

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



“FACTORES ASOCIADOS A EMBARAZOS EN ADOLESCENTES INSCRITAS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN MATERNA EN LAS UCSF EL NANZAL, LAS TUNAS Y SAN ISIDRO. MARZO-JULIO 2015”.

INFORME FINAL PRESENTADO POR:

Ever Orlando Campos Maravilla.

Juan José Hernández Amaya.

Erick Daniel Asturias Umanzor.

Para optar al título de:

DOCTORADO EN MEDICINA

ASESOR:

Dr. Roberto Henry Reyes Merlos

San Salvador, 21 de agosto de 2015.

RESUMEN.

La adolescencia es una etapa de múltiples cambios tanto biológicos, psicológicos como sociales. En El Salvador, considerado como un país en vías de desarrollo se han intentado desarrollar políticas de inclusión al adolescente, ya que este sector constituye según datos del 2007 a un 22.7% de la población total del país, los cuales se desglosaban que un 48.6 % de mujeres y 51.4 % varones; y el 58% de ellos habitan en el área urbana y 42% en el área rural.

Debido a la complejidad y alta frecuencia de la problemática del embarazo en la adolescencia. Teniendo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados embarazo en la adolescentes inscritas en controles prenatales en las UCSF ya mencionadas, utilizando un estudio descriptivo de cohorte transversal, conformado por 47 pacientes, elegidas a conveniencia de los investigadores, en controles prenatales, morbilidad.

Técnica utilizada para la recolección de datos fue entrevista, utilizando como instrumento cuestionarios, teniendo en cuenta que las adolescentes embarazadas pertenecen a un estrato económico bajo, con un 100% del área rural.

Al analizar el contexto socioeconómico de las pacientes embarazadas se encuentra una marcada falta de visión a futuro por parte de ellas y sus parejas; ya que al embarazarse sin haber terminado su educación formal y al no formar parte del sector económicamente activo; se tornan dependientes económicamente; lo cual a largo plazo impedirá a estas adolescentes trascender en cuanto a su desarrollo humano; incluso aquellas adolescentes con pareja estable no están casadas, esto en parte justificable por los cambios socioculturales que se han presentado en cuanto al matrimonio. Teniendo

mayor frecuencia en la adolescencia tardía 80.8%, a comparación de la adolescencia temprana con un 19.2% con parejas menores de 20 años en un 76.6%, siendo su primer embarazo en un 85.1% y segundo en un 14.9%. Por lo que se llega a la conclusión que es de vital importancia la promoción del cumplimiento de calidad de los programas de atención integral de y las adolescentes, con un enfoque amplio en la educación de la salud sexual y reproductiva.

CONTENIDO

| | | |
|------|---|----|
| I. | INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. | OBJETIVOS..... | 4 |
| III. | MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL..... | 5 |
| | 3.1 EMBARAZO..... | 6 |
| | 3.2 FACTORES SOCIALES..... | 16 |
| | 3.3 FACTORES CULTURALES..... | 17 |
| | 3.4 INFLUENCIA FAMILIAR | 19 |
| | 3.5 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA..... | 22 |
| | 3.6 LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (LEPINA)..... | 23 |
| | 3.7 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL..... | 26 |
| IV. | HIPOTESIS..... | 28 |
| V. | DISEÑO METODOLOGICO..... | 29 |
| | 5.1 TIPO DE ESTUDIO..... | 29 |
| | 5.2 PERÍODO DE INVESTIGACIÓN..... | 29 |
| | 5.3 POBLACIÓN, UNIVERS Y MUESTRA..... | 29 |
| | 5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN..... | 29 |
| | 5.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES..... | 30 |
| | 5.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 31 |
| | 5.7 CRUCE DE VARIABLES..... | 36 |
| | 5.8 TÉCNICA PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN..... | 37 |

| | | |
|-------|----------------------|----|
| VI. | RESULTADOS..... | 38 |
| VII. | DISCUSIÓN..... | 54 |
| VIII. | CONCLUSIONES..... | 60 |
| IX. | RECOMENDACIONES..... | 62 |
| X. | BIBLIOGRAFIA..... | 64 |
| XI. | ANEXOS..... | 66 |

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años el tema de embarazo adolescente ocupa un espacio importante en la agenda pública y mediática del país. Esto es así porque su incidencia va en aumento, no obstante a los esfuerzos hechos por las instituciones educativas y de salud pública del país. Además en los sectores rurales y los espacios de alta densidad migratoria constituyen un problema de salud pública y social, por las consecuencias múltiples que ello implica, la atención del adolescente e infante.

Por lo tanto, el embarazo adolescente debe ser un tema de atención prioritaria en salud pública. A la fecha, existen en el país estrategias de prevención y proyectos focalizados para el apoyo de las mujeres que son madres adolescentes. Este tema tiene efectos multifactoriales en la salud, la educación y adecuadas condiciones de vida.

El embarazo adolescente es un problema presente en los países en desarrollo; ya que según datos de la UNFPA¹ el 95% de los partos de adolescentes se dan en los países en desarrollo; determinándose una tasa de natalidad² del 79%. Esta situación representa un detrimento de la salud tanto de las madres como de la de sus hijos; lo cual perpetua el ciclo de pobreza en estos países.

Además la adolescencia es considerada como un periodo de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de la salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. La

¹El Estado de la Población Mundial 2013 “Maternidad en la niñez: Enfrentar el reto del embarazo en las adolescentes” UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas por sus siglas en inglés) 2013

²Tasa de natalidad adolescente: Numero total de nacimientos de niños vivos paridos por niñas entre 15 y 19 años x 1000/numero total de adolescentes entre 15 y 19 años

actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años.

Latinoamérica ocupa el segundo lugar de incidencia de casos de embarazos en adolescentes, esto a pesar de esfuerzos realizados por múltiples organizaciones tanto nacionales como internacionales para reducirlos.

El Salvador no es la diferencia en cuanto a esta problemática, ya que según datos del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL); la incidencia del embarazo adolescente en el país es la segunda más alta en la región latinoamericana³; de los cual según un estudio del BM⁴, en El Salvador se estima; que un 43,8% de los embarazos en adolescentes son deseados; mientras un 56,2% no lo son.

Durante el año 2013, tres de cada 10 atenciones prenatales registradas por el sistema de salud corresponden a menores de 19 años; por lo que se le ha catalogado como una epidemia que necesita intervenciones de manera intersectorial⁵

En este contexto nacional se decidió en la presente investigación tomar como áreas geográficas de estudio tres regiones del país con distinto contexto socioeconómico y cultural; las cuales son Cantón El Nanzal, Santa Elena, el Cantón San Isidro Berlín, y el Cantón Las Tunas, Conchagua; áreas que presentan entornos de violencia social y de embarazos adolescentes; con el

³Quiñonez, Alessandra “Alarmante incidencia de embarazos en adolescentes en el país, reporta Salud” Diario La Página, 9 de julio de 2013

⁴Banco Mundial

⁵Sosa, Byron “Catalogan de epidemia embarazos en adolescentes” La Prensa Gráfica; 13 de diciembre de 2013

propósito de conocer los principales factores que inciden en los embarazos en las adolescentes de estos sectores.

Con esto se busca beneficiar a las adolescentes de las zonas antes mencionadas; para que posteriormente se puedan emprender actividades que ayuden a disminuir la tasa de incidencia de embarazos en adolescentes mediante el fomento de la educación sexual y reproductiva a edades tempranas a niveles institucionales; como herramienta de empoderamiento de estas adolescentes; así como también hacer conciencia en los adolescentes de adoptar actividades que les permitan responsabilizarse.

.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados al embarazo en las adolescentes inscritas en el programa de atención materna durante el período de marzo a julio de 2015 en las UCSF El Nanzal, Santa Elena, UCSF Las Tunas, La Unión y la UCSF de San Isidro, Berlín.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores demográficos, económicos y socioculturales asociados con los embarazos en las adolescentes.
- Conocer los factores biológicos asociados con el embarazo en las adolescentes
- Interpretar el nivel educativo y los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva que las adolescentes poseen con la edad en que éstas presentaron su primer embarazo.
- Establecer la relación de los embarazos en adolescentes con los antecedentes familiares de embarazo precoz.

III. MARCO TEORICO.

La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 19 años.⁶

Dado el abismo de experiencia que separa a los adolescentes más jóvenes de los mayores, resulta útil contemplar esta segunda década de la vida como dos partes: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años).

Entre los 10 y 19 años, los jóvenes experimentan cambios en la estructura corporal, y el funcionamiento psicológico, fisiología y social. Las hormonas establecen esta agenda del desarrollo, junto con las estructuras sociales diseñadas para favorecer la transición desde la infancia hasta la vida adulta.

- La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas sociales.

⁶Manual-OMS-planificación familiar

²Nelson. Tratado de Pediatría 18 ed. Vol. 1. Pág. 60

⁷ CLAP

- La adolescencia tardía se extiende desde los 15 a los 19 años. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.¹

La adolescencia es un período en el cual suceden cambios rápidos y que son notables en el que el individuo , este experimenta procesos tales como:

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

EMBARAZO

El **embarazo** o **gravidez** (del latín *gravitas*) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.⁷

Se dan los siguientes cambios funcionales:

Se dan los siguientes cambios funcionales:

✓ Aparato respiratorio

Aumento en el número de respiraciones, que de 16 llegan a 25 respiraciones por minuto. La capacidad pulmonar se mantiene y la presión abdominal se compensa con el ensanchamiento del tórax.

✓ Aparato Cardiovascular:

En el curso del embarazo se producen algunas modificaciones debido al cambio de posición ligado al crecimiento uterino. El diafragma se eleva y se produce una rotación y horizontalización del eje cardíaco con desplazamiento hacia la izquierda y hacia afuera del choque de la punta. Estos cambios originan alteraciones de los ruidos cardíacos y se pueden apreciar soplos cardíacos funcionales.

✓ Sistema Periférico: el pulso se acelera llegando a 100 por minuto y como consecuencia de la hipotensión el pulso es blando.

✓ Modificaciones Hematológicas

El número de glóbulos rojos, la cantidad de hemoglobina y el hematocrito, disminuyen desde el segundo mes de gestación progresivamente hasta el sexto mes de gestación, en que se estabilizan y se mantienen en los mismos niveles hasta el final del embarazo.

✓ Modificaciones en el Aparato Digestivo

Las modificaciones digestivas no revisten mayor importancia ya que se interpretan como una fijación psíquica condicionada.

✓ Modificaciones en el Aparato Urinario

Hay aumento de diuresis, es mayor en las noches, se altera el ritmo. En la vejiga existe alargamiento y ensanchamiento de la base del triángulo, hay congestión de la submucosa por compresión del útero y de la presentación, sobre todo al final del embarazo, ocasionando polaquiuria, disuria e incontinencia urinaria.

✓ Modificaciones en el Metabolismo

El metabolismo aumenta desde las primeras semanas de gestación, alcanzando de 15 a 20% sobre lo normal, debido a las mayores demandas energéticas del feto y el aumento en actividad de los órganos maternos (circulación, respiración). El balance proteico es positivo, mientras que el balance hidrocarbonado se mantiene inalterable, y en el metabolismo graso hay aumento de lípidos en el suero sanguíneo.

✓ Modificaciones de la Glándula Mamaria

Durante el embarazo se producen cambios notables en las mamas; durante las primeras semanas suele haber hipersensibilidad y hormigueo. Después del segundo mes las mamas aumentan de tamaño y se tornan nodulares como resultado de los alvéolos

La mayoría de las adolescentes no planea embarazarse, pero muchas lo hacen. Los embarazos en la adolescencia tienen riesgos adicionales de salud tanto para la madre como para el bebé. Con frecuencia, las adolescentes no reciben cuidados prenatales a tiempo y tienen mayor riesgo de hipertensión arterial y sus complicaciones durante el embarazo. Los riesgos para el bebé incluyen partos prematuros y niños con poco peso al nacer. Los adolescentes de hoy crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifestados o secretos

en los cuales las relaciones sexuales en los noviazgos jóvenes son comunes, aceptadas y a veces, esperadas.⁸

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual en ellas incluyendo el embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales. Por lo tanto gran parte de la “educación sexual” que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar.

Como no existe ningún método efectivo 100% seguro, la abstinencia es la manera más segura para prevenir el embarazo. Los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas a la información de sus compañeros, influencias paternas, financieras, culturales y políticas así como también su propio desarrollo que está limitado.

La adolescencia es una etapa de la vida de grandes oportunidades pero también es altamente vulnerable, las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva son trascendentes para el futuro desarrollo de los individuos, de sus hijos e hijas y de sus parejas.

