ritmo	3	4.7%
Condón y orales	1	1.6%
Condón , Orales e Inyectables	1	1.6%
Orales Inyectables	1	1.6%
Condón y Método Del Ritmo	1	1.6%
Ninguna	35	54.7%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

De los resultados obtenidos un 54.7% de las adolescente embarazadas refirió no haber utilizado ningún método temporal de planificación familiar; no obstante de las que manifestaron si haber utilizado métodos temporales de planificación familiar un 23.4% utilizó el condón, un 7.8% mencionó haber utilizado los inyectables, otro 4.7% ha utilizado el método del ritmo, así mismo un 3.1% ha utilizado los métodos orales, un 1.6% refirieron haber utilizado el condón y métodos orales, en igual porcentaje mencionaron haber utilizado condón, orales

e inyectables, otro porcentaje igual utilizaron orales e inyectables y en igual porcentaje utilizó condón y el método del ritmo.

Lo anterior indica que el mayor porcentaje de las adolescentes embarazadas no utilizaron ningún método temporal de planificación familiar previo al embarazo, no obstante una mayoría que si los utilizaron expresaron que fue el condón y un porcentaje menor mencionó que utilizó el método del ritmo. Es importante mencionar que el uso de métodos anticonceptivos permite a la adolescente tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción de manera libre, responsable e informada contribuyendo al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Cuadro N° 30

Distribución porcentual relacionada al conocimiento que tienen las adolescentes sobre las ventajas de los métodos temporales de planificación familiar.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Condón, Orales, Inyectables y Método del ritmo	6	9.4%
Condón, Orales e Inyectables	12	18.8%
Orales	1	1.6%
Condón y Orales	10	15.6%
Orales e Inyectables	3	4.7%
Método de Lactancia Materna Exclusiva	1	1.6%
Condón	6	9.4%
Condón, Inyectables y Método de Lactancia Materna Exclusiva	1	1.6%
Condón, Inyectables y Método del ritmo	1	1.6%
Condón e inyectables	9	14.1%
Condón, Orales , Inyectables, Método del ritmo y Método de Lactancia Materna Exclusiva	1	1.6%
Inyectables	1	1.6%
Condón y Método del ritmo	1	1.6%
Ninguno	11	17.2%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según datos obtenidos sobre el conocimiento de las ventajas de métodos temporales de planificación familiar se observa que el 18.8% conoce las ventajas de utilizar el condón, orales e inyectables, así mismo un 17.2% manifestaron no conocer ninguna ventajas de éstos, un 15.6% refirieron conocer las ventajas sobre el condón y métodos orales, un 14.1% mencionaron conocer las ventajas el condón e inyectable, otro 9.4% refirieron conocer las ventajas del condón, orales, inyectables y método del ritmo, en igual porcentaje mencionaron conocer las ventajas de utilizar el condón, igualmente un 4.7% de la población dijo conocer las ventajas de los orales e inyectables, un 1.6% dijo conocer solo las ventajas de los método orales, otro en igual porcentaje mencionó solo conocer las ventajas del Método de Lactancia Materna Exclusiva, así mismo en un porcentaje igual refirieron conocer sobre condón, inyectable y método de lactancia materna exclusiva, un porcentaje igual conoce las ventajas del condón, inyectables y método del ritmo, y otro porcentaje igual refirieron conocer las ventajas del Condón, orales, inyectables, método del ritmo y método de lactancia materna exclusiva, así mismo una persona que es igual en porcentaje refirió conocer solo el de inyectables y finalmente en igual porcentaje manifestó conocer solamente las ventajas del condón y método del ritmo completando así el 100%.

Lo anterior refleja que la mayoría de las adolescentes embarazadas conocen las ventajas de utilizar métodos temporales de planificación familiar básicos tales como el condón, orales e inyectables y un porcentaje menor refiere conocer las ventajas del método de lactancia materna exclusiva; sin embargo existe una población considerable que no conoce las ventajas de ninguno de éstos métodos temporales, por lo que es un dato significativo, debido a que es un conocimiento que debería poseer toda aquella población sexualmente activa.

Cuadro N° 31

Distribución porcentual relacionada al conocimiento que poseen las adolescentes sobre las desventajas de los métodos temporales de planificación familiar.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Condón, Orales, Inyectables y Método del ritmo	5	7.8%
Condón, Orales e Inyectables	10	15.6%
Orales	1	1.6%
Condón y Orales	10	15.6%
Orales e Inyectables	6	9.4%
Método de Lactancia Materna Exclusiva	1	1.6%
Condón	9	14.1%
Condón, Inyectables y Método de Lactancia Materna Exclusiva	1	1.6%
Condón, Inyectables y Método del ritmo	1	1.6%
Condón e Inyectables	1	1.6%
Inyectables	1	1.6%
Ninguno	18	28.1%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Del 100% de las adolescentes embarazadas se refleja que el 28.1% no conocen las desventajas de utilizar un método de planificación familiar, otro

14.1% conoce las desventajas de utilizar el condón, un 15.6% conoce las desventajas de utilizar condón, orales e inyectables, otro porcentaje igual refirió conocer las desventajas de utilizar el condón y orales, un 9.4% manifestó conocer las desventajas de utilizar los métodos orales e inyectables, 7.8% refirió conocer las desventajas del condón, orales, inyectables y método del ritmo, otro 1.6% refirió solo conocer las desventajas de utilizar el condón, así mismo en igual porcentaje manifestaron solo conocer las desventajas del método de lactancia materna exclusiva, otro porcentaje igual refirió conocer las desventajas del condón, inyectables y Método de lactancia materna exclusiva, igualmente en igual porcentaje refirieron conocer las desventajas del condón, inyectables y método del ritmo, en porcentaje igual manifestaron conocer las desventajas del condón e inyectables y finalmente una persona que es en igual porcentaje refirió solo conocer las desventajas de los inyectables.

De lo anterior se puede mencionar que en la mayoría de las adolescentes no conocen las desventajas de utilizar los métodos temporales de planificación familiar y una minoría manifiesta conocer las desventajas del método del ritmo y del método de lactancia materna exclusiva respectivamente, lo cual indica que a pesar de que hay un número significativo que lo conocen un número mayor no sepa cuáles son las desventajas de utilizar estos métodos, información que al igual que en las ventajas debe ser manejada por toda aquella población sexualmente activa.



Cuadro N° 32

Distribución porcentual respecto a si la adolescente considera efectivos los métodos temporales de planificación familiar.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	48	75.0%
NO	16	25.0%
Total	64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Del 100% de la población un 75% refiere que considera efectivos los métodos temporales de planificación familiar mientras que un 25% considera que no son efectivos.

Los datos indican que la mayoría de las adolescentes considera los métodos de planificación familiar efectivos mientras que una minoría considera que no lo son; sin embargo el fracaso de los métodos anticonceptivo son mayores en las adolescentes por el bajo nivel de madurez, responsabilidad y por una deficiente información que han recibido.

Cuadro N° 33

Distribución porcentual respecto al conocimiento que tiene las adolescentes sobre el uso correcto de los métodos temporales de planificación familiar.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Condón	12	18.7%
Condón, Orales, Inyectables y método del ritmo	4	6.2%
Condón, Orales e Inyectables	18	28.1%
Condón y Orales	2	3.1%
Condón , Orales, Inyectables, Método de Lactancia Materna Exclusiva	1	1.6%
Inyectables	3	4.7%
Orales e Inyectables	3	4.7%
Condón, Orales, Inyectables, Método del ritmo y Método de Lactancia Materna Exclusiva	2	3.1%
Condón e Inyectables	6	9.4%
Condón y Método del ritmo	1	1.6%
Ninguno	12	18.7%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según los datos obtenidos el 28.1% de las adolescentes tienen conocimiento sobre el uso correcto del condón, orales e inyectables, un 18.7% conocen el uso correcto del condón, en igual porcentaje refirieron no tener conocimiento sobre el uso correcto de ninguno de los métodos temporales de planificación familiar, un 9.4% mencionó conocer el uso correcto del condón e inyectables, otro 6.2% manifestó conocer al condón, orales, inyectables y método del ritmo y su uso correcto, otro 4.7% conoce el uso correcto solamente de los métodos inyectables, en igual porcentaje manifestó conocer el uso correcto de los métodos orales e inyectables, un 3.1% refirió conocer el uso correcto del condón y orales, en otro porcentaje igual manifestó conocer el condón, orales, inyectables, método del ritmo y método de lactancia materna exclusiva y su uso correcto, un 1.6% refirió conocer el uso correcto del condón, orales, inyectables y método de lactancia materna exclusiva, y en un porcentaje igual mencionó solo conocer el uso correcto de condón y el método del ritmo.

Lo antes planteado evidencia que las adolescentes en su mayoría conocen el uso correcto por lo menos de tres de los métodos más conocidos tales como el condón, oral e inyectables y en menor porcentaje refirieron solamente conocer el método de lactancia materna exclusiva.

Cuadro N° 34

Distribución porcentual respecto al conocimiento que tienen las adolescentes sobre mitos relacionados al embarazo.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	15	23.4%
NO	49	76.6%
Total	64	100.0%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según datos obtenidos refleja que el 76.6% de la población niega conocer mitos relacionados al embarazo y solamente un 23.4% manifiesta conocer.

Lo anterior hace referencia que una mayoría de las adolescentes no conocen mitos relacionados con el embarazo y una minoría manifiesta conocer algunos de estos tales como: el tomar agua de canela con aguacate o agua de canela con manzanilla, tener relaciones sexo coitales cuando la luna está llena o comer la semilla del aguacate, u orinar después de la primera relación, no puede haber un embarazo, existiendo la posibilidad de que se realicen prácticas inadecuadas respecto al embarazo.

Cuadro N° 35

Distribución porcentual respecto al conocimiento que tienen las adolescentes sobre creencias relacionadas con el embarazo.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	5	7.8%
NO	59	92.2%
Total	64	100.0%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según datos obtenidos se refleja que un 92.2% no conoce alguna creencia relacionada con el embarazo; no obstante un 7.8% mencionó si conocer.

Lo anterior refleja que en la mayoría de las adolescentes no conocen alguna creencia relacionada al embarazo y un número significativo manifiesta conocer, permitiendo a que se realicen prácticas científicamente no aceptadas relacionadas al embarazo.

Cuadro N° 36

Distribución porcentual relacionado a la edad de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
De 10 a 13	3	4.7%
De 14 a 16	36	56.2%
De 17 a 19	25	39.1%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Del 100% de las adolescentes indica que un 56.2% inició sus relaciones sexuales entre las edades de 14 a 16 años, un 39.1% manifestó haber iniciado entre las edades de 17 a 19 años, no obstante un 4.7% que refirió haber iniciado entre las edades de 10 a 13 años.

Lo anterior indica que un porcentaje mayoritario de las adolescentes inició sus relaciones sexuales entre las edades de 14 a 16 años, mientras que un dato significativo refiere haberlas iniciado entre las edades de 10 a 13 años, dato que es importante porque entre estas edades existe ausencia de conocimiento relacionados a la conducta sexual de las adolescentes y según la teorista Dorothea Orem indica que dependiendo el tipo de conducta que practique la adolescente así repercutirá en su bienestar tanto físico como psíquico.

Cuadro N° 37

Distribución porcentual respecto a la edad del primer embarazo de la adolescente.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
De 12 a 14	2	3.1%
De 15 a 17	30	46.9%
De 18 a 19	32	50.0%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según datos obtenidos de las adolescentes un 50% han tenido su primer embarazo entre las edades de 18 a 19 años, el 46.9% manifestó que su primer embarazo ha sido entre las edades de 15 a 17 años y un 3.1% refirió haber tenido el primer embarazo entre las edades de 12 a 14 años.

Lo anterior indica que la mayoría de adolescentes tuvo su primer embarazo entre los 18 a 19 años de edad y un número significativo manifestó que fue entre los 12 a 14 años de edad, dato importante debido a que se considera de alto riesgo, porque físicamente su cuerpo no es apto para el desarrollo de un embarazo.

Cuadro N° 38

Distribución porcentual respecto al número de embarazos que ha tenido la adolescente.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Un embarazo	60	93.7%
Dos embarazos	4	6.3%
Tres embarazos	0	0.0%
Más de tres embarazos	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Del total de la población adolescente un 93.7% manifestó que es su primer embarazo y solamente un 6.3% refirió ser su segundo embarazo.

Lo anterior indica que la mayoría de las adolescentes actualmente tienen su primer embarazo y una minoría mencionó que es su segundo embarazo, dato que es importante debido que ha esta edad su desarrollo físico y emocional no se ha completado.



Cuadro N° 39

Distribución porcentual relacionada al número de hijos que tiene la adolescente.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ninguno	60	93.7%
Un Hijo	4	6.3%
Dos hijos	0	0.0%
Tres hijos	0	0.0%
De tres a más hijos	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según la tabla de distribución porcentual se refleja que un 93.7% de las adolescentes no tienen ningún hijo aún y un 6.3% manifestó tener un hijo.

Los datos demuestran que la mayoría de las adolescentes aún no han tenido hijos y una minoría manifestó que ya tienen un hijo, porcentaje que es significativo debido a que se habla de adolescentes que están en pleno desarrollo y ésta da lugar a situaciones de riesgo tanto maternas como fetales.

Cuadro N<sup>a</sup> 40

Distribución porcentual respecto a si la adolescente ha presentado abortos con anterioridad.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	0	0.0%
NO	64	100.0%
Total	64	100.0%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según los datos obtenidos el 100% de las adolescentes entrevistada manifestó no haber tenido abortos.

Lo anterior indica que todas las adolescentes no han presentado ningún aborto, lo que es importante debido que a pesar de la inmadurez física y emocional en la que se encuentran no han presentado esta complicación.

Cuadro N° 41

Distribución porcentual en relación a las complicaciones que ha sufrido la adolescente durante el embarazo.

<b>Alternativa</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	Fetal	1	1.6%
	Materna	6	9.4%
NO		57	89.1%
Total		64	100%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según los datos obtenidos se refleja que un 89.1% de las adolescentes no ha presentado complicaciones durante el embarazo; no obstante un 10.9% que ha presentado complicaciones, subdividiéndose en un 9.4% en complicaciones maternas y un 1.6% en complicaciones fetales.

Lo anterior indica que la mayoría de las adolescentes embarazadas no han sufrido ninguna complicación, sin embargo un porcentaje significativo ha sufrido complicaciones de tipo materna y/o fetal; porcentaje que es de importancia, debido que a esta edad la adolescente se encuentra vulnerable a cualquier riesgo provocado por el embarazo.

#### Cuadro N° 42

Distribución porcentual respecto a si la adolescente ha tenido un óbito fetal.

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
SI	0	0.0%
NO	64	100.0%
Total	64	100.0%

Fuente: Entrevista dirigida a adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" San Jacinto, departamento de San Salvador.

Según los datos se refleja que un 100% de la población no ha presentado óbitos fetales.

Lo anterior afirma que ninguna de las adolescentes han presentado un óbito fetal, lo cual es positivo debido que a pesar de la inmadurez física y emocional en la que se encuentran no han presentado este tipo de complicación.

## B. Comprobación de hipótesis

### Hipótesis N° 1

La disfuncionalidad de las familias está relacionada con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto

V1. ¿Con cuáles de los miembros de la familia vive actualmente?	V2. ¿Cuántos embarazos ha tenido?				
	Alternativas				
Alternativas	1 Emb	2 Emb	3 Emb	Más de 3 Emb	Total
Papá y Mamá	4	0	0	0	4
Solo Mamá	7	0	0	0	7
Solo Papá	1	0	0	0	1
Pareja	34	3	0	0	37
Pareja y abuelos	1	0	0	0	1
Pareja y padres	1	0	0	0	1
Madre y pareja	10	1	0	0	11
Hermanos y pareja	1	0	0	0	1
Otros/ Suegra	1	0	0	0	1
Total	60	4	0	0	64

<b>Fo</b>	<b>Fe</b>	<b>Fo - Fe</b>	<b>(Fo - Fe)<sup>2</sup></b>	<b><math>x^2 = \Sigma \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}</math></b>	<b>x<sup>2</sup>C</b>	<b>x<sup>2</sup>T</b>
4	3.75	0.25	0.062	0.02	1.37	36.41
0	0.25	-0.25	0.062	0.25		
0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0		
7	6.56	0.44	0.19	0.03		
0	0.44	-0.44	0.19	0.43		
0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0		
1	0.94	0.06	0.003	0.0032		
0	0.06	-0.06	0.003	0.05		
0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0		
34	34.69	-0.69	0.48	0.02		
3	2.31	0.69	0.48	0.21		
0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0		
1	0.94	0.06	0.003	0.0032		
0	0.06	-0.06	0.003	0.05		
0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0		
1	0.94	0.06	0.003	0.0032		
0	0.06	-0.06	0.003	0.05		
0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0		

10	10.31	-0.31	0.096	0.0093		
1	0.69	0.31	0.096	0.14		
0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0		
1	0.94	0.06	0.003	0.0032		
0	0.06	-0.06	0.003	0.05		
0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0		
1	0.94	0.06	0.003	0.0032		
0	0.06	-0.06	0.003	0.05		
0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0		
				1.37		

$$GL = (C-1) (F-1)$$

$$GL = (4-1) (9-1)$$

$$GL = (3) (8)$$

$$GL = 24$$

Al aplicar la fórmula de chi cuadrado, se obtuvo un  $X^2$  calculado de 1.37 y  $X^2$  teórico de 36.41 tomando 24 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05, y dado que el  $X^2$  Calculado es menor que el  $X^2$  Teórico se comprueba que no existe relación en cuanto al número de los embarazos que ha tenido la adolescente respecto a con quien de los miembros de la familia vive, representándose estadísticamente de la siguiente forma:

$$X^2 C = 1.37 < X^2 T = 36.41$$

V1. ¿El inicio de sus relaciones sexo coitales ha ocasionado alguna dificultad para vivir con sus padres?	V2. ¿A qué edad inicio sus relaciones sexo coitales?			
Alternativas	Alternativas			
	de 10 a 13	de 14 a 17	De18 a a19	Total
SI	0	3	1	4
NO	3	33	24	60
Total	3	36	25	64