El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasar o suspender los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe de hacerse con responsabilidad para uno mismo, la pareja y los hijos presentes y futuros

⁸ Política nacional de salud sexual y reproductiva 2004

El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija y su pareja. Aunque no se tienen cifras fidedignas, se estima que un gran porcentaje de los nacimientos que ocurren en menores de edad son embarazos no planeados y probablemente no deseados.⁹

Aún cuando los adolescentes tienen información sobre los métodos anticonceptivos y su forma de uso, solo la mitad de los jóvenes sexualmente activos usa algún tipo de anticonceptivo. Por otra parte la demanda insatisfecha de anticoncepción es mucho mayor en la población adolescente que en cualquier otro grupo etáreo.

SIGNOS Y SÍNTOMAS EN EL EMBARAZO

A. SÍNTOMAS

La náusea es el síntoma gastrointestinal más común durante el embarazo, ocurre entre 80 y 85% durante el primer trimestre, se asocia con vómito en 52% de los embarazos. Usualmente se presenta en las primeras 8 semanas de gestación y desaparece a las 16 a 20 semanas de gestación (5)

Hay estreñimiento, fatiga, aumento de peso; menos frecuentemente puede haber sialorrea, anorexia, disquecia, antojos o deseos de alimentos no apetecidos anteriormente, tendencia a vértigos, lipotimias, insomnio o

⁹ Política de salud construyendo la esperanza. Estrategias y recomendaciones en salud 2009 - 2014. María Isabel Rodríguez.

somnolencia, irritabilidad, cambios de carácter y alteraciones de los órganos olfatorios.

Las gestantes perciben los movimientos fetales a edad variable según la agudeza y umbral individual para apreciarlos. La primípara lo hace entre las 18 y 20 semanas y la multípara algunas semanas antes. Primero son identificados como un ligero cosquilleo y luego, se hacen paulatinamente más intensos. (6)

B. SIGNOS

Los signos durante el embarazo se describen como de probabilidad y de certeza (6)

SIGNOS DE PROBABILIDAD

- **Amenorrea:** Ante cualquier mujer en edad fértil, que presente un atraso en la aparición de su menstruación, se deberá pensar en una gravidez.
- **Modificaciones uterinas:** La forma del útero se hace más globulosa, los fondos de saco vaginales se hacen convexos (signo de Noble-Budin) y la consistencia disminuye.

| Semanas de amenorrea | Tamaño uterino |
|----------------------|--|
| <10 | No alcanza el pubis |
| 12 | Alcanza la sínfisis púbica |
| 16 | El fondo a mitad de distancia entre sínfisis y ombligo |
| 20 | El fondo alcanza altura del ombligo |

- **Hormona Coriónica Gonadotrófica (HCG):** La HCG puede detectarse apenas 8 días después de producida la fecundación (por lo tanto, aún antes que se perciba un retraso menstrual). El mayor pico de HCG se produce a los 60 o 70 días de la última menstruación. Para evitar falsos positivos, se suele evitar dosificando la sub unidad beta de la HCG.

Existen test comerciales, rápidos, sencillos y relativamente económicos para ser usados en el hogar. Suelen ser altamente sensibles. Para mejorar su sensibilidad, se recomienda realizarlos con la primer orina de la mañana.

SIGNOS DE CERTEZA

- **Sub unidad Beta de la HCG:** La sub unidad beta de la HCG, es detectable aún antes de la nidación y es exclusivamente producida por el sinciotrofoblasto, con lo que se evitan las reacciones cruzadas con otras hormonas. Constituye el método de diagnóstico de embarazo más precoz y sensible.
- **Detección de partes fetales:** Mediante palpación abdominal
- **Latidos cardíacos fetales:** La auscultación de latidos fetales es tal vez el signo más confiable de vitalidad fetal. La edad gestacional ideal para detectar latidos es variable y depende de manera principal del método que se emplee.

| Edad gestacional (semanas) | Método |
|----------------------------|--|
| desde las 6-8 | Ecografía de tiempo real (vía vaginal-abdominal) |
| desde las 12 | Detector Doppler |
| desde las 20 | Estetoscopio obstétrico |

- **Visualización fetal:** Permite diagnosticar el embarazo a partir de la 4ª semana y el embarazo gemelar a partir de la 6ª.

FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO:

- Edad materna: menor de 15 años y mayor de 35 años
- Alcoholismo
- Drogodependencia y/o tabaquismo
- Madre Rh (-)
- Enfermedad materna previa: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, ITS como VIH/SIDA, obesidad mórbida
- Complicaciones durante el embarazo: placenta previa, preeclampsia/eclampsia, diabetes gestacional.
- Problemáticas socio-ambientales, psicológicas

CONTROL PRENATAL

Se entiende por control prenatal (control antenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, consulta prenatal) a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

Con el control prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas.
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- La preparación psicofísica para el nacimiento.

- La administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

El control prenatal deberá clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en:

- *Prenatal Básico*: para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico general, médico de familia, licenciada en salud materno infantil, enfermera capacitada o médico especialista donde se cuente con este recurso.
- *Prenatal Especializado*: para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por Médico Gineco-obstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente.

Según lineamientos del MINSAL¹⁰; toda mujer embarazada deberá completar como mínimo 5 controles prenatales; que se calendarizarán según el siguiente esquema (7):

| Controles | Semanas del Embarazo |
|---------------------------------------|---|
| 1 ^{er} Control (Inscripción) | En las primeras 12 semanas de gestación |
| 2 ^o Control | Entre las 16-18 semanas |
| 3er Control | Entre las 26-28 semanas |
| 4 ^o Control | Entre las 32-34 semanas |
| 5 ^o Control | A las 38 semanas |

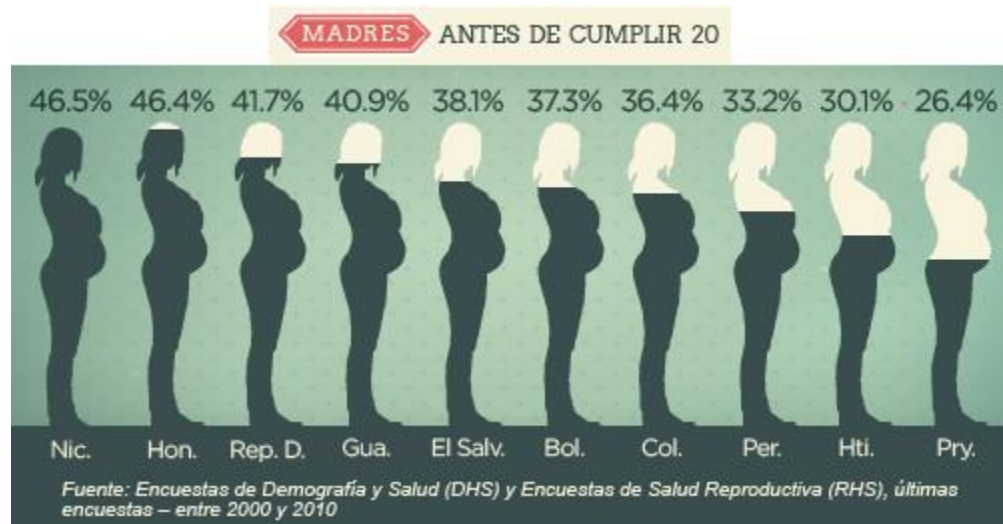
Toda mujer con un embarazo mayor de 38 semanas, deberá ser referida para continuar su control prenatal con ginecólogo, quien evaluará condición materna fetal cada semana. Toda mujer con antecedente de cesárea anterior deberá ser referida a las 36 semanas de edad gestacional al hospital que

¹⁰MINSAL: Ministerio de Salud de El Salvador

corresponda, para programar cesárea electiva arriba de las 38 semanas de edad gestacional. Al cumplir 40 semanas de edad gestacional toda usuaria será referida al hospital que corresponda a su localidad.

Durante los controles prenatales se realizarán las siguientes actividades:

- Estimación de edad gestacional.
- Toma de presión arterial.
- Esquema de vacunación Td: se requerirá evaluar esquema previo; si no lo posee se administrarán dos dosis de Td; la primera a partir de las 16 semanas de gestación y la segunda 1 mes después.
- Medición de altura uterina y auscultación de Frecuencia Cardíaca Fetal
- Prescripción de micronutrientes: Hierro/ácido fólico, multivitaminas prenatales, calcio.
- Indicar exámenes de laboratorio: Tipo Rh, Glicemia, Hemoglobina (< 11g/dl se considera anemia), VDRL, VIH, Examen de orina, examen de heces. A excepción del examen de heces y el tipo Rh, todos los demás exámenes deberán realizarse durante la inscripción y en el tercer control prenatal. A partir de los resultados tomar acciones de orden terapéutico, refiriendo oportunamente a las pacientes si requieren atención especializada.



FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO DE LA ADOLESCENTE

Factores sociales.

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas de la siguiente manera:¹¹

– **Sociedad Represiva:** niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.

– **Sociedad Restrictiva:** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.

– **Sociedad Permisiva:** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

– **Sociedad Alentadora:** para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

Así se considera que el embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, principalmente de orden psicosocial, ocurriendo en todos los estratos sociales sin tener las mismas características en todos ellos, por lo que importan las siguientes consideraciones¹²

1. – Estratos medio y alto: la mayoría de las adolescentes que quedan embarazada interrumpen la gestación voluntariamente.

2. – Estratos más bajos: donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente, es más común que tengan su hijo.

Conocer los factores predisponentes y determinantes del embarazo en adolescentes, permite detectar las jóvenes en riesgo para así extremar la prevención. Además, las razones que impulsan a una adolescente a continuar

¹²Repercusión biológica, psíquica y social del embarazo en la adolescencia, Policlínica de la Municipalidad DAHIA Cuba

el embarazo hasta el nacimiento, pueden ser las mismas que la llevaron a embarazarse.

Factores culturales.¹³

La persistencia de mitos, tabúes y creencias en los adolescentes es más notoria dentro del grupo y persisten expresiones:

1. "Cuando una adolescente se embaraza se siente más tranquila y mejor consigo misma". Tener hijos/as es una gran realización para las personas y una experiencia maravillosa si hay condiciones adecuadas para ello. Sin embargo cuidar un bebé significa una gran responsabilidad de tiempo y dinero. Generalmente los/as adolescentes no tienen esas condiciones y deben sacrificar mucho tiempo para asegurar a su bebé lo que necesita, esto les resta tiempo para realizar sus actividades lo cual no siempre da tranquilidad y sensación de satisfacción.
2. "Entre más hijos/as tiene un hombre más hombre es. La masculinidad no se manifiesta por el número de hijos/as que un hombre tiene, ser un hombre valioso implica ser responsable, estar consciente de sus derechos pero también de sus obligaciones y respetar a las demás personas. Tener bebés y no estar preparado para atenderlos, ni dispuestos a darles el cariño y la atención que merecen no es ser un hombre valioso, es ser irresponsable.
3. "Si una mujer no le tiene un hijo/a a un hombre no le demuestra su amor". El amor se demuestra cotidianamente durante la relación de pareja, y el deseo de tener hijos/as con otra persona generalmente se da dentro de una relación amorosa; sin embargo los hijos/as no deben ser

¹³Embarazo en adolescente Revista de postgrado de la cátedra de Medicina No 117 agosto 2001

utilizados para demostrar o conseguir cosas de los demás sino por su deseo y la posibilidad real de tenerlos.

4. "Las mujeres nerviosas necesitan de un hombre y de un hijo/a para curarse". La fortaleza, la seguridad, y la estabilidad emocional se consiguen a través de relaciones de pareja y familiares satisfactorias, necesidades resueltas y buen estado de salud entre otras cosas. Una madre adolescente que ya tiene problemas en su vida sin resolver, difícilmente podrá encontrar la solución a sus problemas adicionando responsabilidades a su vida.
5. "Los hijos/as deben tenerse jóvenes para gozarlos". Definitivamente que los hijos/as necesitan de la fortaleza y vigor de sus padres y entre mas tiempo puedan disfrutarlos más reconfortante será para ambos. Sin embargo esto es tan importante como la seguridad y la estabilidad de los padres, condiciones que un adolescente difícilmente tiene. La juventud apenas empieza a los 20 años y entre más condiciones haya adquirido el/la joven para brindar a sus hijos/as mayores serán los beneficios.
6. "Entre más temprano tenga hijos/as una mujer es mejor". Los hijos/as deben tenerse cuando los futuros padres tienen las condiciones físicas, afectivas y económicas adecuadas, así como la madurez necesaria para ejercer la maternidad y la paternidad. Además, el hecho de tener un desarrollo corporal que permite un embarazo, no asegura la madurez psicológica de una madre para afrontar esa responsabilidad.

La maternidad en las jóvenes son hechos frecuentes de lo que la sociedad quiere aceptar, son hechos muy relevantes que afectan la salud integral tanto de los padres, como la de los hijos, familiares y la sociedad en sí.

Factores Familiares

Según la Constitución de la República de El Salvador; la familia es la base fundamental de la sociedad; lo cual significa que la familia es responsable de favorecer un estilo de vida saludable en pro del bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia¹⁴.

Una familia disfuncional, es decir aquella en la que existe un ambiente tenso entre sus miembros; ya que los conflictos, la mala conducta y el abuso por parte de sus miembros se producen continuamente y regularmente; influye negativamente en la psiquis y el autoestima del individuo; favoreciendo conductas de riesgo por parte de sus miembros, dentro de ellas se puede mencionar un inicio prematuro de una relación sexual prematura; e incluso favorecer el embarazo adolescente; como una vía de escape de la brutalidad de la vida cotidiana de dichas familias.

Nivel educativo de la adolescente embarazada.¹⁵

El bajo nivel educativo está relacionado con la falta de proyectos de vida, metas de superación, preparación para el empleo, lo cual incide principalmente para que las jóvenes vean en las uniones tempranas la forma de independizarse de la familia y económicamente.

El fenómeno de la migración de los padres en busca de trabajo y de los mismos jóvenes con motivo de estudios, índice en la pérdida del vínculo familiar y el cuidado de la familia, exponiendo principalmente a las adolescentes a mayor riesgo de embarazo temprano.

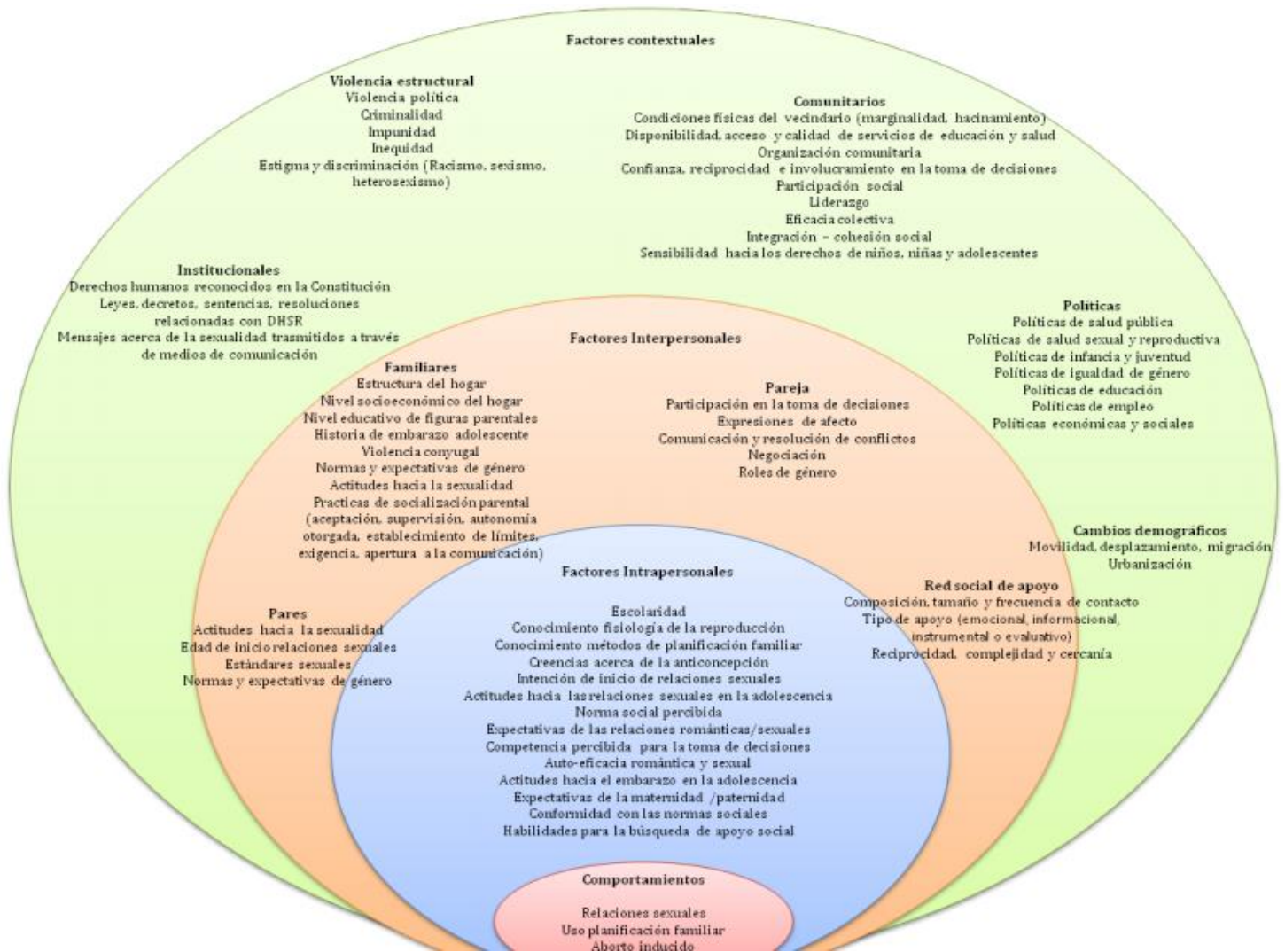
¹⁴Artículo 32 Constitución de la República de El Salvador

¹⁵Embarazo en adolescente Revista de postgrado de la cátedra de Medicina No 117 agosto 2001

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.

Es bien sabido que la pobreza y la inequidad social van asociadas con resultados poco saludables para los adolescentes, incluyendo su salud sexual. Estos resultados incluyen una mala nutrición, atención en salud inadecuada (incluyendo cuidados prenatales y salud reproductiva) y bajo rendimiento escolar. Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser pobres, así como tienen mayor probabilidad de iniciar su vida sexual a una edad más temprana, quedar embarazadas y tener hijos. Los adolescentes con menor educación y menos oportunidades para generar ingresos se convierten en víctimas de un ciclo continuo de pobreza. La falta de independencia económica limita la capacidad de las jóvenes para abandonar relaciones de riesgo y las predispone a intercambiar relaciones sexuales por beneficios económicos.

Factores distales asociados a los determinantes próximos de la fecundidad adolescente.



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Los Derechos Sexuales y Reproductivos están inmersos dentro de los Derechos Humanos, se basan en el reconocimiento de la autonomía y libertad de las personas a tomar decisiones voluntarias, libres e informadas, respecto a la sexualidad y la reproducción, a fin de garantizar el desarrollo libre, sano, seguro y satisfactorio de la vida sexual y reproductiva, sin discriminación, riesgo, coacción y violencia.¹⁶

La promoción y consolidación de una sexualidad sana inicia desde la infancia, trasciende en la adolescencia, madura en la adultez y permanece en la vejez. El proceso reproductivo está íntimamente relacionado a la construcción de la sexualidad e incide en el momento de iniciar las relaciones coitales, la voluntad o no de embarazarse y la forma en que acceden o no a una maternidad segura; esta última vinculada directamente a las determinantes sociales.¹⁷

Los derechos sexuales de la organización mundial de la salud (OMS 2004) son:

1. Alcanzar el nivel más elevado posible de salud en relación con la sexualidad, incluido el acceso a servicios de atención de la salud sexual y reproductiva.
2. Buscar, recibir e impartir información sobre la sexualidad.
3. Recibir educación sexual

¹⁶ Derechos Sexuales y Reproductivos OMS.

¹⁷ Política de salud construyendo la esperanza. Estrategias y recomendaciones en salud 2009 - 2014.

4. Respeto de la integridad física
5. Elegir pareja
6. Decidir si ser o no sexualmente activa
7. Mantener relaciones sexuales de mutuo acuerdo
8. Decidir si tener hijos, o no, y cuando
9. Llevar una vida sexual satisfactoria, segura y placentera.

El ejercicio responsable de los derechos humanos exige que toda persona respete los derechos de las demás.

LEY DE PROTECCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA (LEPINA)

En la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, también conocida como LEPINA; define al adolescente como toda persona con edad comprendida entre los doce años cumplidos hasta que cumpla los 18 años de edad.

Según el censo 2007 de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), el 22.7 % de la población actual en El Salvador tiene entre 10 y 19 años; de ellos, el 48.6 % son mujeres y 51.4 % varones; y el 58% de ellos habitan en el área urbana y 42% en el área rural (2). En el país el 58% de la población está en edad reproductiva, donde el 37% del total corresponde a adolescentes.

Artículo 32.- Salud sexual y reproductiva. Todas las niñas, niños y adolescentes, de acuerdo con su desarrollo físico, psicológico y emocional, tienen el derecho a recibir información y educación en salud sexual y reproductiva, de forma prioritaria por su madre y padre.

Asimismo, se destacan los contenidos de los siguientes artículos:

Artículo 23.- Obligación de atención médica de emergencia para la niña, adolescente o mujer Embarazada.

Cualquier niña, adolescente o mujer embarazada que se encuentre en peligro inminente de muerte o de sufrir daños irreparables para su salud o la del niño o niña por nacer y por ello requiera atención médica de emergencia, será atendida en la institución de salud pública o privada más cercana del lugar donde se encuentre, de acuerdo a lo establecido en el artículo anterior.

La insolvencia del requirente o la falta de recursos de la institución requerida no eximirán la atención de la embarazada en trabajo de parto.

Artículo 24.- Embarazo precoz.

Toda niña o adolescente embarazada es considerada en un estado de alto riesgo obstétrico y perinatal, por tanto deberá recibir atención médica de manera integral en las instituciones de salud pública.

El Estado, con la colaboración de la sociedad, deberá establecer una política pública y programas específicos para la prevención a través de la Información, la educación y la atención del embarazo precoz en niñas y adolescentes.

A la niña o adolescente embarazada no se le podrá obligar al sometimiento de exámenes o interrogatorios denigrantes.

Artículo 29.- Promoción de la salud de la niñez y adolescencia.

El Sistema Nacional de Salud deberá establecer una política preventiva para la atención de la niñez y la adolescencia, tanto a nivel nacional como local. Como parte obligatoria de dicha política deberán implementarse programas de atención médica, odontológica y psicológica gratuitos.

Es un deber del padre, la madre, los representantes o responsables asegurar que las niñas, niños y adolescentes sean vacunados en forma completa y oportuna, según las indicaciones establecidas por el Sistema Nacional de Salud.

La vacunación contra enfermedades infecto-contagiosas, sean epidémicas o endémicas, es obligatoria y gratuita. Dicha actuación será realizada a través del Sistema Nacional de Salud.¹⁸

Planificación familiar

El desconocimiento de la planificación familiar y el incremento de los embarazos adolescentes, son dos grandes y complejos problemas que causan diversos impactos negativos en la mujer adolescente.

Por “planificación familiar” se entiende por todos aquellos suministros y servicios que hacen posible que las personas y las parejas tengan el número de hijos e hijas que desean tener y planifiquen el cuándo y cada cuánto tiempo los tendrán. En ella se incluyen los métodos anticonceptivos modernos, tales como la píldora anticonceptiva, los DIU, los productos inyectables, o los preservativos para hombres y mujeres. Los servicios incluyen atención médica, asesoramiento e información y educación relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

¹⁸Ley LEPINA, DADO EN EL SALÓN AZUL DEL PALACIO LEGISLATIVO: San Salvador, a los veintiséis días del mes de marzo del año dos mil nueve.

En todos los países en vías de desarrollo las ayudas a la planificación familiar han disminuido como porcentaje del gasto total en sanidad, al tiempo que ha aumentado la demanda. Si bien esto ha afectado a personas de todas las edades, el grupo de los adolescentes ha sido uno de los más perjudicados. Según se indica en el Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de 2011, los avances realizados en el cumplimiento de las necesidades de los y las jóvenes en materia de planificación familiar son escasos.

El grupo de los jóvenes es uno de los grupos más proclives a tener una necesidad insatisfecha de planificación familiar. Dicho de otro modo, son sexualmente activos, y si bien desearían evitar los embarazos no planificados, lo cierto es que no utilizan ningún método anticonceptivo moderno.¹⁹

Enfermedades de transmisión sexual

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dicen que más de un millón de personas se infectan cada día de alguna enfermedad de transmisión sexual y el 60% de ellas, es decir, unas 600.000 de esas personas, son menores de 25 años y de ellos, el 30%, es decir unos 180.000, son menores de 20 años, adolescentes.²⁰

Son enfermedades de etiología, viral, fúngica o protozoaria, que se puede contraer a través del sexo genital, oral o anal con una pareja infectada. Algunas infecciones de transmisión sexual viajan por el torrente sanguíneo a través de la placenta, e infectar al producto en cualquier momento durante el embarazo. También puede infectarse durante el parto y nacimiento.

¹⁹Manual-OMS-planificación familiar

²⁰Derechos Sexuales y Reproductivos OMS

Como si eso fuera poco, las ETS aumentan el riesgo de aborto, ruptura prematura de las membranas, nacimiento prematuro, infección uterina y mortinato.