<b>Fo</b>	<b>Fe</b>	<b>Fo - Fe</b>	<b>(Fo - Fe)<sup>2</sup></b>	<b><math>x^2 = \Sigma \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}</math></b>	<b>x<sup>2</sup>C</b>	<b>x<sup>2</sup>T</b>
0	0.19	-0.19	0.036	0.19	0.68	5.99
3	2.25	0.75	0.56	0.25		
1	1.56	-0.56	0.31	0.20		
3	2.81	0.19	0.036	0.013		
33	33.75	-0.75	0.56	0.017		
24	23.44	0.56	0.31	0.013		
				0.68		



$$GL = (C-1) (F-1)$$

$$GL = (3-1) (2-1)$$

$$GL = (2) (1)$$

$$GL = 2$$

Al aplicar la fórmula de chi cuadrado, se obtuvo un  $X^2$  calculado de 0.68 y  $X^2$  teórico de 5.99 tomando 2 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05, y dado que el  $X^2$  Calculado es menor que el  $X^2$  Teórico se comprueba que no existe relación entre el inicio de las relaciones sexo coitales le ha dificultado la convivencia con sus padres y la edad de inicio de las relaciones sexo coitales representándose estadísticamente de la siguiente forma:

$$X^2 C = 0.68 < X^2 T = 5.99$$

V1. ¿ Con quién de los miembros de la familia ha crecido?		V2. ¿A qué edad fue su primer embarazo?			
Alternativas		Alternativas			
		De 12 a 14	De 15 a 17	De 18 a 19	Total
Papá y Mamá		1	13	15	29
Solo Mamá		1	15	12	28
Solo Papá		0	0	1	1
Otros	Abuela	0	1	2	3
	Tía y abuela	0	0	1	1
	Tía	0	1	1	2
Total		2	30	32	64

<b>Fo</b>	<b>Fe</b>	<b>Fo - Fe</b>	<b>(Fo - Fe)<sup>2</sup></b>	<b><math>x^2 = \Sigma \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}</math></b>	<b><math>x^2C</math></b>	<b><math>x^2T</math></b>
1	0.9	0.1	0.01	0.01	3.31	18.30
13	13.59	-0.59	0.35	0.26		
15	14.5	0.5	0.25	0.017		
1	0.88	0.12	0.014	0.016		
15	13.13	1.87	3.5	0.27		
12	14	-2	4	0.29		
0	0.03	-0.03	0.0009	0.03		
0	0.47	-0.47	0.22	0.47		
1	0.5	0.5	0.25	0.5		
0	0.09	-0.09	0.0081	0.09		
1	1.41	-0.41	0.17	0.12		
2	1.5	0.5	0.25	0.17		
0	0.03	-0.03	0.0009	0.03		
0	0.47	-0.47	0.22	0.47		
1	0.5	0.5	0.25	0.5		
0	0.06	-0.06	0.0036	0.06		
1	0.94	0.06	0.0036	0.0038		
1	1	0	0	0		
				3.31		

GL= (C-1) (F-1)

GL= (3-1) (6-1)

GL= (2) (5)

GL= 10

Al aplicar la fórmula de chi cuadrado, se obtuvo un  $X^2$  calculado de 3.31 y  $X^2$  teórico de 18.30 tomando 10 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05, y dado que el  $X^2$  Calculado es menor que el  $X^2$  Teórico se comprueba que no existe relación entre la edad del primer embarazo de la adolescente respecto a los miembros de la familia con quienes ha crecido, representándose estadísticamente de la siguiente forma:

$X^2 C = 3.31 < X^2 T = 18.30$

V1. ¿Cuál de los siguientes aspectos han intervenido en el inicio de sus relaciones sexo coitales?	V2. ¿A qué edad fue su primer embarazo?			
	Alternativas			
Alternativas	De 10 a 13	De 14 a 16	De 17 a 19	Total
Huir de un ambiente difícil	0	1	0	1
Por curiosidad	0	6	2	8
Por decisión propia	1	19	17	37
Formar su propia familia	1	9	4	14
Agradar al novio, decisión propia y Formar su propia familia	1	0	0	1
Otros	0	1	2	3
Total	3	36	25	64

<b>Fo</b>	<b>Fe</b>	<b>Fo - Fe</b>	<b>(Fo - Fe)<sup>2</sup></b>	<b><math>x^2 = \Sigma \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}</math></b>	<b>x<sup>2</sup>C</b>	<b>x<sup>2</sup>T</b>
0	0.05	-0.05	0.0025	0.05	6.6	18.30
1	0.56	0.44	0.19	0.35		
0	0.39	-0.39	0.15	0.39		
0	0.38	-0.38	0.14	0.38		
6	4.5	1.5	2.25	0.50		
2	3.13	-1.13	1.28	0.41		
1	1.73	-0.73	0.53	0.31		
19	20.81	-1.81	3.28	0.16		
17	14.45	2.55	6.5	0.45		
1	0.65	0.35	0.12	0.19		
9	7.88	1.12	1.25	0.16		
4	5.47	-1.47	2.16	0.39		
1	0.05	0.95	0.9	0.90		
0	0.56	-0.56	0.31	0.56		
0	0.39	-0.39	0.15	0.39		
0	0.14	-0.14	0.02	0.14		
1	1.69	-0.69	0.48	0.28		
2	1.17	0.83	0.69	0.59		
				6.60		

GL= (C-1) (F-1)

GL= (3-1) (6-1)

GL= (2) (5)

GL= 10

Al aplicar la fórmula de chi cuadrado, se obtuvo un  $X^2$  calculado de 6.60 y  $X^2$  teórico de 18.30 tomando 10 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05, y dado que el  $X^2$  Calculado es menor que el  $X^2$  Teórico se comprueba que no existe relación entre los aspectos intervinientes en el inicio de sus relaciones sexuales con la edad de su primer embarazo; representándose estadísticamente de la siguiente forma:

$X^2 C= 6.60 < X^2 T= 18.30$

#### RESULTADO DE HIPOTESIS

Científicamente se ha evidenciado que no existe relación entre la disfuncionalidad de la familia con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada "Dr. Mauricio Sol Nerio" de San Jacinto, por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo N°1 y se acepta la hipótesis nula N°1

Hipótesis N°2

El nivel educativo y de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva está relacionado con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto

V1. ¿Ha recibido orientación sobre métodos de planificación familiar?	V2. ¿A qué edad fue su primer embarazo?			
Alternativas	Alternativas			
	De 12 a 14	De 15 a 17	De 18 a 19	Total
SI	0	16	21	37
NO	2	14	11	27
Total	2	30	32	64

<b>Fo</b>	<b>Fe</b>	<b>Fo - Fe</b>	<b>(Fo - Fe)<sup>2</sup></b>	<b><math>x^2 = \Sigma \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}</math></b>	<b>x<sup>2</sup>C</b>	<b>x<sup>2</sup>T</b>
0	1.16	-1.16	1.35	1.16	3.8	5.99
16	17.34	-1.34	1.80	0.1		
21	18.5	2.5	6.25	0.34		
2	0.84	1.16	1.35	1.6		
14	12.66	1.34	1.80	0.14		
11	13.5	-2.5	6.25	0.46		
				3.80		

$$GL = (C-1) (F-1)$$

$$GL = (3-1) (2-1)$$

$$GL = (2) (1)$$

$$GL = 2$$

Al aplicar la fórmula de chi cuadrado, se obtuvo un  $X^2$  calculado de 3.8 y  $X^2$  teórico de 5.99 tomando 2 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05, y dado que el  $X^2$  Calculado es menor que el  $X^2$  Teórico se comprueba que no existe relación entre la orientación que ha recibido la adolescente sobre métodos de planificación familiar con la edad de su primer embarazo representándose estadísticamente de la siguiente forma:

$$X^2 C = 3.80 < X^2 T = 5.99$$

V1. ¿Se considera usted preparada para afrontar este embarazo?	V2. ¿A qué edad fue su primer embarazo?			
Alternativas	Alternativas			
	De 12 a 14	De 15 a 17	De 18 a 19	Total
SI	2	23	25	50
NO	0	7	7	14
Total	2	30	32	64

<b>Fo</b>	<b>Fe</b>	<b>Fo - Fe</b>	<b>(Fo - Fe)<sup>2</sup></b>	<b><math>x^2 = \Sigma \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}</math></b>	<b>x<sup>2</sup>C</b>	<b>x<sup>2</sup>T</b>
2	1.56	0.44	0.19	0.12	0.59	5.99
23	23.44	-0.44	0.19	0.0081		
25	25	0	0	0		
0	0.44	-0.44	0.19	0.43		
7	6.56	0.44	0.19	0.029		
7	7	0	0	0		
				0.59		

$$GL = (C-1) (F-1)$$

$$GL = (3-1) (2-1)$$

$$GL = (2) (1)$$

$$GL = 2$$

Al aplicar la fórmula de chi cuadrado, se obtuvo un X<sup>2</sup> calculado de 0.59 y X<sup>2</sup> teórico de 5.99 tomando 2 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05, y dado que el X<sup>2</sup> Calculado es menor que el X<sup>2</sup> Teórico se comprueba que no existe relación entre la edad del primer embarazo de la adolescente respecto a su preparación para afrontarlo representándose estadísticamente de la siguiente forma:

$$X^2 C = 0.59 < X^2 T = 5.99$$



V1. ¿Cuál de los siguientes métodos temporales usted conoce?	V2. ¿A qué edad fue su primer embarazo?			
Alternativas	Alternativas			
	De 12 a 14	De 15 a 17	De 18 a 19	Total
Condón, orales e inyectables	0	15	17	32
Inyectable y método de lactancia materna exclusiva	1	0	0	1
Condón	0	1	2	3
Condón, orales, Inyectables y método de lactancia materna exclusiva	0	3	2	5
Condón, orales, inyectables y método del ritmo	0	6	5	11
Condón, inyectable y método del ritmo	0	0	2	2
Condón y orales	0	1	0	1
Condón, orales inyectables, método del ritmo y método de lactancia materna exclusiva	0	0	3	3
Método del ritmo	0	1	0	1
Condón e inyectables	1	1	1	3
Condón, orales, método del ritmo y método de lactancia materna exclusiva	0	1	0	1
Ninguno	0	1	0	1
Total	2	30	32	64