Además, cuando hablamos de adolescentes y enfermedades de transmisión sexual hay que tener en cuenta que el riesgo es mayor. Las razones son varias:

- En el caso de los adolescentes más jóvenes porque además pueden contagiarse con mayor facilidad ya que su sistema inmunológico no está aún completamente formado.
- Porque su acceso a la información sexual sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual es más escasa que la de los adultos.
- También en el caso de la mayoría de adolescentes porque su percepción del riesgo es defectuosa. No son conscientes muchas veces de los riesgos que corren y eso les puede llevar a tomar decisiones sexuales peligrosas.
- En el caso de adolescentes que consumen drogas o alcohol o ambas sustancias porque esto acrecienta los riesgos de contagio ya que bajo la influencia de estas sustancias se baja la guardia durante los encuentros sexuales y puede olvidarse de la necesidad de prevención.

- Algunas de las ETS más comunes incluyen:

- Clamidia

- Herpes genital

- Gonorrea

- Hepatitis B

- VIH/SIDA

- Virus del Papiloma Humano

- Sífilis

- Tricomoniasis

IV. HIPÓTESIS

La confluencia de los factores socioeconómicos, ambientales, culturales; así como también la falta de una adecuada educación sexual y reproductiva influyen como causa del incremento en el número de casos de embarazos en adolescentes.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación que se realizó es de tipo descriptiva y transversal, según el período y secuencia de los hechos, ya que esta se dedicó a describir únicamente la problemática llevándose a cabo en el área geográfica previamente delimitada.

PERIODO DE INVESTIGACIÓN

El período de investigación comprendió de los meses de marzo a julio del año 2015.

UNIVERSO

El universo estuvo constituido por aquellas pacientes específicamente adolescentes embarazadas que consultaron y que se encontraban inscritas en el programa de control de Atención Materna en los establecimientos de salud de UCSF de El Nanzal, Santa Elena, UCSF Las Tunas, La Unión y la UCSF de San Isidro, Berlín.

MUESTRA

A conveniencia de los investigadores, se estableció que la muestra fuera igual al universo.

Como criterios de inclusión:

- Adolescentes embarazadas específicamente de la zona geográfica del Cantón El Nanzal, Cantón Las Tunas, Conchagua y del Cantón de San Isidro, Berlín, que llegaron a inscripción de controles de Atención Materna a las UCSF ya mencionadas.
- Adolescentes con prueba de embarazo positiva que consultaron en UCSF de El Nanzal, Santa Elena, UCSF Las Tunas, Conchagua y la UCSF de San Isidro, Berlín.
- Adolescentes embarazadas que accedieron a participar en el estudio.

Como criterios de exclusión se determinaron:

- ✓ Adolescente embarazada que se encontraban en control de atención Materna en instituciones ajenas al Sistema Nacional de Salud y que consultaron espontáneamente.
- ✓ Pacientes adolescentes embarazadas que se encontraban inscritas en controles Atención Materna en UCSF aledañas.
- ✓ Pacientes que no desearon participar en la investigación.
- ✓ Pacientes embarazadas mayores de 19 años.

- **Variables**

Variable Dependiente

- ✓ Embarazo en adolescente .

Variable Independiente.

- ✓ Variable independiente fueron los factores socioculturales, económicos y biológicos que condicionaron el apareamiento de embarazos adolescentes.

- ✓ Variable independiente grado de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | INDICADORES | VALORES DEL INDICADOR | FUENTE DEL INDICADOR |
|--|--|---|---|----------------------|
| Factores socioculturales, económicos y biológicos que condicionan el apareamiento de embarazos en adolescentes | Conjunto de factores del entorno de las pacientes que condicionan el apareamiento de embarazos en las adolescentes | <p>SOCIO CULTURAL:</p> <p>Alfabetismo</p> <p>Nivel educativo</p> <p>Deserción Escolar</p> | <p>Si</p> <p>No</p> <p>No estudio</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>Bachillerato</p> <p>Si</p> <p>No</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | Estado civil | Soltera Acompañada Casada Viuda | |
| | | Antecedentes de embarazos adolescentes en la familia | Si No | |
| | | Familiar con antecedente de embarazo en adolescencia | Madre Hermana Tía Abuela | |
| | | ECONÓMICOS | | |
| | | Trabajo | Estable Inestable No trabaja | |
| | | Soporte económico de la familia | Padre de familia Madre de familia Hermano | |

| | | | | |
|--|--|-------------------------------------|---|--|
| | | | s Pareja Otros | |
| | | Número de habitantes en la vivienda | 0-2 personas 2-4 personas 4-6 personas 6-8 personas > de 8 personas | |
| | | Estabilidad de vivienda | Propia Alquilada | |
| | | BIOLÓGICOS | 10-12 años | |
| | | Edad | 13-15 años 16-19 años | |
| | | | 10-12 | |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | Menarquia | años 13-15 años > 15 años | |
| Grado de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva. | Según la OMS la Salud Sexual y reproductiva se define como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben | Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva Fuente de información sobre salud sexual y reproductiva Uso de métodos de planificación familiar previo al embarazo Métodos de planificación que conoce | Si No Profesor Amigos Familia Medios de Comunicación Si No ACO Inyectables | |

| | | | | |
|-------------------------|---|---------------------------------------|--|--|
| | ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud" | | DIU Implantes Preservativos Barrera Natural | |
| | | Embarazo no planificado | Si No | |
| | | Edad de inicio de relaciones sexuales | 10-12 años 13-15 años 16-19 años | |
| Embarazo en adolescente | Presencia de embarazo con producto viable en adolescentes | Número de controles prenatales | Ninguno 1-2 controles 3-4 controles 4-5 controles | |

| | | | | |
|--|--|--|---------------------|--|
| | | | > de 5 controles | |
| | | Consumo de micronutrientes durante el embarazo | Si No | |
| | | Apoyo de la familia y/o la pareja en el embarazo. | Si No | |

Cruce de Variables

| X | Y |
|---|-------------------------|
| Factores socio - económicos y culturales | Embarazo en adolescente |
| Nivel educativo | Embarazo en adolescente |
| Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva | Embarazo en adolescente |
| Antecedentes familiares | Embarazo en adolescente |

- **Fuentes de información:** adolescentes embarazadas.
- **Técnicas de obtención de información:** entrevista.
- **Herramientas para obtención de información:** encuesta.
- **Mecanismo de confidencialidad y resguardo de datos:** en las encuestas pasadas a las adolescentes no se les anexa nombre ni dirección para salvaguardar la identidad de las adolescentes. Los datos recabados en la encuesta solo serán manipulados por los partícipes de la investigación
- **Procesamiento y análisis de información:** tabulación y análisis de resultados se realizó utilizando en programa de Microsoft Excel 2010. Se realizarán encuestas a las embarazadas adolescente que cumplieron los criterios de inclusión, en el cual se incluyeron preguntas sobre los conocimientos de salud sexual y reproductiva elaboradas por los investigadores, se trató que fue representativo para el tipo de población entrevistada. Al recabar la información se tabularon todos los datos y se mostraron en gráficas de barras para su posterior análisis y realización de conclusiones de la investigación.

VI. RESULTADOS

DATOS GENERALES DE LA ADOESCENTE EMBARAZADA

Tabla 1. Distribución de Adolescente Embarazada por edad de UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

Tabla 1. Edad de Adolescente Embarazada

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|-------------|
| 10 – 14 años | 9 | 19.15% |
| 15 – 19 años | 38 | 80.85% |
| Total | 47 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente
Marzo a julio 2015

La edad de la adolescente en la que es más frecuente el embarazo, es en la adolescencia tardía y solo la cuarta parte de las embarazadas pertenecen a la adolescencia temprano.

Tabla 2. Edad de la pareja de la adolescente Embaraza de UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 2. Edad de la pareja de la adolescente Embaraza | | |
|---|------------|-------------|
| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
| 10 – 14 años | 8 | 17% |
| 15 – 19 años | 28 | 59.6% |
| 20 – 30 años | 10 | 21.3% |
| 30 años o mayor | 1 | 2.1% |
| Total | 47 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente
Marzo a julio 2015

Se observo que el 59,6% de las parejas de las adolescentes embarazadas tienen entre 15 y 19 años y que en 21.3% tienen 20 y 30 años.

Tabla 3. Escolaridad de adolescente Embarazada de UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 3. Escolaridad de adolescente embarazada | | |
|---|-------------------|-------------------|
| Escolaridad | Frecuencia | Porcentaje |
| Primer Ciclo | 7 | 14.9% |
| Segundo Ciclo | 25 | 53.3% |
| Tercer Ciclo | 11 | 23.2% |
| Bachillerato | 2 | 4.3% |
| Ninguno | 2 | 4.3% |
| Total | 47 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente Marzo a julio 2015.

El 53.3% de las embarazadas adolescentes ha cursado o cursa segundo ciclo, seguido de tercer ciclo con un 23.2%, observando que el mayor grado cursado es bachillerato con 4.3%, además un 4.3% no ha realizado ningún tipo de estudio.

Tabla 4. Estado civil de la adolescente embarazada de UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 4. Estado civil de la adolescente embarazada | | |
|---|-------------------|-------------------|
| Estado Civil | Frecuencia | Porcentaje |
| Soltera | 2 | 4.3% |
| Casada | 2 | 4.3% |
| Acompañada | 43 | 91.4% |
| Total | 47 | 100% |
| Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente Marzo a julio 2015. | | |

El 91.4% de las adolescentes embarazadas están acompañadas, 4.3% solteras y solo un 4.3% casadas.

Tabla 5. Religión que profesa la adolescente embarazada de UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 5. Religión que profesa la adolescente embarazada | | |
|---|-------------------|-------------------|
| Religión | Frecuencia | Porcentaje |
| Católica | 18 | 38.3% |
| Cristiana-Evangélica | 27 | 57.4% |
| Ninguna | 2 | 4.3% |
| Total | 47 | 100% |
| Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente Marzo a julio 2015. | | |

Del 100% de las adolescentes embarazadas el 57.4% son cristiana-evangélicas, 38.3% son católicas y solo un 4.3% de las adolescentes no profesan ninguna religión.

Tabla 6. Ocupación de la adolescente embarazada de UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 6. Ocupación de la adolescente embarazada | | |
|--|-------------------|-------------------|
| Ocupación | Frecuencia | Porcentaje |
| Ama de Casa | 45 | 95.7% |
| Estudiante | 2 | 4.3% |
| Total | 47 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente
Marzo a julio 2015.

En la ocupación de la adolescente embarazadas 95.7% eran amas de casa, seguidas por estudiantes en un 4.3%, quedando las otras opciones con cero por ciento.

Tabla 7. Procedencia de la adolescente embarazada de UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 7. Procedencia de la adolescente embarazada | | |
|--|-------------------|-------------------|
| Procedencia | Frecuencia | Porcentaje |
| Rural | 47 | 100% |
| Urbana | 0 | 0% |
| Total | 47 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente
Marzo a julio 2015.

Se demostró que el 100% de las adolescentes embarazadas son de procedencia rural.

FACTORES GINECOLOGICOS

Tabla 8. Gestas previas de las adolescentes de la UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 8. Gestas previas de las adolescente | | |
|--|------------|-------------|
| Número de Embarazo | Frecuencia | Porcentaje |
| Primer Embarazo | 40 | 85.1% |
| Segundo Embarazo | 7 | 14.9% |
| Total | 47 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente Marzo a julio 2015.

En el 85.1% de las adolescentes este ha sido su primer embarazo y solo 14.9% es su segundo, no obteniendo resultados con gestaciones mayores de dos.

Tabla 9. Edad del primer embarazo en la adolescente en las UCSF de San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

Tabla 9. Edad del primer embarazo en la adolescente.

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|-------------|
| 10 – 14 años | 19 | 40.4% |
| 15 – 19 años | 28 | 59.6% |
| Total | 47 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente Marzo a julio 2015.

En la adolescencia tardía es más frecuente el embarazo en un 59.6% y el 40.4% ocurre en la adolescencia media.

Tabla 10: Edad de primera relación sexual en adolescentes embarazada de las UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

Tabla 10: Edad de primera relación sexual en adolescentes.

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| 10 – 14 años | 21 | 44.7% |
| 15 – 19 años | 26 | 55.3% |
| Total | 47 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en el apareamiento de embarazo en adolescentes. Marzo a julio 2015.

La edad de inicio de relaciones sexuales de las adolescentes embarazadas en un 44.7% fue en la adolescencia temprana, pero un 55.3% inicio relaciones sexuales la adolescencia tardía, teniendo mayor porcentaje.

Tabla 11: Lugar donde realizaron su primera relación sexual las adolescentes embarazadas de las UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 11: Lugar donde realizaron su primera relación sexual. | | |
|--|------------|------------|
| Lugar | Frecuencia | Porcentaje |
| Casa de los padres | 5 | 10.6% |
| Casa del novio | 31 | 66% |
| Motel | 7 | 14.9% |
| Otros | 4 | 8.5% |
| Total | 47 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en el apareamiento de embarazo en adolescentes. Marzo a julio 2015.

Se observó que la primera relación sexual de las adolescentes fue en un 66% en la casa del novio y un 10.6% en casa de sus padres, ninguna inicio relaciones, un 14.9% en moteles, además un 8.5% el cual corresponde a casa de familiares.

Tabla 12: Motivo de inicio de relaciones sexuales en adolescentes embarazadas de las UCSF San Isidro, Las Tunas Y El Nanzal.

| Tabla 12: Motivo de inicio de relaciones sexuales en adolescentes embarazada | | |
|--|------------|-------------|
| Motivo | Frecuencia | Porcentaje |
| Curiosidad | 13 | 27.7% |
| Amor | 18 | 38.2% |
| Influencia de la pareja | 13 | 27.7% |
| Otros | 3 | 6.4% |
| Total | 47 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en el apareamiento de embarazo en adolescentes. Marzo a julio 2015.

El principal motivo por el que han iniciado relaciones sexuales las adolescentes embarazadas fue en un 38.2% el amor. Seguido por un 27.7% por curiosidad he influencia de la pareja cada una y el 6.4 por influencia de los familiares.

Tabla 13: Número de parejas sexuales de las adolescentes embarazadas de las UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 13: Número de parejas sexuales de las adolescentes | | |
|--|------------|-------------|
| Número | Frecuencia | Porcentaje |
| Una pareja sexual | 36 | 76.6% |
| Dos parejas sexuales | 9 | 19.1% |
| Mas parejas sexuales | 2 | 4.3% |
| Total | 47 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en el apareamiento de embarazo en adolescentes. Marzo a julio 2015.

Se observó que el 76.6% de las adolescentes embarazadas solo han tenido una pareja sexual, 19.1% han tenido dos parejas sexuales y el 4.3% han tenido tres parejas sexual.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Tabla 14: Edad de menarquía de las adolescentes embarazada de las UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 14: Edad de menarquía de las adolescentes embarazada | | |
|---|-------------------|-------------------|
| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
| 10 años | 4 | 8.5% |
| 11 años | 7 | 14.9% |
| 12 años | 16 | 34% |
| 13 años | 19 | 40.4% |
| 14 años | 1 | 2.2% |
| Total | 47 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en el apareamiento de embarazo en adolescentes. Marzo a julio 2015.

La menarquía en las adolescentes fue en su mayoría a los 12 años en un 34%, 13 años en un 40.4%, 11 años en un 14.9%, siguiéndole en frecuencia las edades comprendidas entre los 14 y 15 años.

Tabla 15: Adolescentes embarazada de las UCSF San Isidro, El Nanzal y Las Tunas que conocen sobre métodos de planificación Familiar.

| Tabla 15: Adolescentes embarazada que conocen sobre métodos de planificación Familiar | | |
|--|-------------------|-------------------|
| Número | Frecuencia | Porcentaje |
| Si | 36 | 76.6% |
| No | 11 | 23.4% |
| Total | 47 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en el apareamiento de embarazo en adolescentes. Marzo a julio 2015.

Del 100% de adolescentes el 76.6% conoce sobre métodos de planificación familiar y que el otro 23.4% no conoce ni han escuchado sobre métodos de planificación familiar.

Tabla 16: Métodos de planificación que conocen las adolescentes embarazada de las UCSF San Isidro, las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 16: Métodos de planificación que conocen las adolescentes embarazada | | |
|---|-------------------|-------------------|
| Método | Frecuencia | Porcentaje |
| Inyecciones | 9 | 25% |
| Orales | 17 | 47.2% |
| Barrera | 10 | 27.8% |
| Otros | 0 | 0% |
| Total | 36 | 100% |

: Encuesta sobre factores que influyen en el apareamiento de embarazo en adolescentes. Marzo a julio 2015.

Del 100% de adolescentes embarazada que conocen sobre PF, solo saben de tres métodos el 47.2% métodos orales, 25% inyectables y el 27.8 % métodos de barrera (preservativo masculino).

Tabla 17: Adolescentes embarazadas de las UCSF San Isidro, Las Tunas Y El Nanzal que han usado métodos de planificación familiar.

| Tabla 17: Adolescentes embarazada que han usados métodos de planificación familiar. | | |
|---|-------------------|-------------------|
| Número | Frecuencia | Porcentaje |
| Si | 22 | 46.8% |
| No | 25 | 53.2% |
| Total | 47 | 100% |
| Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en el apareamiento de embarazo en adolescentes. Marzo a julio 2015. | | |

Se logró observar que del 100% de adolescentes embarazadas el 46.8% han usado algún métodos de planificación y el 53.2% no ha utilizado métodos de planificación familiar.

Tabla 18. Obtención de información de Métodos de Planificación Familiar de las adolescentes embarazadas de la UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 18. Obtención de información de Métodos de Planificación Familiar de las adolescentes embarazadas | | |
|--|-------------------|-------------------|
| Información de: | Frecuencia | Porcentaje |
| Personal de Salud | 17 | 47.2% |
| Familiares | 6 | 16.7% |
| Amigos | 13 | 36.1% |
| Otros | 0 | 0% |
| Total | 36 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente Marzo a julio 2015

La mayor parte de adolescentes, obtuvo la información sobre métodos de planificación familiar por parte de personal de salud un 47.2%, 36.1% por un amigo, y solo un 16.7% por algún familiar.

FACTORES SOCIALES

Tabla 19. Metas a alcanzar por las adolescentes de la UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 19. Metas a alcanzar por las Adolescentes | | |
|---|------------|-------------|
| Metas | Frecuencia | Porcentaje |
| Terminar estudios | 2 | 4.3% |
| Ama de casa | 28 | 59.5% |
| Casarse | 15 | 31.9% |
| Ninguna | 2 | 4.3% |
| Total | 47 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en apareamiento de embarazo en adolescente Marzo a julio 2015.

Dentro de las metas que quieren obtener las adolescentes embarazadas se encontraron: ser ama de casa en un 59.5%, casarse en un 31.9%, solo un 4.3% quiere terminar sus estudios y un 4.3% no tienen claras sus metas.

Tabla 20. Composición del grupo familiar de adolescentes embarazadas de las UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 20. Composición del grupo familiar de adolescentes embarazadas | | |
|--|------------|-------------|
| Grupo familiar | Frecuencia | Porcentaje |
| mamá y papá | 19 | 40.4% |
| Mamá o papá | 11 | 23.4% |
| Mamá y abuelos | 13 | 27.7% |
| Otros | 4 | 8.5% |
| Total | 47 | 100% |

Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en el apareamiento del embarazo en adolescentes. Marzo a julio 2015.

La mayor parte de las adolescentes embarazadas han convivido durante su niñez y parte de su adolescencia con sus padres en un 40.4%, seguido de la convivencia con su madre y abuelos en un 27.7% y luego por la madre o el padre en un 23.4%, siendo la convivencia con otros familiares (tíos, abuelos o hermanos) la menos frecuente, 8.5%.

FACTORES ECONOMICOS

Tabla 21. Ingresos mensuales en el hogar de adolescentes embarazadas de las UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 21. Ingresos mensuales en el hogar de adolescentes embarazadas | | |
|--|-------------------|-------------------|
| Ingresos | Frecuencia | Porcentaje |
| Menos de \$100 | 5 | 10.6% |
| De \$100 a \$200 | 23 | 48.9% |
| De \$200 a \$300 | 10 | 21.4% |
| De \$300 a \$400 | 5 | 10.6% |
| Más de \$400 | 4 | 8.5% |
| Total | 47 | 100% |
| Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en el apareamiento del embarazo en adolescentes. Marzo a julio 2015. | | |

Los ingresos mensuales que reciben las adolescentes se encuentra entre \$ 100 a \$200 en un 48.9%, seguido de un ingreso de \$200 a \$300 en 21.4%, un 10.6% de menos de \$100 y en un pequeño porcentaje reciben más de \$400 en 8.5%.

Tabla 22. Adolescentes embarazadas que sus ingresos mensuales suficientes son para cubrir sus necesidades básicas de las UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 22. Adolescentes embarazadas que sus ingresos mensuales son suficientes para cubrir sus necesidades básicas | | |
|--|-------------------|-------------------|
| Ingresos | Frecuencia | Porcentaje |
| Suficientes | 14 | 29.8% |
| Insuficientes | 33 | 70.2% |
| Total | 47 | 100% |
| Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en el apareamiento del embarazo en adolescentes. Marzo a julio 2015. | | |

El 29.8% de las adolescentes piensa que sus ingresos son suficientes para cubrir sus necesidades básicas y el 70.2% que no son suficientes.

Tabla 23. Tipo de viviendas de las adolescentes embarazadas que pertenecen UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 23. Tipo de viviendas de las adolescentes embarazadas | | |
|---|-------------------|-------------------|
| Tipo de vivienda | Frecuencia | Porcentaje |
| Mixta | 18 | 38.3% |
| Lámina | 11 | 23.4% |
| Bahareque | 12 | 25.5% |
| Otro | 6 | 12.8 |
| Total | 47 | 100% |
| Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en el apareamiento del embarazo en adolescentes. Marzo a julio 2015. | | |

La mayoría de las viviendas de las embarazadas es de tipo mixto en un 38.3%, 23.4% están hechas de lámina, el 25.5% de las viviendas son de bahareque y el 12.8% están construidas con madera..

ANTECEDENTES FAMILIARES

Tabla 24. Edad del primer embarazo de la madre de las adolescentes de la UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 24. Edad del primer embarazo de la madre de las adolescentes | | |
|--|-------------------|-------------------|
| Edad de la madre | Frecuencia | Porcentaje |
| 10 a 14 años | 8 | 17% |
| 15 a 19 años | 24 | 51.1% |
| 20 años o más | 7 | 14.9% |
| No sabe | 8 | 17% |
| Total | 47 | 100% |
| Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en el apareamiento del embarazo en adolescentes. Marzo a julio 2015. | | |

El 51.1% de las madres de las adolescentes tuvo su primer embarazo entre los 15 a los 19 años, es decir, la mayoría han sido madres adolescentes pero en la etapa tardía, seguida por un 14.9% mayores de 20 años, un 17% de 10 a 14 años y un 17% desconocen la edad de su madre durante su primer embarazo.

Tabla 25. Antecedentes familiares de embarazos en la adolescencia de la UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 25. Antecedentes familiares de embarazos | | |
|---|-------------------|-------------------|
| Antecedentes familiares | Frecuencia | Porcentaje |
| Si | 20 | 42.6% |
| No | 13 | 27.6% |
| No saben | 14 | 29.8% |
| Total | 47 | 100% |
| Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en el apareamiento del embarazo en adolescentes. Marzo a julio 2015. | | |

El 42.6% de las adolescentes tienen otras familiares que hayan tenido su primer embarazo en la adolescencia, el 27.6% no han tenido antecedentes familiares de embarazos en la adolescencia y un 29.8% desconocen tener familiares con antecedentes de embarazo en la adolescencia.

TEST DE CONOCIMIENTOS

Tabla 26. Nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las adolescentes embarazadas de la UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

| Tabla 26. Nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las adolescentes embarazadas. | | |
|---|-------------------|-------------------|
| Nivel de conocimientos | Frecuencia | Porcentaje |
| Conocimiento bajo | 32 | 68% |
| Conocimiento moderado | 15 | 32% |
| Conocimiento alto | 0 | 0% |
| Total | 47 | 100% |
| Fuente: Encuesta sobre factores que influyen en el apareamiento del embarazo en adolescentes. Marzo a julio 2015. | | |

El resultado del test de conocimientos se obtuvo que el 64% de las adolescentes tienen un nivel de conocimientos bajo de salud sexual y reproductiva, seguido del 36% con un nivel de conocimiento moderado. Sin tener ninguna un nivel de conocimientos alto.

VII. DISCUSIÓN.

El adelanto de la fecundidad permite la aparición de embarazos a edades más tempranas y depende por tanto no solo de factores biológicos sino de factores sociales y personales. Se sabe que las adolescentes embarazadas además de encontrarse en la misma situación que cualquier otra mujer embarazada, con la diferencia que deben enfrentarse a una mayor número de factores socioculturales, económicos, psicológicos y ambientales.

De acuerdo a los resultados obtenidos los embarazos se presentaron en la adolescencia tardía en un 80.85% esto podría ser debido a que en esta etapa de la vida es donde se da una separación física y emocional de la familia, mayor autonomía y una consolidación de la identidad sexual.