<b>Fo</b>	<b>Fe</b>	<b>Fo - Fe</b>	<b>(Fo - Fe)<sup>2</sup></b>	<b><math>x^2 = \Sigma \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}</math></b>	<b>x<sup>2</sup>C</b>	<b>x<sup>2</sup>T</b>
0	1	-1	1	1	52.35	33.92
15	15	0	0	0		
17	16	1	1	0.063		
1	0.031	0.97	0.94	30.32		
0	0.47	-0.47	0.22	0.47		
0	0.5	-0.5	0.25	0.5		
0	0.094	-0.094	0.0088	0.094		
1	1.41	-0.41	0.17	0.12		
2	1.5	0.5	0.25	0.17		
0	0.15	-0.15	0.022	0.14		
3	2.34	0.66	0.44	0.19		
2	2.5	-0.5	0.25	0.1		
0	0.34	-0.34	0.12	0.35		
6	5.16	0.84	0.71	0.14		
5	5.5	-0.5	0.25	0.045		
0	0.063	-0.063	0.004	0.063		
0	0.94	-0.94	0.88	0.94		
2	1	1	1	1		
0	0.031	-0.031	0.00096	0.031		
1	0.47	0.53	0.28	0.60		
0	0.5	-0.5	0.25	0.5		

0	0.094	-0.094	0.0088	0.094		
0	1.41	-1.41	1.99	1.41		
3	1.5	1.5	2.25	1.5		
0	0.031	-0.031	0.00096	0.031		
1	0.47	0.53	0.28	0.60		
0	0.5	-0.5	0.25	0.5		
1	0.094	-0.91	0.83	8.83		
1	1.41	-0.41	0.17	0.12		
1	1.5	-0.5	0.25	0.17		
0	0.031	-0.031	0.00096	0.031		
1	0.47	0.53	0.28	0.60		
0	0.5	-0.5	0.25	0.5		
0	0.031	-0.031	0.00096	0.031		
1	0.47	0.53	0.28	0.60		
0	0.5	-0.5	0.25	0.5		
				52.35		

GL= (C-1) (F-1)

GL= (3-1) (12-1)

GL= (2) (11)

GL= 22

Al aplicar la fórmula de chi cuadrado, se obtuvo un  $X^2$  calculado de 52.35 y  $X^2$  teórico de 33.92 tomando 22 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05, y dado que el  $X^2$  Calculado es menor que el  $X^2$  Teórico se comprueba que existe relación entre los métodos temporales de planificación familiar que la adolescente conoce con la edad de su primer embarazo representándose estadísticamente de la siguiente forma:

$$X^2 C= 52.35 > X^2 T= 33.92$$

#### RESULTADO DE HIPOTESIS

Científicamente se ha evidenciado que no existe relación entre el nivel educativo y de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” San Jacinto; no obstante existe relación de los indicadores de los métodos de planificación familiar que conoce la adolescente con la edad de su primer embarazo; sin embargo se rechaza la hipótesis de trabajo N°2 y se acepta la hipótesis nula N°2

Hipótesis N° 3 La adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso están relacionados con el embarazo en adolescentes que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto

V1. ¿Considera efectivos los métodos temporales de planificación familiar?	V2. ¿Cuántos embarazos ha tenido?				
Alternativas	Alternativas				
	1 Emb	2 Emb	3 Emb	Más de 3 Emb	Total
SI	46	2	0	0	48
NO	14	2	0	0	16
Total	60	4	0	0	64

<b>Fo</b>	<b>Fe</b>	<b>Fo - Fe</b>	<b>(Fo - Fe)<sup>2</sup></b>	<b><math>x^2 = \Sigma \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}</math></b>	<b><math>x^2C</math></b>	<b><math>x^2T</math></b>
46	45	1	1	0.022	1.42	7.81
2	3	-1	1	0.33		
0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0		
14	15	-1	1	0.067		
2	1	1	1	1		
0	0	0	0	0		
0	0	0	0	0		
				1.42		

$$GL = (C-1) (F-1)$$

$$GL = (4-1) (2-1)$$

$$GL = (3) (1)$$

$$GL = 3$$

Al aplicar la fórmula de chi cuadrado, se obtuvo un  $X^2$  calculado de 1.42 y  $X^2$  teórico de 7.81 tomando 3 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05, y dado que el  $X^2$  Calculado es menor que el  $X^2$  Teórico se comprueba que no existe relación entre la efectividad de los métodos temporales de planificación familiar con el número de embarazo que han tenido las adolescentes, representándose estadísticamente de la siguiente forma:

$$X^2 C = 1.42 < X^2 T = 7.81$$

V1. ¿Ha utilizado algún método temporal de planificación familiar?	V2. ¿A qué edad fue su embarazo?			
Alternativas	Alternativas			
	De 12 a 14	De 15 a 17	De 18 a 19	Total
SI	0	18	12	30
NO	2	12	20	34
Total	2	30	32	64

<b>Fo</b>	<b>Fe</b>	<b>Fo - Fe</b>	<b>(Fo - Fe)<sup>2</sup></b>	<b><math>x^2 = \Sigma \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}</math></b>	<b>x<sup>2</sup>C</b>	<b>x<sup>2</sup>T</b>
0	0.94	-0.94	0.88	0.94	4.97	5.99
18	14.06	3.94	16	1.10		
12	15	-3	9	0.6		
2	1.06	0.94	0.88	0.83		
12	15.94	-3.94	16	0.97		
20	17	3	9	0.53		
				4.97		

$$GL = (C-1) (F-1)$$

$$GL = (3-1) (2-1)$$

$$GL = (2) (1)$$

$$GL = 2$$

Al aplicar la fórmula de chi cuadrado, se obtuvo un X<sup>2</sup> calculado de 4.97 y X<sup>2</sup> teórico de 5.99 tomando 2 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05, y dado que el X<sup>2</sup> Calculado es menor que el X<sup>2</sup> Teórico se comprueba que no existe relación en la utilización de métodos temporales de planificación respecto a la edad del primer embarazo de las adolescentes, representándose estadísticamente de la siguiente forma:

$$X^2 C = 4.97 < X^2 T = 5.99$$

V1. ¿De cuál de los siguientes métodos temporales de planificación familiar conoce usted el uso correcto?	V2. ¿A qué edad fue su embarazo?			
Alternativas	Alternativas			
	De 12 a 14	De 15 a 17	De 18 a 19	Total
Condón	0	6	6	12
Condón, orales, inyectables y método del ritmo	0	1	3	4
Condón , orales e inyectables	0	9	9	18
Condón y orales	0	2	0	2
Condón, orales , inyectables y método de lactancia materna	0	1	0	1
Inyectables	0	0	3	3
Orales e inyectables	0	1	2	3
Condón, Orales , Inyectables, método del ritmo y método de lactancia materna	0	0	2	2
Condón e inyectables	1	2	3	6
Condón y método del ritmo	0	1	0	1
Ninguna	1	7	4	12
Total	2	30	32	64



<b>Fo</b>	<b>Fe</b>	<b>Fo - Fe</b>	<b>(Fo - Fe)<sup>2</sup></b>	<b><math>x^2 = \Sigma \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}</math></b>	<b>x<sup>2</sup>C</b>	<b>x<sup>2</sup>T</b>
0	0.37	-0.37	0.14	0.38	17.68	31.41
6	5.62	0.38	0.14	0.025		
6	6	0	0	0		
0	0.12	-0.12	0.014	0.12		
1	1.88	-0.88	0.77	0.41		
3	2	1	1	0.5		
0	0.56	-0.56	0.31	0.55		
9	8.44	0.56	0.31	0.037		
9	9	0	0	0		
0	0.062	-0.062	0.0038	0.06		
2	0.94	1.06	1.12	1.19		
0	1	-1	1	1		
0	0.031	-0.031	0.0009	0.03		
1	0.47	0.53	0.28	0.59		
0	0.5	-0.5	0.25	0.5		
0	0.094	-0.094	0.0088	0.094		
0	1.41	-1.41	1.99	1.41		
3	1.5	1.5	2.25	1.5		
0	0.094	-0.094	0.0081	0.09		
1	1.41	-0.41	0.17	0.12		
2	1.5	0.5	0.25	0.17		

0	0.062	-0.062	0.0038	0.061		
0	0.94	-0.94	0.88	0.94		
2	1	1	1	1		
1	0.19	0.81	0.66	3.47		
2	2.81	-0.81	0.66	0.23		
3	3	0	0	0		
0	0.031	-0.031	0.0009	0.03		
1	0.47	0.53	0.28	0.60		
0	0.5	-0.5	0.25	0.5		
1	0.37	0.63	0.4	1.08		
7	5.63	-1.37	1.88	0.33		
4	6	-2	4	0.67		
				17.68		

GL= (C-1) (F-1)

GL= (3-1) (11-1)

GL= (2) (10)

GL= 20

Al aplicar la fórmula de chi cuadrado, se obtuvo un  $X^2$  calculado de 17.68 y  $X^2$  teórico de 31.41 tomando 20 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05, y dado que el  $X^2$  Calculado es menor que el  $X^2$  Teórico se comprueba que no existe relación entre el uso correcto de los métodos temporales de planificación familiar con la edad del primer embarazo de las adolescentes, representándose estadísticamente de la siguiente forma:

$X^2 C= 17.68 < X^2 T=31.41$

## RESULTADO DE HIPOTESIS

Científicamente se ha evidenciado que no existe relación entre la adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto, por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo N°3 y se acepta la hipótesis nula N°3.

Hipótesis N°4

Las creencias y mitos están relacionados con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

V1. ¿Conoce usted Creencias relacionadas al embarazo?	V2. ¿A qué edad inicio sus relaciones sexo coitales?			
Alternativas	Alternativas			
	De 10 a 13	De 14 a 16	De 17 a 19	Total
SI	0	1	4	5
NO	3	35	21	59
Total	3	36	25	64

Fo	Fe	Fo - Fe	(Fo - Fe) <sup>2</sup>	$x^2 = \sum \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}$	x <sup>2</sup> C	x <sup>2</sup> T
0	0.23	-0.23	0.053	0.23	3.85	5.99
1	2.81	-1.81	3.28	1.17		
4	1.95	2.05	4.2	2.15		
3	2.77	0.23	0.053	0.019		
35	33.19	1.81	3.28	0.099		
21	23.05	-2.05	4.21	0.18		
				3.85		

$$GL = (C-1) (F-1)$$

$$GL = (3-1) (2-1)$$

$$GL = (2) (1)$$

$$GL = 2$$

Al aplicar la fórmula de chi cuadrado, se obtuvo un  $X^2$  calculado de 3.85 y  $X^2$  teórico de 5.99 tomando 2 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05, y dado que el  $X^2$  Calculado es menor que el  $X^2$  Teórico se comprueba que no existe relación entre las creencias en el embarazo, con la edad de inicio de las relaciones sexo coitales de las adolescentes, representándose estadísticamente de la siguiente forma:

$$X^2 C = 3.85 < X^2 T = 5.99$$

V1. ¿Conoce usted mitos relacionados al embarazo?	V2. ¿A qué edad inicio sus relaciones sexo coitales?			
Alternativas	Alternativas			
	De 10 a 13	De 14 a 16	De 17 a 19	Total
SI	1	15	6	22
NO	2	21	19	42
Total	3	36	25	64

<b>Fo</b>	<b>Fe</b>	<b>Fo - Fe</b>	<b>(Fo - Fe)<sup>2</sup></b>	<b><math>x^2 = \Sigma \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}</math></b>	<b>x<sup>2</sup>C</b>	<b>x<sup>2</sup>T</b>
1	1.03	-0.03	0.0009	0.00087	2.38	5.99
15	12.38	2.62	6.86	0.55		
6	8.59	-2.59	6.71	1.12		
2	1.97	0.03	0.0009	0.0045		
21	23.62	-2.62	6.86	0.290		
19	16.41	2.59	6.71	0.41		
				2.38		

$$GL = (C-1) (F-1)$$

$$GL = (3-1) (2-1)$$

$$GL = (2) (1)$$

$$GL = 2$$

Al aplicar la fórmula de chi cuadrado, se obtuvo un X<sup>2</sup> calculado de 2.38 y X<sup>2</sup> teórico de 5.99 tomando 2 grados de libertad y un nivel de significancia de 0.05, y dado que el X<sup>2</sup> Calculado es menor que el X<sup>2</sup> Teórico se comprueba que no existe relación entre el conocimiento de mitos en el embarazo con la edad de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes, representándose estadísticamente de la siguiente forma:

$$X^2 C = 2.38 < X^2 T = 5.99$$

## RESULTADO DE HIPOTESIS

Científicamente se ha evidenciado que no existe relación entre las creencias y mitos con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto, por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo N°4 y se acepta la hipótesis nula N°4





	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con quienes de los miembros de la familia ha crecido</li> <li>• A qué edad fue su primer embarazo</li> </ul>	3.31	18.30	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuál de los siguientes aspectos han intervenido en el inicio de su relaciones sexo coitales</li> <li>• A qué edad fue su primer embarazo</li> </ul>	4.69	18.30	
El nivel educativo y de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva está relacionado con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha recibido orientación sobre métodos de planificación familiar</li> <li>• A qué edad fue su primer</li> </ul>	2.64	5.99	Según los resultados obtenidos al aplicar el método estadístico del $X^2$ se comprueba científicamente que no existe relación entre el nivel educativo y de conocimiento sobre

<p>consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.</p>	<p>embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se considera usted preparada para afrontar este embarazo</li> <li>• A qué edad fue su primer embarazo</li> <li>• Cuáles de los siguiente métodos temporales de planificación familiar usted conoce</li> <li>• A qué edad fue su primer embarazo</li> </ul>	<p>0.59</p>	<p>5.99</p>	<p>salud sexual y reproductiva con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto; no obstante existe relación de los indicadores de los métodos de planificación familiar que conoce la adolescente con la edad de su primer embarazo; sin embargo se rechaza la hipótesis de trabajo N°2 y se acepta la hipótesis nula N°2</p>
<p>La adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso están relacionados con los embarazos en</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera efectivos lo métodos temporales de planificación</li> </ul>	<p>1.42</p>	<p>7.81</p>	<p>Según los resultados obtenidos al aplicar el método estadístico del <math>X^2</math> se comprueba científicamente que no existe relación entre la</p>

<p>adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.</p>	<p>familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuantos embarazos ha tenido</li> <li>• Ha utilizado un método temporal de planificación familiar</li> <li>• A qué edad fue su primer embarazo</li> <li>• De cuál de los siguientes métodos temporales conoce usted el uso correcto</li> <li>• A qué edad fue su primer embarazo</li> </ul>	<p>4.97</p> <p>17.68</p>	<p>5.99</p> <p>31.41</p>	<p>adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto, por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo N°3 y se acepta la hipótesis nula N°3</p>
<p>Las creencias y mitos están relacionados con los embarazos en adolescentes de 12 a</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conoce usted creencias relacionadas</li> </ul>	<p>3.85</p>	<p>5.99</p>	<p>Según los resultados obtenidos al aplicar el método estadístico del <math>X^2</math> se comprueba</p>

<p>19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.</p>	<p>al embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A qué edad inicio sus relaciones sexo coitales</li> <li>• Conoce usted mitos relacionadas al embarazo</li> <li>• A qué edad inicio sus relaciones sexo coitales</li> </ul>	<p>2.66</p>	<p>5.99</p>	<p>científicamente que no existe relación entre las creencias y mitos con los embarazos en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto, por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo N°4 y se acepta la hipótesis nula N°4</p>
--	--	-------------	-------------	---

#### **D. Análisis general de los resultados**

Según los resultados obtenidos en la investigación sobre: Los Factores socioculturales que se relacionan con el embarazo en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto, departamento de San Salvador de Septiembre a Octubre 2014; desde la perspectiva psicosocial la familia es vista como uno de los micro ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.

La disfunción paterna y materna es particularmente grave cuando los hijos están transitando la pubertad y la adolescencia, con cambios psicofísicos que para el sujeto son turbulentos y dolorosos ya que está en juego la configuración de la identidad definitiva en el pasaje a la vida adulta

La disfuncionalidad proviene de muchos factores; la misma pobreza hace que los padres puedan emigrar a otros países; tanto el padre como la madre son infieles a su pareja y a la vez a su familia, también puede ser por causas económicas, sociales e inmorales entre estas el abuso sexual, y embarazos en adolescentes por falta de orientación de tipo familiar, sexual.

Las consecuencias negativas relacionadas a la desintegración familiar son notablemente más graves y evidentes en los adolescentes por que la ausencia de uno o ambos progenitores genera carencias afectivas que las jóvenes no saben resolver, impulsándolas a buscar el afecto en otras personas, esto podría conllevar al inicio de las relaciones sexuales que tiene mucho más de sometimiento para recibir afecto y puede predisponer a una relación sexual prematura además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar hostil.

De acuerdo a los resultados obtenidos al realizar las entrevistas se constata que una parte significativa de la población adolescente embarazadas ha crecido con uno de sus progenitores u otras personas en segundo grado de consanguinidad, refiriendo que los factores que han intervenido en la disfuncionalidad de sus familias han sido el alcoholismo, el abandono y fallecimiento de uno de los progenitores, emigración, condiciones económicas precarias, por decisión propia, problemas familiares e incluso violencia intrafamiliar.

La teoría menciona que éste tipo de disfuncionalidad está relacionada a los embarazos prematuros, sin embargo en la investigación se comprobó que la mayoría de las adolescentes entrevistadas ha iniciado sus relaciones sexuales por decisión propia, es así como también se desliga que la disfuncionalidad familiar no ha sido un factor determinante para las decisiones que la adolescente han tomado en relación a su sexualidad.

El nivel educativo y de conocimiento de la salud sexual y reproductiva según la OPS ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad y a la salud reproductiva siendo la que implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia y para lograr y mantener la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas y que sean capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos en la que no es obligatoria la procreación, pues la sexualidad en sí misma es una forma de comunicación, convivencia y/o amor entre las personas.