Se observó que el otro 19.15% de los embarazos en adolescentes se presentó en la adolescencia temprana, que es el periodo donde se da en los cambios corporales, menarquía, lucha por mayor autonomía y el inicio de relaciones sexuales.

Se evidencio que la edad de la pareja de la adolescente embarazada ronda entre los 15 a 19 años en un 59.6%, el 23.4% es mayor de 20 años y solo el 17% se encontraban entre los 10 a 14 años.

En relación al nivel educativo el 53.3% manifestó haber estudiado hasta segundo ciclo del área básica, en especial entre quinto y sexto grado con lo que se demuestra el bajo nivel educativo se vincula con una mayor desinformación relacionada con salud sexual y reproductiva. El 23.2 % de embarazadas había estudiado hasta tercer ciclo, un 14.9% había llegado a

primer ciclo y llama la atención que solo un 4.3% había obtenido bachillerato o no a realizado ningún tipo de estudio.

El bajo nivel educativo está relacionado con la falta de proyectos de vida, metas de superación, preparación para el empleo, esto se pone en evidencia en las adolescentes embarazadas encuestadas, ya que 95.7% manifestó ser ama de casa y solo un 4.3% manifestó ser estudiante. Solo un 6% manifestó tener metas como llegar a ser profesionales, el 59.5% manifestó que tenían como meta llegar a ser buenas amas de casa.

Esto también incide principalmente para que las jóvenes vean en las uniones tempranas la forma de independizarse de la familia y económicamente, encontrando que el 91.4% se encontraba en unión estable, un 4.3% soltera, al igual 4.3% se encontraba casada.

En el área rural es donde se presentó 100% de adolescentes embarazadas, esto debido a que es en los estratos más bajos, donde existe mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y por la ubicación geográfica de las UCSF.

El grupo familiar de las adolescentes embarazadas está compuesto en 40.4% por madre y padre y en un 27.7% solo por la madre y su abuelo, el 23.4% manifestó vivir solo con la madre o el madre y un 8.5% viven con otros familiares (abuelos, tíos o hermanos). Se puede evidenciar que el 59.6% pertenece a una familia desintegrada con predominancia de matriarcado en un 68.1%.

El 100% de las adolescentes embarazadas profesan una religión, en su mayoría cristiano-evangélicas 57.4%, siguiendo en frecuencia la católicas 38.3, y el 4.3% manifestó no profesar ninguna religión.

En nuestro estudio el 40.4% de las adolescentes su menarquía fue a los 13 años, seguido de un 34% a los 12 años y a los 11 años de un 14.9%, y en menor porcentaje a los 10 y 14 años de edad, evidenciando apareamiento de menarquía precoz (10 a 13 años) en el 79.7% de las adolescentes encuestadas, convirtiéndose así en una señal de la posibilidad de fertilidad.

En nuestro trabajo se evidencio que el grado de escolaridad de la adolescente embarazada tiene relación con el apareamiento de embarazos en la adolescencia, observando que el 53.3% cursa, no ha terminado o ha cursado segundo ciclo, seguido del 23.2% con una escolaridad de tercer ciclo, el 14.9 ha cursado únicamente primer ciclo, 4.3% de bachillerato y una minoría del 4.3% actualmente no han realizado ningún estudio. Teniendo un total de 76.5% (escolaridad de segundo y tercer ciclo) de las adolescentes tienen un nivel educativo bajo. Lo anterior se relaciona con el apareamiento del primer embarazo de las adolescentes en la adolescencia tardía, observando que ninguna de las adolescentes entrevistadas tienen una edad inferior a los catorce años posiblemente porque aún están en la escuela sabiendo que en nuestro país las edades de inicio del segundo ciclo es aproximadamente a los 9 años y la edad de inicio del tercer ciclo es a los 12 años finalizando aproximadamente a los 15 años, pero cabe recordar que en el área rural la edad de inicio de estudios es más tardía que en el área urbana por múltiples razones, falta de interés de los padres, trabajo en el campo a edades tempranas, padres sin estudios, se podría intuir que estos son los motivos del apareamiento de embarazos es la adolescente es por deserción escolar por los diversos motivos que pueden existir como economía, distancia del centro

educativo, autonomía, etc. Además es importante recalcar que todas las embarazadas menores de quince años por normativa del MINSAL llevan su control prenatal en el segundo nivel de atención de la red nacional.

Además pudimos evidenciar que el 14.9% de las embarazadas adolescentes actualmente están gestando su segundo embarazo, aunque es un bajo porcentaje, este no deja de ser un factor de riesgo para seguir concibiendo embarazos en la adolescencia.

Aunado a lo anterior evidenciamos que en un 55.3% de las adolescentes inician su primera relación sexual en la adolescencia tardía, seguido un 44.7% inicio actividad sexual de los 10 a 14 años, siendo motivadas en un 38.2% por el amor. Observando que en un 76.6% solo han tenido una pareja sexual, comparado con un 19.1% que ha tenido dos parejas sexuales y un 4.3% han tenido múltiples parejas sexuales lo que podría aumentar el riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos, se basan en el reconocimiento de la autonomía y libertad de las personas a tomar decisiones voluntarias, libres e informadas, respecto a la sexualidad y la reproducción.

De los resultados sobre el conocimiento de las adolescentes con respecto a los métodos de planificación familiar del 100% de adolescentes el 76.6% conoce sobre métodos de planificación familiar y el otro 23.4% no conoce sobre dichos métodos.

Del 76.6% (36 embarazadas) que respondieron que conocían sobre métodos de planificación familiar solo un 25% de ellas conoce sobre métodos inyectables, el 47.2% sobre anticonceptivos orales, 27.8% sobre métodos de

barrera y únicamente el preservativo masculino, y del 100% de estas embarazadas desconocen otros tipos de métodos de planificación.

Planificación familiar se entiende por todos aquellos suministros y servicios que hacen posible que las personas y las parejas tengan el número de hijos e hijas que desean tener y planifiquen el cuándo y cada cuánto tiempo los tendrán.

En todos los países en vías de desarrollo las ayudas a la planificación familiar se encuentran disminuidas. Si bien esto ha afectado a personas de todas las edades, el grupo de los adolescentes ha sido uno de los más perjudicados. Por no tener los suficientes acceso por motivos culturales, económicos o por falta de abastecimiento en nuestros servicios de salud.

Pues en nuestro trabajo aunque 76.6% refirieron conocer sobre métodos de planificación familiar solo el 46.8% ha usado algún método de planificación y el 53.2% restante nunca ha utilizado ningún método de planificación familiar.

Al evaluar de forma objetiva el grado de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva mediante el test de conocimientos el 68% de las adolescentes obtuvieron un nivel de conocimientos bajo sobre salud sexual y reproductiva, seguido del 32% con un nivel de conocimiento moderado, obteniendo cero por ciento de conocimientos alto. Lo cual se puede relacionar con el grado de escolaridad, la falta de accesos a la información, nivel económico, los factores culturales.

Se evidencio que en nuestra investigación que la mayoría de los adolescentes obtienen información sobre métodos de planificación familiar por medio de sus amigos en un 52.8% (no teniendo información confiable), 47.2%

obtienen información por medio del personal de salud, 36.1% por medio de amigos y solo un 16.7% por los familiares.

Los antecedentes familiares de embarazo adolescente, se repite el mismo escenario de vida, Hijas de madres adolescentes, con una menor educación y por ende menores oportunidades para generar ingresos, se convierten así en víctimas de un ciclo de pobreza.

El 68.1% de las embarazadas encuestadas han sido hijas de madres adolescentes, creando un círculo vicioso en nuestras adolescentes embarazadas. En su mayoría en la adolescencia tardía 51.1% y de la edad adulta solo un 14.9%. El 42.6% han tenido antecedentes familiares de embarazos en la adolescencia (en su mayoría tías).

Esta transmisión intergeneracional de la maternidad adolescente perpetúa un ciclo de desventajas. La socialización es un importante mecanismo que puede producir una asociación entre el comportamiento reproductivo entre madres y sus hijas. Las hijas de madres adolescentes pueden sostener actitudes, valores o preferencias que son favorables a la maternidad temprana y esto, porque reproducen los comportamientos de sus madres. Probablemente las madres que fueron madres adolescentes sean más favorables a mantener actitudes positivas hacia la maternidad adolescente y ellas transmiten estas actitudes a sus hijas a través del proceso de socialización.

Las hijas de madres adolescentes tienen menos aspiraciones de estudios superiores, menor escolaridad y ejercen mayores labores de casa.

VIII. CONCLUSIONES

1. La adolescencia tardía es en donde se presentó el mayor número de embarazos en la adolescencia en un 80.85% en nuestras comunidades, al igual se observó que coincide con la edad del compañero de vida en un 59.6%.
2. La unión estable en un 91.4% es la que más predominó en las adolescentes embarazadas de dicha área geográfica.
3. La religión no influye como factor protector en la aparición de embarazo en adolescentes.
4. Las adolescentes embarazadas pertenecen a estratos económicos bajos con ingresos insuficientes para cubrir sus necesidades básicas. Perteneciendo en 100% al área rural, con pobre nivel de aspiración para su desarrollo personal, repitiéndose el mismo escenario de vida, perpetuando un círculo de pobreza, heredando menos aspiraciones para su desarrollo personal, que incluya una vida digna de metas de provecho para su vida.
5. La conformación del grupo familiar influye en el apareamiento de embarazo en las adolescentes, teniendo 59.6% de las familias desintegradas, de las cuales un 51.1% tiene predominio de matriarcado, aunado a esto los antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia, estos antecedentes familiares de embarazo en la adolescencia tienen una transmisión intergeneracional de la maternidad.

6. Los factores biológicos como la menarquía temprana están relacionados con el apareamiento de embarazo en adolescentes, pues existe mayor oportunidad de fertilidad en la mujer y el inicio a edades tempranas de relaciones sexuales.

7. El nivel educativo bajo lleva a un conocimiento de salud sexual y reproductiva bajo asociado a un alto grado de desinformación de métodos de planificación familiar y salud sexual y reproductiva. Son un conjunto de entidades que una tras otra llevan a una cadena interminable de factores que al final inciden en la problemática investigada.

IX. RECOMENDACIONES

- A las UCSF involucradas en esta investigación, se le recomienda abordar la temática de salud sexual y reproductiva de manera que englobe todos los aspectos de la vida de las adolescentes; fortaleciendo las actividades dentro de los club de adolescentes. Desarrollo de talleres en temas de salud sexual y reproductiva, con participación de los padres de familia, docentes y adolescentes; en las diferentes comunidades.
- A los diversos Establecimientos de la Red nacional de salud se debe de actuar activamente en potenciar la participación social, incorporando para ello aspectos culturales de las comunidades; así como también priorizar las estrategias que conllevan a prácticas saludables de la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes.
- Las instituciones educativas de la localidad ,mantener comunicación constante con los padres y comprometerlos a asistir a las escuelas de padres en donde les impartan temas de salud sexual y reproductiva enfocada a los adolescentes.
- Se recomienda programas de inclusión a madres solteras para fortalecer el cuidado, educación y desarrollo de sus hijos y así ayudar a disminuir embarazos futuros de adolescentes.
- Se recomienda al Ministerio de educación que en su programa de atención de adolescente se desarrollen clubes de adolescente tema de interés, principalmente temas sobre educación sexual y reproductiva con

énfasis en derechos sexuales y reproductivos, métodos de planificación familiar.

- El personal de salud que realiza inscripciones y controles de adolescentes, así como también controles e inscripciones prenatales se tome el tiempo necesario para brindar una adecuada educación es salud sexual y reproductiva.
- Establecer programas a nivel local en instituciones gubernamentales y no gubernamentales para la educación del personal de enseñanza de centros educativos, promoviendo la sensibilización de los padres de familia para la educación sexual y reproductiva en sus hijos.

X. BIBLIOGRAFÍA.

1. Kliegman, Berhman. Nelson. Tratado de pediatría 18a ed. Volumen 1. España. Elsevier. Cap 12. Adolescencia, p 60-65.
2. Bloom, Rouse, Spong. Williams, Obstetricia 23a ed. Mc Graw-Hill Interamericana. Sesión 3. Cap 8. Atención Prenatal, p 189-214.
3. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, embarazo, parto, puerperio y al recién nacido. 2º edición. 2012 Ministerio de Salud, Políticas de Salud. El Salvador.
4. Martínez, Surreya, Fuscina. CLAP/SMR 2a Edición. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Guías para el continuo de atenciones de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. Cap. III. Control Prenatal, Vigilancia durante la Gestación, Evaluación del Riesgo Concepcional y Conductas, p 39-144.
5. Política nacional de salud sexual y reproductiva. 2º edición. 2012 Ministerio de Salud, Políticas de Salud. El Salvador.
6. Ley De Protección Integral de la niñez y la adolescencia (Ley LEPINA) DADO EN EL SALÓN AZUL DEL PALACIO LEGISLATIVO: San Salvador, publicado 26 de marzo de 2009.
7. Embarazo en adolescentes, revista de post grado de la cátedra de medicina N0 117 agosto 2001.