La investigación demuestra que las adolescentes en estudio conocen sobre la salud sexual y reproductiva de forma superficial debido que en su mayoría no tienen los conocimientos específicos sobre derechos de dicho tema, así mismo

existe un porcentaje significativo que expresó no haber recibido orientación referente a los métodos de planificación familiar, pero si conocer al menos tres de ellos.

La adopción en relación a los métodos de planificación familiar hace referencia a la práctica y aceptación de los diferentes métodos temporales con el objetivo de prevenir el embarazo no planificado además de poseer el conocimiento sobre el uso correcto de estos métodos, conocimiento que deberían recibir las y los adolescentes previo al inicio de las relaciones sexo coitales.

Se puede comprobar que la mayoría de las adolescentes embarazadas que consultaron en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar no utilizaron ningún método temporal de planificación familiar antes de salir embarazadas, sin embargo una minoría que si utilizaron expresaron que fue el condón y a pesar de esto quedaron embarazadas esto se debe a no conocer el uso correcto de estos, además cabe mencionar que algunas adolescentes si conocen ventajas y desventajas de al menos tres métodos básicos de planificación familiar; no obstante algunas adolescentes a pesar de conocer estos métodos desconocen sus desventajas.

La falta de información respecto a la Salud Sexual y reproductiva hace que la población adolescente crea en mitos y creencias relacionadas con el embarazo esto a su vez se va transmitiendo de generación en generación.

Según el estudio se obtuvo que la mayoría de las adolescentes refirieron no conocer mitos relacionados al embarazo, no obstante una minoría refirió conocer algunos mitos para evitar un embarazo tales como: tomar agua de canela y aguacate, agua de canela y manzanilla, cuando la luna está llena, comerse la semilla del aguacate, orinar después de la primera relación y otras adolescentes no respondieron a pesar de haber mencionado conocer mitos.

Respecto a las creencias la mayoría de las adolescentes refirieron no tener conocimientos de estas y las que manifestaron que si al momento de preguntarles cuales eran no respondieron y las que si conocían mencionaron las siguientes: tener relaciones sexo coitales al andar con la menstruación no se puede quedar embarazada.

En la investigación fueron sometidas a comprobación cuatro hipótesis donde se abordaron dentro del factor social la desintegración familiar, nivel educativo y de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y la adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso correcto, del factor cultural los mitos y creencias, de las que se comprobó científicamente que no existe alguna relación debido a que las hipótesis de trabajo se rechazan aceptando las hipótesis nulas, no obstante dentro de la comprobación de la hipótesis de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva uno de los indicadores relacionado al conocimiento de los métodos temporales de planificación familiar se afirma que tiene relación con el embarazo, lo que se identifica la necesidad de buscar alternativas para ampliar el conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y métodos de planificación.



## CAPITULO VI

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

#### **A. Conclusiones:**

1. La mayoría de adolescentes embarazadas han crecido en una familia disfuncional según datos obtenidos, no obstante se comprobó científicamente que la disfuncionalidad no tiene relación con el embarazo en las adolescentes que participaron en el estudio.
2. Resultados significativos expresan que existe una mayoría de adolescentes que tienen conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva, pero no poseen conocimiento respecto a los derechos en esa área; según comprobación científica esta indica que el nivel educativo y de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva no tiene relación con el embarazo en adolescentes.
3. La adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso correcto reflejan según datos obtenidos en el estudio que la mayoría de adolescentes no han utilizado métodos temporales de planificación familiar y un dato significativo no conoce el uso correcto de estos, no obstante mediante la comprobación científica se verifica que no existe relación con el embarazo en adolescentes.
4. Se comprueba científicamente que existe datos significativos de adolescentes que conocen algunos mitos y creencias, sin embargo no existe una relación con el embarazo en adolescente.

## **B. Recomendaciones**

A la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto:

1. Dar continuidad al desarrollo de los programas dirigido a los adolescentes que existen en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto
2. Incluir dentro de los programas dirigidos a los adolescentes el componente de salud sexual y reproductiva.
3. Formar club de adolescentes para proporcionar educación según necesidades en el área de salud.
4. Asignar un recurso de enfermería para la ejecución del programa y velar por su cumplimiento.
5. Priorizar visitas domiciliarias a embarazadas adolescentes.
6. Fortalecer la educación con las adolescentes sobre su proyecto de vida.

A las adolescentes:

1. Ejercen una sexualidad y reproducción responsable.

A los padres de familia:

1. Importante que establezcan un vínculo de confianza, afecto y comunicación con sus hijas.

C. Propuesta de intervención.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA  
LICENCIATURA EN ENFERMERIA.



PLAN DE ESTRATEGIAS PARA LA EJECUCION DEL PROGRAMA  
ADOLESCENTE RELACIONADO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

RESPONSABLES:

AUTORIDADES DE LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR  
ESPECIALIZADA "DR. MAURICIO SOL NERIO" DE SAN JACINTO

ELABORADO POR:

CECIA EUNICE ALVARENGA CARBAJAL

EVELYN JANETH APARICIO MEJÍA

ERIKA RAQUEL CAMPOS JIMÉNEZ

GÜENDI CAROLINA ESTRADA MOLINA.

Ciudad Universitaria, Diciembre del 2014.

## INDICE

<b>Contenido.</b>	<b>Pág.</b>
I. DESCRIPCIÓN DEL PLAN .....	1
II. JUSTIFICACIÓN .....	1
III. OBJETIVOS	
1. General .....	2
2. Específicos .....	2
IV. METAS .....	3
V. ESTRATEGIAS .....	3
VI. LINEAS GENERALES DE ACCIÓN .....	4
VII. EVALUACION .....	4

## I. DESCRIPCION DEL PLAN.

El plan de estrategias para la ejecución del programa adolescente relacionado a la salud sexual y reproductiva. está dirigida a la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” San Jacinto, con el propósito de que se les brinde a las adolescentes diferentes temas relacionados a la sexualidad como: derechos sexuales y reproductivos, prevención de embarazo y sus complicaciones, métodos de planificación familiar, autoestima, proyecto de vida, toma de decisiones, equidad e igualdad, comunicación efectiva, todo para que las adolescentes tomen decisiones y pongan en práctica los conocimiento aprendidos en el programa ayudando a disminuir los problemas relacionados a la salud sexual y reproductiva.

Él está estructurado con base a los resultados obtenidos de la investigación realizada; la cual está constituida por la justificación en la que se mencionan los elementos importantes que sustentan el presente plan, contienen además objetivos que servirán de guía para la implementación del plan, también las metas que describen lo que se pretende lograr, se plantean las estrategias a seguir; además se incluyen líneas generales de acción que son las actividades a ejecutar.

## II. JUSTIFICACION:

La Unidad de Salud es una de las instituciones encargada de velar por la promoción y prevención de riesgo que ponen en peligro la salud de la población entre estos a las adolescentes que son una de las más vulnerables a situaciones que ponen en peligro su desarrollo físico como psicosocial, como lo es el embarazo aunque no se trata de una enfermedad pero si puede poner en peligro la salud o la vida de las adolescentes debido a que su cuerpo no está completamente desarrollado para afrontar un embarazo.

Es por ello que el plan tiene como propósito la implementación del programa para fortalecer conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva, que según resultados de la investigación realizada se encontró que la mayoría de las adolescentes embarazadas inicio su vida sexual sin tener los conocimientos necesarios en relación a la salud sexual y reproductiva, por lo que es necesario concientizar la ejecución del plan de estrategias en relación al programa de adolescentes en los diferentes centros educativos para ayudar en la reducción de los índice de embarazos precoces mediante el conocimiento que estos adquieran, siendo viable debido a la existencia de este y contando con la factibilidad de ser implementado mediante estrategias para la ejecución del programa.

### III. OBJETIVOS.

#### A. General.

Lograr la implementación de estrategias para la ejecución del programa adolescente relacionado a la salud sexual y reproductiva en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” San Jacinto.

#### A. Específicos.

1. Elaborar planes de trabajo con instituciones educativas para el desarrollo de actividades que fortalezcan el conocimiento y concientización de la sexualidad.
2. Incentivar al personal de enfermería para que capacite a las adolescentes sobre temas de salud sexual y reproductiva con el propósito de crear conciencia para prevenir embarazos a temprana edad e involucrarles en la elaboración de su proyecto de vida.

#### IV. METAS

1. Que en un 95% se haga efectiva la implementación de estrategias para la ejecución del programa adolescente relacionado a la salud sexual y reproductiva en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.
2. Lograr que el 90% de adolescentes mediante capacitaciones relacionadas a la sexualidad les ayude a formularse medidas de autocuidado y perspectiva para prevenir las situaciones que pueden poner en riesgo su bienestar tanto físico o psíquico, como lo es el embarazo a temprana edad.
3. Lograr coordinar con el 90% de instituciones educativas del sector.

#### V. ESTRATEGIAS

1. Mantener una coordinación efectiva con las autoridades de instituciones educativas del sector.
2. Mantener buena coordinación y comunicación con el personal responsable del programa.
3. Seleccionar personal con mayor idoneidad para que sea el responsable de la ejecución del programa a nivel de instituciones educativas.
4. Desarrollar el componente de salud sexual y reproductiva a nivel intra y extra mural.