8. Política de salud construyendo la esperanza. Estrategias y recomendaciones en salud 2009 - 2014. María Isabel Rodríguez.
<http://www.salud.gob.sv/>
9. Unfpa.org. Nancy Williamson, Indicadores juveniles en El Salvador. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes. 2013, p 1-110.
www.unfpa.org.sv/
10. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Manual-OMS- planificación familiar [Actualizado en año 2011]. www.who.int/es/
11. Codajic.org. Más planificadoras, menos embarazos adolescentes. Naciones Unidas, Nueva York, 2014. <http://www.codajic.org/node/1367>
12. Who.int/. Derechos Sexuales y Reproductivos OMS. [Actualizado en el año 2014]. http://www.who.int/reproductivehealth/about_us/es/
13. Ripsa.org. Desarrollo humano adolescente [Actualizado en el año 2012].
<http://www.sexualidadjoven.cl/index.htm>

XI. ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ENCUESTA SOBRE FACTORES QUE INFLUYEN EN APARECIMIENTO DE
EMBARAZO EN ADOLESCENTE

Datos generales:

1. Edad:

10 -14 años 15- 19 años

Edad de pareja:

10 -14 15- 19 años 20-30 años >30 años

2. Escolaridad:

Primer ciclo () Segundo ciclo () Tercer ciclo () Bachillerato ()
Universidad () Ninguna ()

3. Estado Civil:

Soltera () Casada () Acompañada ()

4. ¿profesa alguna religión? Si () no ()

¿Cuál? _____

5. Ocupación: _____

6. Procedencia: rural _____ urbano _____

Factores Ginecológicos

7. ¿Este es su primer embarazo?

Si () no () N° _____

8. ¿A qué edad tuvo su primer embarazo?

10 -14 años ()

15- 19 años ()

9. ¿Su embarazo fue deseado?

Si () no ()

10. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?

10 -14 años ()

15- 19 años ()

11. Lugar donde realizó su primera relación sexual:

Casa de los padres () en casa del novio () motel ()

Escuela () otro _____

12. ¿Qué la llevó a iniciar relaciones sexuales?

Curiosidad () Amor () Influencia de tu pareja () Para no estar solo ()

Otros _____

13. ¿Número de parejas sexuales que ha tenido? _____

Salud sexual y reproductiva.

14. Edad de la primera menstruación: _____

15. ¿conoce sobre métodos de planificación familiar?

Si () No ()

16. ¿Qué método de planificación familiar conoce?

Inyecciones () Orales () Barrera () Naturales ()
Permanentes ()

17. ¿ha usado algún método de planificación familiar?

Si _____ no _____ ¿Cuál?

18. ¿Quién le hablo de métodos de planificación familiar?

Personal de salud () maestros () padres () amigos () familiares
() otros _____

Factores Sociales

19. ¿Cuáles son sus metas reales?

Sacar el bachillerato () Casarse () Ninguna ()
Ser profesional () Ser ama de casa () Trabajar ()

20. ¿En que ocupa su tiempo libre?

Ve televisión () deportes () Leer () Otras _____

21. Como está compuesto su grupo familiar

Mamá y papá () mamá o papá () mamá y abuelos ()
Papá y abuelos () otros _____

22. Cómo catalogaría su relación con:

| | Buena | Mala |
|------------------|-------|------|
| Padre | | |
| Madre | | |
| Hermanos | | |
| Otros Familiares | | |

23. ¿Ha sufrido maltrato en su familia?

Si () no ()

24. ¿Qué tipo de maltrato ha sufrido? (si la pregunta anterior es afirmativa):

Físico () psicológico () sexual () otro _____

Factores económicos.

25. ¿Cuál es el promedio de ingreso mensual en su hogar?

Menos de \$100 () de \$100 a \$200 () de \$200 a \$300 ()
de \$300 a \$400 () más de \$400 ()

26. ¿considera que este es suficiente para mantenerse usted y su familia?

Si () no ()

27. Su vivienda es de construcción: mixta () lámina () bahareque ()

otra _____

Antecedentes familiares

28. A qué edad tuvo su mamá el primer hijo: _____

29. Otras de sus familiares han sido madres en la adolescencia:

si _____ no _____ no sabe: _____

30. Si su respuesta anterior fue sí. ¿Quién? _____

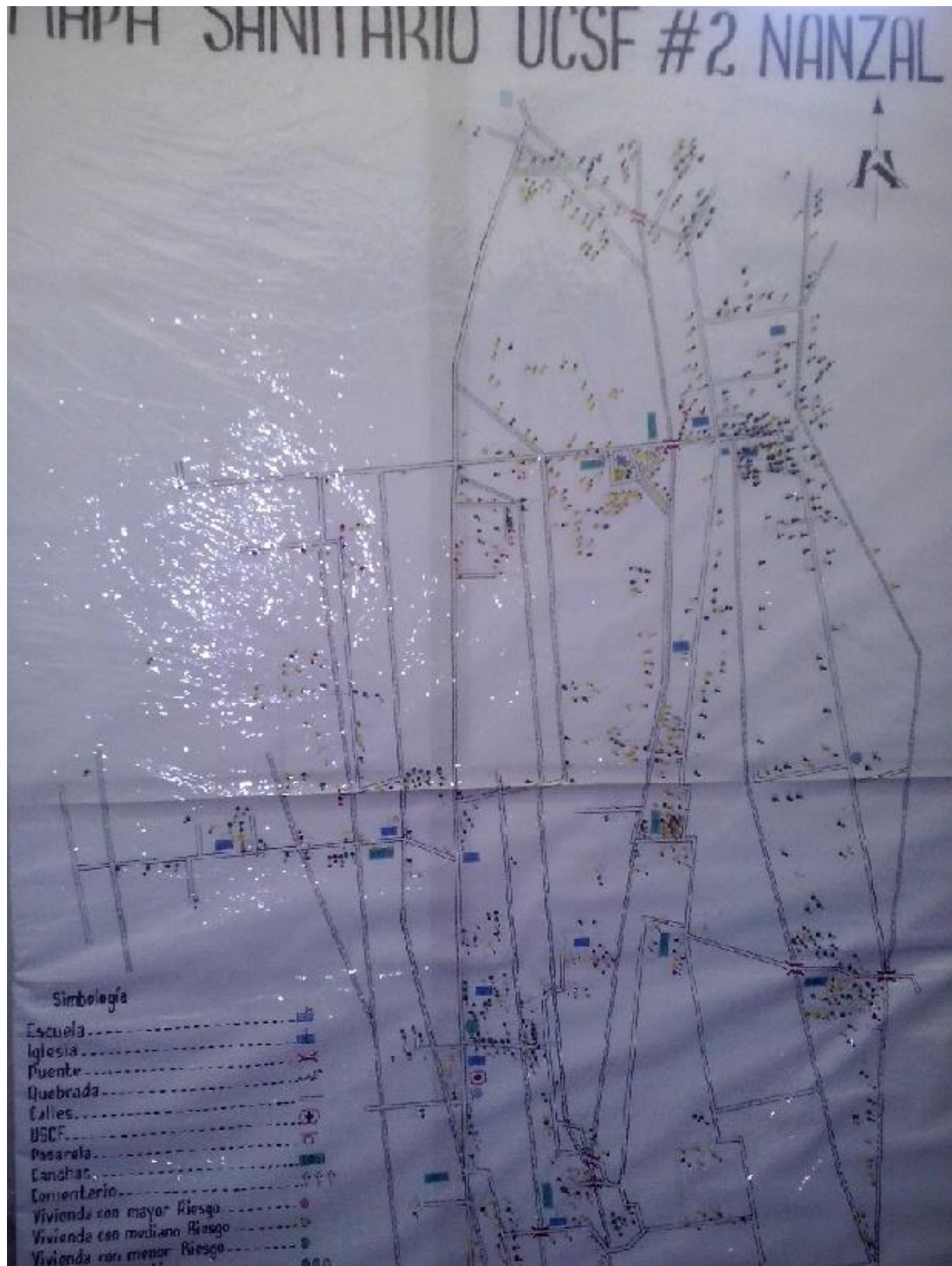
ANEXO 2.



ANEXO 3.



ANEXO 4.



**ANEXO 5
GRAFICOS.**

DATOS GENERALES DE LA ADOESCENTE EMBARAZADA.

Tabla 1. Distribución de Adolescente Embarazada por edad de UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

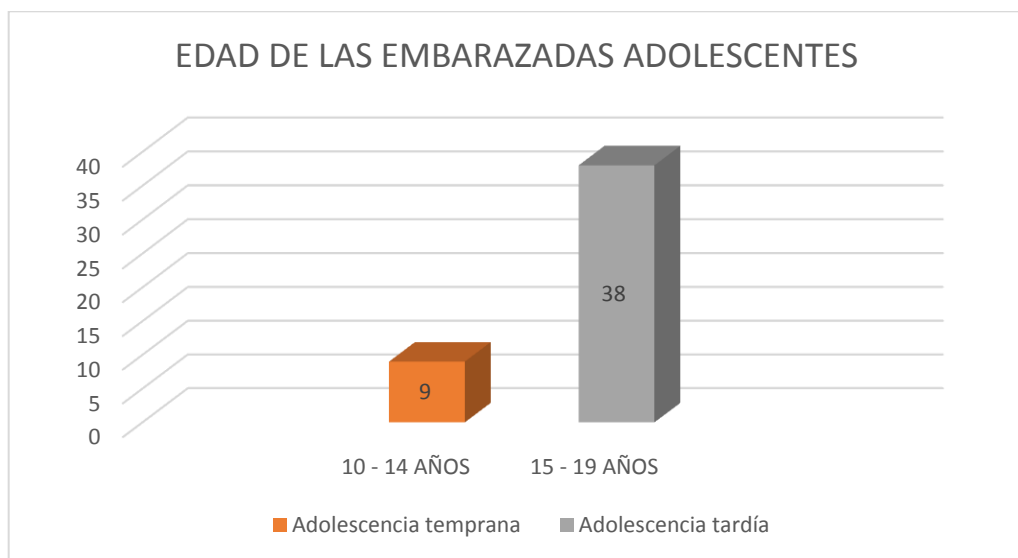


Tabla 2. Edad de la pareja de la adolescente Embaraza de UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

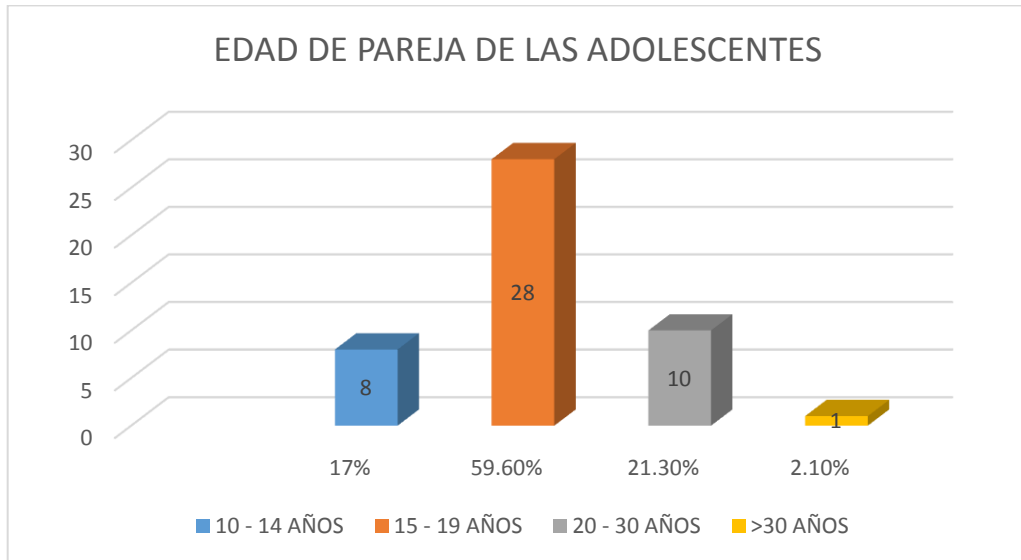


Tabla 3. Escolaridad de adolescente Embarazada de UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