## VI. LINEAS GENERALES DE ACCIÓN

1. Seleccionar al personal de enfermería que será el responsable de la planificación y ejecución del programa.
2. Coordinar con las autoridades de las Instituciones educativas del sector.
3. Ejecutar los temas planificados con las Instituciones educativas.
4. Acuerdo de fecha para la próxima ejecución de los temas con la autoridad de la institución.
5. Llevar registro de los temas ejecutados mensualmente.
6. Realizar evaluación constante del programa para fortalecer las debilidades que se han presentado durante la ejecución de éste.
7. Informar a las autoridades respectivas sobre los avances del desarrollo del programa.

## VII. EVALUACION

Esta tendrá como fundamento el logro de objetivos y metas propuestas en el presente proyecto.



## FUENTES DE INFORMACION.

- 1- La prensa.hn. De cada tres madres una es adolescente. La prensa hn 2013 septiembre 7; Sec. Salud: 1
  
- 2- InstituteGuttmacher. [monografía en internet]. Edición 8. New York: InstituteGuttmacher; año 2008 [5 de marzo de 2014]. [http://www.guttmacher.org/pubs/2008/07/02/fb\\_El\\_Salvador.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/2008/07/02/fb_El_Salvador.pdf)
  
- 3- Castillo JC. Latinoamérica es la tercera región con mayor tasa de fertilidad adolescente. Diario Colatino 2013 diciembre 13; Sec. Internacionales: 3
  
- 4- Política de Salud Sexual y Reproductiva, República de El Salvador en la América Central. Diario Oficial N°149, (15-08-2012)
  
- 5- Alta tasa de embarazos adolescentes en América Latina. ; [base de datos en internet]. Argentina: Iniguazú noticias; 4 de enero de 2014; [5 de marzo de 2014]. <http://iguazunoticias.com/v2011beta/2014/01/alta-tasa-de-embarazos-adolescentes-en-america-latina/>

- 6- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La adolescencia El Salvador: Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Informe técnico. San Salvador: MSPAS; 2011.
- 7- Herrera B, Flores R. MINSAL. preocupado por alto índice de embarazos en adolescentes. Prensa gráfica 2013 mayo 10; Sec. Salud.
- 8- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Unidad de Información, Monitoreo y Evaluación. San salvador: MSPAS; 2010.
- 9- Herrera B, Flores R. MINSAL preocupado por alto índice de embarazos en adolescentes: Prensa gráfica 2013 mayo 10; Sec. Salud.
- 10-Carías P. Niñas madres. El faro, Periódico digital. Publicado el 28 de enero de 2013 [acceso 12 de junio de 2013] Disponible en: <http://www.elfaro.net/es/201301/noticias/10819/>
- 11-Avelar. L.M. En El Salvador cada 30 minutos una adolescente da a luz. La Prensa Gráfica. Publicado el 30 de octubre de 2013 [acceso el 16 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.laprensagrafica.com/2013/10/30/en-el-salvador-cada-30-minutos-una-adolescente-da-a-luz>.
- 12-Sosa. B. Catalogan de epidemia embarazos de adolescentes. La Prensa Gráfica. Publicado en el 134 de diciembre de 2013 [acceso el 16 de

marzo de 2014]. Disponible en:  
<http://www.laprensagrafica.com/2013/12/13/catalogan-de-epidemia-embarazos-en-adolescentes>

13-Herrera B, Flores R. MINSAL preocupado por alto índice de embarazos en adolescentes: Prensa gráfica 2013 mayo 10; Sec. Salud.

14-Carías P. Niñas madres. El faro, Periódico digital. Publicado el 28 de enero de 2013 [acceso 12 de junio de 2013]. Disponible en:  
<http://www.elfaro.net/es/201301/noticias/10819/>

15-Alianza para la salud sexual y reproductiva en El Salvador [sede Web]. San Salvador: institución de organizaciones organizadas; [15de Abril del 2014]. Derecho a la información y educación sexual.  
[http://alianzassr.org/derechos\\_sub04.php](http://alianzassr.org/derechos_sub04.php).

16-Constitución de la República de El Salvador, en su reforma publicada por Diario Oficial, N° 217, (20-11-1991).

17-Definición.com [Acceso el 22 de marzo de 2014] Disponible en:  
<http://definicion.de/conocimiento/>

18-Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas Frecuentes. San Salvador. Editorial Universitaria; 2014.

19-Organización Panamericana de la Salud (OPS) . Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción,9-22 Mayo 2000, [Actualizada el 28 de enero del 2013; acceso 29 de Mayo de 2013 ]

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

21-Morales Arteaga. M. A. Salud Reproductiva. Definición de salud reproductiva. Publicado el 29 de octubre de 2009. [acceso el 15 de Abril de 2014]. Disponible en: <http://www.saludreproductiva.org/?tag=salud-reproductiva>

22-Guillen del Maldonado, R. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Imbiomed [Revista en internet]. 2001. [Acceso el 18 de abril de 2014]; LXVI (118-119): 103-109. Disponible en: [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=7635&id\\_seccion=825&id\\_ejemplar=797&id\\_revista=19](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=7635&id_seccion=825&id_ejemplar=797&id_revista=19)

23-Significados. Definiciones y conceptos. [Acceso el 18 de abril de 2014] disponible en: <http://www.significados.info/adolescencia/>.

24-E. Orem. D, teoría del autocuidado [base de datos de internet]:  
galeón.com, [28 de abril del 2014]. Disponible en:  
<http://ambitoenfermeria.galeon.com/dorothea.html>

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

**ANEXO N° 1**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

N°	MES	FEBRERO			MARZO				ABRIL			MAYO				JUNIO				JULIO					
	SEMANAS	2	3	4	1	2	3	4	1	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	
	ACTIVIDAD																								
1	Selección del tema	X	X	X																					
2	Planteamiento del problema				X	X	X																		
3	Objetivos y justificación							X																	
4	Marco teórico								X																
5	Sistema de hipótesis									X	X	X													
6	Operacionalización de variables												X	X	X										
7	Diseño metodológico															X									
8	Elaboración del instrumento															X									
9	Presupuesto																X								
10	Entrega de avances																	X							
11	Incorporación de correcciones																		X						
12	Revisión de fuentes de información	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	Entrega de protocolo																			X					
14	Coordinación para pasar prueba piloto																				X				
15	Validación de Instrumentos																					X			

Nº	MES	AGOSTO			SEPTIEMBRE				OCTUBRE					NOVIEMBRE				DICIEMBRE		
	SEMANA	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3
	ACTIVIDAD																			
16	Análisis de Instrumentos según Prueba Piloto			X																
16	Recolección de datos							X	X	X										
17	Tabulación y Análisis de datos									X	X									
18	Análisis de los resultados										X									
19	Comprobación de Hipótesis										X									
20	Análisis general de resultados											X								
21	Conclusiones y recomendaciones											X								
22	Propuesta de intervención												X	X						
23	Revisión de fuentes de información	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
24	Entrega de informe final														X					
25	Revisión por Tribunal Calificador															X	X			
26	Defensa de tesis																	X		

ANEXO N° 2  
**COSTOS DE LA INVESTIGACION**

<b>DESCRIPCIÓN DE CONTENIDO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
Navegación en internet	200 horas	\$0.60	\$120.0
Fotocopias	1,300	\$0.02	\$27.00
Empastado	4	\$10	\$40.00
Hojas Papel Bond	8 Resma	\$4.50	\$36.00
Faster	10	\$0.10	\$1.00
Folder	10	\$0.15	\$1.50
Bolígrafos	8	\$0.25	\$2.00
Borrador de goma	4	\$0.25	\$1.00
Perforadora	1	\$4.00	\$4.00
Marcadores	4	\$1.00	\$3.00
Lápices	4	\$0.15	\$0.60
Sacapuntas	4	\$0.15	\$0.60
Impresiones	3,000	\$0.04	\$120.00
Transporte	120	\$3.50	\$420.0
Memoria USB	1	\$8.00	\$8.00
CD	4	\$0.50	\$2.00
Anillados	10	\$2.00	\$20.00
<b>TOTAL</b>			<b>\$806.70</b>





ANEXO N° 3  
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



**Consentimiento Informado**

Dirigido a adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

**OBJETIVO**

Recolectar información sobre los factores socioculturales que se relacionan con el embarazo en adolescentes de 12 a 19 años de edad que consulta en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto.

El tiempo estimado para responder el instrumento será de 25 minutos.

El estudio no conlleva ningún riesgo y las participantes no recibirán ningún beneficio directo, no se proporcionará ninguna compensación económica por participar. El proceso será estrictamente confidencial, su nombre no será revelado en ningún momento de la investigación, si alguna de las preguntas de la guía de entrevista le parece inapropiada o incómoda puede abstenerse a responder. La participación es completamente voluntaria y tendrá derecho a retirarse de la investigación en el momento en que estime conveniente. Por lo que no será sujeto a represalia.

He leído el procedimiento escrito y las investigadoras me han explicado el objetivo del estudio del y han contestado mis dudas por lo tanto:

Yo: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para ser entrevistada y proporcionar la información que se me solicite, por las estudiantes egresadas de la carrera de Licenciatura En Enfermería de la Universidad de El Salvador, aceptando participar en esta investigación.

F. \_\_\_\_\_

Firma de la entrevistada

F. \_\_\_\_\_

Firma del entrevistador

ANEXO N° 4



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**



**Guía de entrevista dirigida a las adolescentes embarazadas de 12 a 19 años de edad que reciben su control prenatal en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto de septiembre a octubre 2014.**

**Objetivo:**

Obtener información sobre los factores Socioculturales y el embarazo en adolescentes de 12 a 19 años de edad que reciben su control prenatal en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Especializada “Dr. Mauricio Sol Nerio” de San Jacinto, Departamento de San Salvador, de Septiembre a Octubre 2014.

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

Entrevistador: \_\_\_\_\_

**Indicaciones para el entrevistador:**

Al realizar la entrevista se utilizara un lenguaje de acuerdo al nivel educativo de la persona.

**I. Datos generales.**

Procedencia: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_ 2. Estado civil: \_\_\_\_\_

## II. Factor Social.

### A. Disfuncionalidad familiar

3. ¿Con quienes de los miembros de su familia ha crecido?

- a) Papá y Mamá
- b) Solo Mamá
- c) Solo Papá
- d) Otros

Si la respuesta es otros explicar: \_\_\_\_\_

---

4. ¿Con cuál de los miembros de tu familia vives actualmente?

- a) Papá y Mamá
- b) Solo Mamá
- c) Solo Papá
- d) Mamá y pareja
- e) Hermanos y pareja
- f) Otros

Si la respuesta es otros explicar: \_\_\_\_\_

---

5. ¿Si su familia es disfuncional cual ha sido el factor de ésta?

- a) Inicio de relaciones sexo coitales a temprana edad.
- b) Infidelidad de uno de los progenitores.
- c) Discriminación de género.
- d) Discriminación familiar.
- e) Ninguna de las anteriores

Explicar: \_\_\_\_\_

6. ¿El inicio de sus relaciones sexuales le ha ocasionado alguna dificultad para vivir con su familia? SI  NO

7. ¿Existe buena comunicación con sus padres? SI  NO

Si su respuesta es negativa explique: \_\_\_\_\_

---

8. ¿Cómo consideras su relación con sus padres?

a) Excelente

b) Muy buena

c) Buena

d) Deficiente

9. ¿Recibe afecto por parte de su familia? SI  NO

10. ¿Cuáles de los siguientes elementos están presentes en su ámbito familiar?

a) Confianza

b) Comprensión

c) Respeto

d) Irresponsabilidad

e) Violencia intrafamiliar

11. Si en su ámbito familiar existe violencia intrafamiliar, ¿Cuáles considera que son las causas de esta?

a) Alcoholismo

b) Drogadicción

c) Sometimiento de hijos hacia los padres

f) Sometimiento de la adolescente a la pareja

g) Ninguna de las anteriores

Explicar: \_\_\_\_\_

12. ¿Usted se siente sometida en su hogar? SI  NO

Si la respuesta es positiva explicar: \_\_\_\_\_

---

13. ¿Usted se ha sentido acosada sexualmente por alguno de los miembros de su familia? SI  NO

14. ¿En qué clase social se ubica?

a) Media alta

b) Media baja

c) Baja

15. ¿Quiénes de las personas que conforman su grupo familia trabajan?

a) Papá y Mamá

b) Solo Mamá

c) Solo Papá

d) Su pareja

e) Otros

Si la respuesta es "Otros" explicar: \_\_\_\_\_

---

16. ¿Cuál de los siguientes aspectos han intervenido en el inicio de sus relaciones sexo coitales?

a) Huir de un ambiente familiar difícil

b) Agradar al novio

c) Por curiosidad

d) Por decisión propia

e) Formar su propia familia

f) Otros

Si su respuesta es "Otros" explique: \_\_\_\_\_

## B. Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva

17. ¿Qué nivel de estudio ha cursado?

- a) De primero a tercer grado
- b) De cuarto a sexto grado
- c) De séptimo a noveno grado
- d) Bachillerato
- e) Otros estudios

Si la respuesta es "Otros" explicar: \_\_\_\_\_

---

18. ¿Tiene conocimiento acerca de salud sexual y reproductiva?

SI  NO

19. Si la respuesta es positiva ¿Dónde obtuvo esa información?

- a) Medios de comunicación.
- b) Instituciones educativas.
- c) Información por parte de amigos y familiares.

20. ¿Tiene conocimiento sobre los derechos de salud sexual?

SI  NO

Si la respuesta es positiva mencionar: \_\_\_\_\_

---

21. ¿Tiene conocimiento sobre los derechos de salud reproductiva?

SI  NO

Si la respuesta es positiva mencionar: \_\_\_\_\_

---

22. ¿Se considera usted preparada para afrontar éste embarazo?

SI  NO

Si la respuesta es negativa explicar: \_\_\_\_\_

23. ¿Su embarazo ha sido planificado?

SI  NO

Si la respuesta es negativa explicar: \_\_\_\_\_

24. ¿Ha recibido orientación sobre métodos de planificación familiar?

SI  NO

25. Si la respuesta es positiva ¿Por quienes ha recibido esa orientación?

a) Institución educativa

b) Institución de salud

c) Padres

d) Grupo de amigos

e) Otros

Si la respuesta es "Otros" explicar: \_\_\_\_\_

---

26. ¿Cuáles de los siguientes métodos temporales de planificación familiar usted conoce?

a) Condón

b) Orales

c) Inyectables

d) Método del ritmo

e) Método de Lactancia

Materna Exclusiva (MELA)

**C. Adopción de métodos temporales de planificación familiar y su uso.**

27. Ha pensado utilizar algún método de planificación familiar después del parto.

SI  NO

28. ¿Ha utilizado algún método temporal de planificación familiar?

SI  NO

29. ¿Cuáles de los siguiente métodos temporales usted ha utilizado?

a) Condón

b) Orales

c) Inyectables

d) Método del ritmo

e) Método de Lactancia

Materna Exclusiva (MELA)

30. ¿De cuáles de los siguientes métodos temporales de planificación familiar conoce las Ventajas?

a) Condón

b) Orales

c) Inyectables

d) Método del ritmo

e) Método de lactancia

Materna Exclusiva (MELA)

31. ¿De cuáles de los siguientes métodos temporales de planificación familiar conoce las Desventajas?

a) Condón

b) Orales

c) Inyectables

d) Método del ritmo

e) Método de lactancia

Materna Exclusiva (MELA)

32. ¿Considera efectivos los métodos temporales de planificación familiar?



SI  NO

33. ¿De cuál de los siguientes métodos temporales de planificación familiar conoce usted el uso correcto?

a) Condón

b) Orales

c) Inyectables

d) Método del ritmo

e) Método de Lactancia

Materna Exclusiva (MELA)

#### **D. Factor cultural.**

##### **a. Mitos y creencias**

###### **1. Mitos**

34. ¿Conoce usted sobre mitos relacionados con el embarazo?

SI  NO

¿Si la respuesta es positiva mencione cuáles? \_\_\_\_\_

---

###### **2. Creencias**

35. ¿Conoce usted sobre creencias relacionadas con el embarazo?

SI  NO

¿Si la respuesta es positiva mencione cuáles? \_\_\_\_\_

---

## E. Embarazo en adolescentes

36. ¿A qué edad inicio sus relaciones sexo coitales?

- a) De 10 a 13
- b) De 14 a 16
- c) De 17 a 19

37. ¿A qué edad fue su primer embarazo?

- a) De 12 a 14
- b) De 15 a 17
- c) De 18 a 19

38. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

- a) Un embarazo.
- b) Dos embarazo.
- c) Tres embarazo
- d) Más de tres embarazos

39. ¿Cuántos hijos tiene?

- a) Ninguno
- b) Un hijo.
- c) Dos hijos.
- d) Tres hijos
- e) De tres hijos a más

40. ¿Ha presentado abortos anteriormente?

SI  NO

Si la respuesta es positiva mencionar número y tipo de aborto: \_\_\_\_\_

---

41. ¿Ha sufrido alguna complicación durante el embarazo?

SI  NO

Si la respuesta es positiva especificar:

Materno  o Fetal

42. ¿Usted ya ha tenido un óbito fetal? SI  NO

## ANEXO N° 5.

### DEFINICION DE TERMINOS BASICOS.

**Heterogeneidad:** Composición de un todo por partes de distinta naturaleza

**Morbimortalidad:** morbilidad hace referencia a la cantidad de personas que enferman en una población determinada en un tiempo determinado y mortalidad hace referencia a la cantidad de muertes que se registran en una población determinada y en un de tiempo determinado.

**La educación sexual:** Es el conjunto de aprendizajes de información que permiten el buen desarrollo de las capacidades sexuales, su coordinación con las demás facultades y la consecución de una buena interrelación con las otras personas que resulten estimulantes por su condición sexual.

**La amenaza de incesto:** Es definido como las relaciones sexuales entre parientes consanguíneos, sería por lo tanto un equivalente a lo que llamamos abuso sexual intrafamiliar.

**Métodos anticonceptivos temporales:** Son aquellos que cuando se suspende su uso en poco tiempo se puede quedar embarazada.

**Métodos anticonceptivos definitivos:** Son aquellos que una vez utilizados o colocados evitan el embarazo de manera permanente

**Autoerotismo:** *Acto propio de estimulación genital que produce placer en las personas través de algunos de los cinco sentidos: tacto, gusto, olfato, vista, oído y o usando la imaginación, hasta llegar a sentir gratificación de tipo sexual.*

**Desarrollo somático:** Considerado como un indicador del crecimiento y desarrollo del organismo infantil que incluye la formación de estructuras biofisiológicas y su nivel de su maduración.

**Autocuidado:** conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona misma para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su bienestar ya sea física, psicológica.

**Estereotipo:** Idea o imagen aceptada por la mayoría como patrón o modelo de cualidades o de conducta