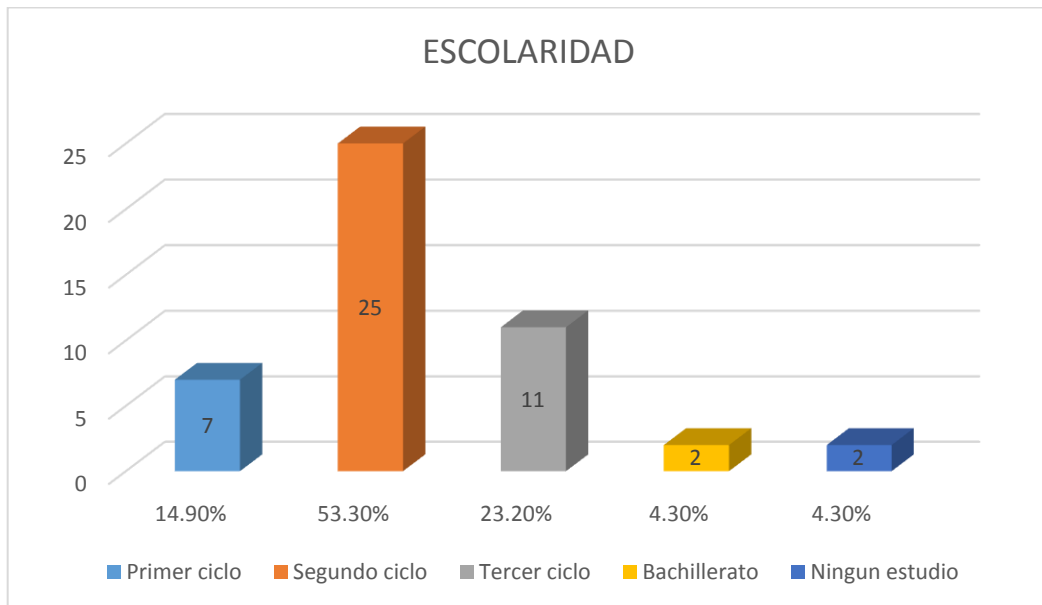


Tabla 4. Estado civil de la adolescente embarazada de UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

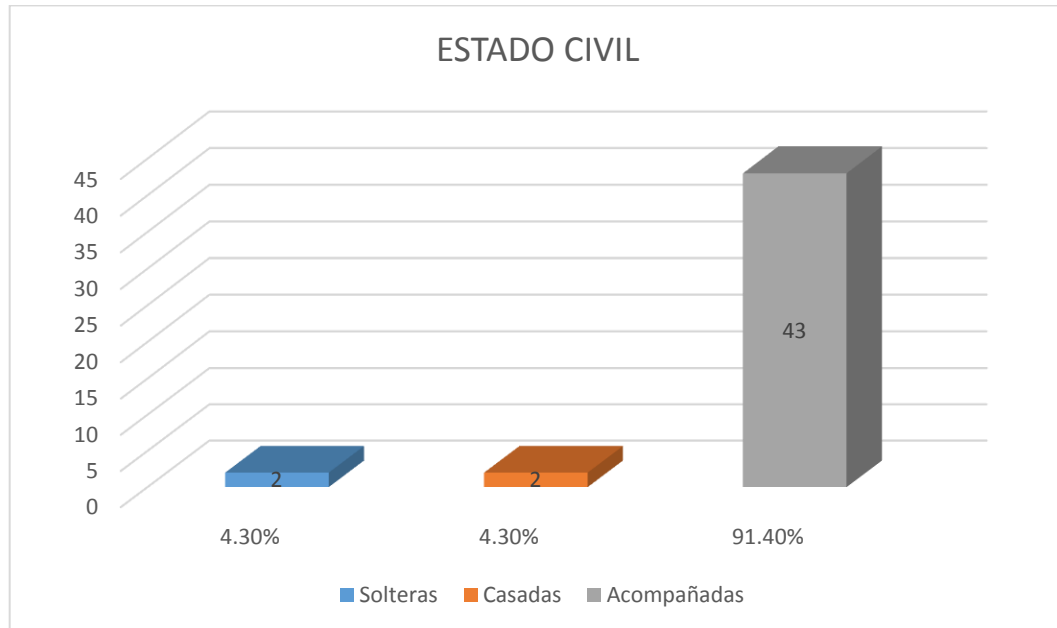


Tabla 5. Religión que profesa la adolescente embarazada de UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

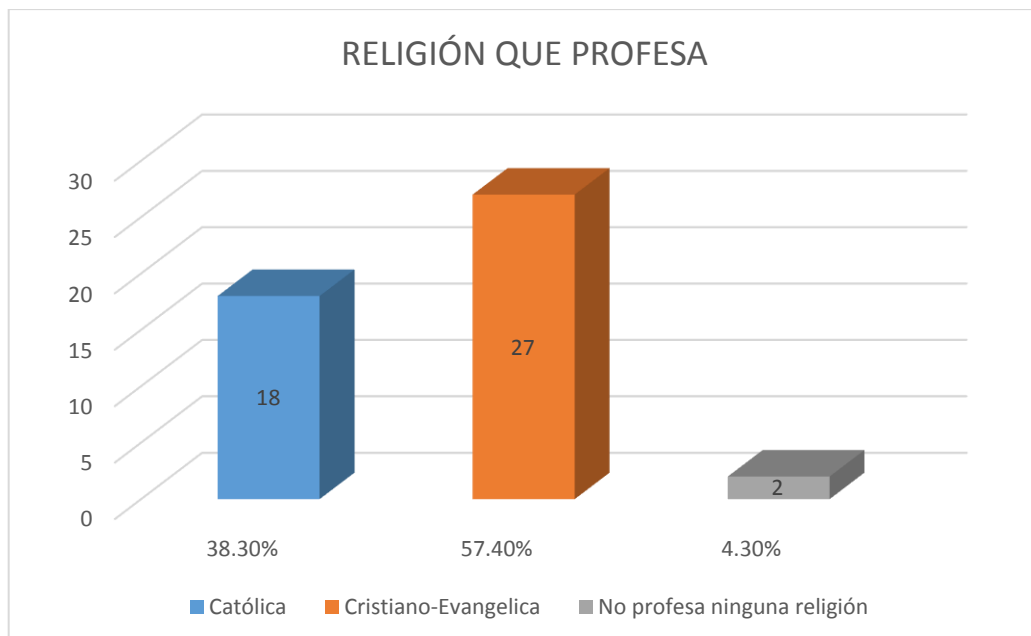


Tabla 6. Ocupación de la adolescente embarazada de UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

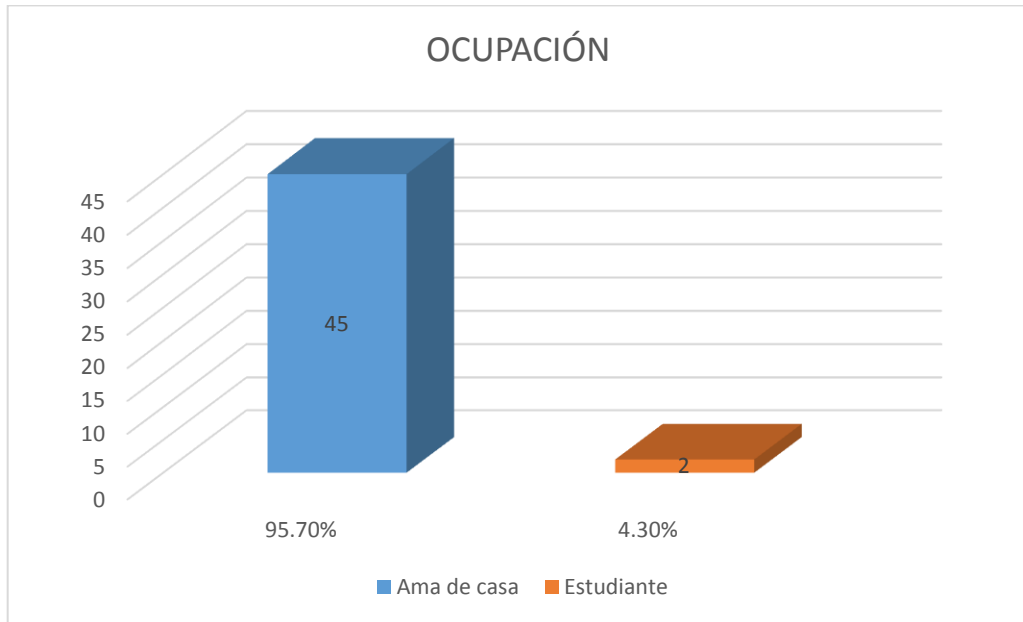
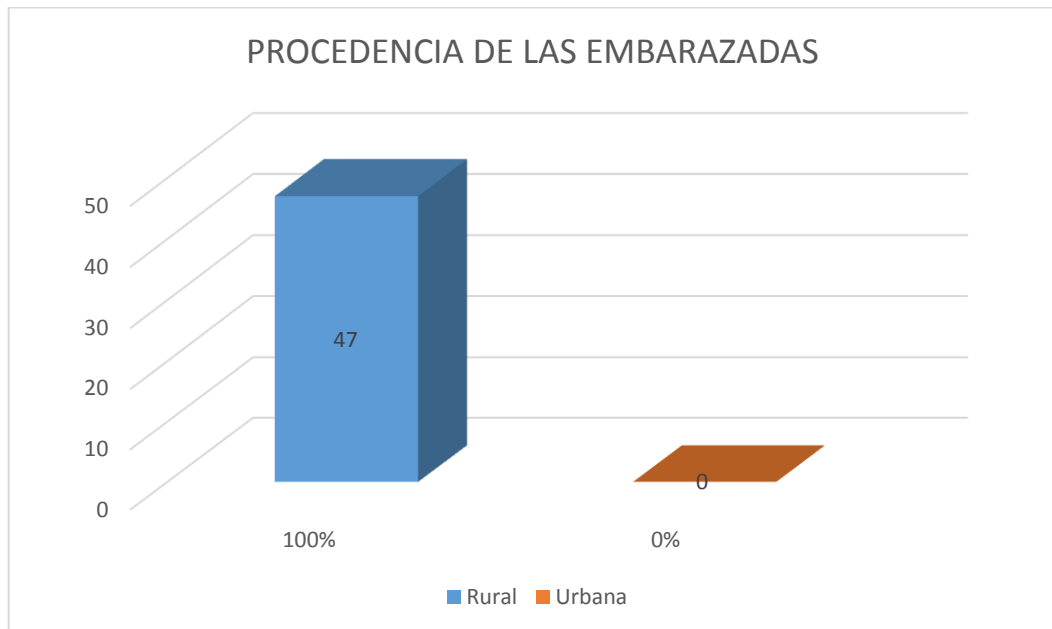


Tabla 7. Procedencia de la adolescente embarazada de UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.



FACTORES GINECOLOGICOS

Tabla 8. Gestas previas de las adolescentes de la UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

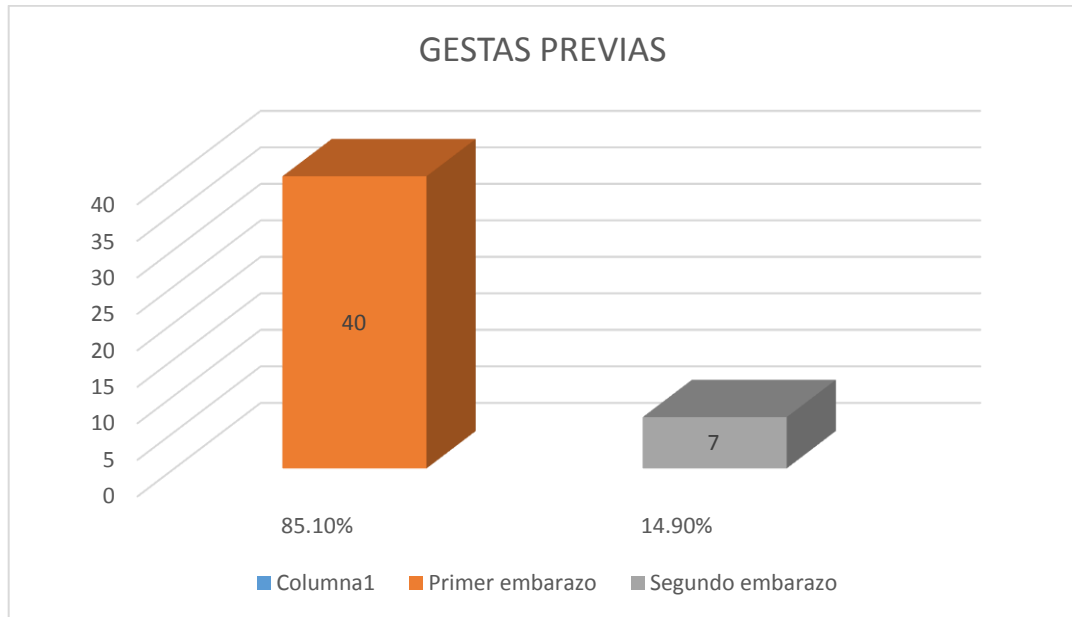


Tabla 9. Edad del primer embarazo en la adolescente en las UCSF de San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

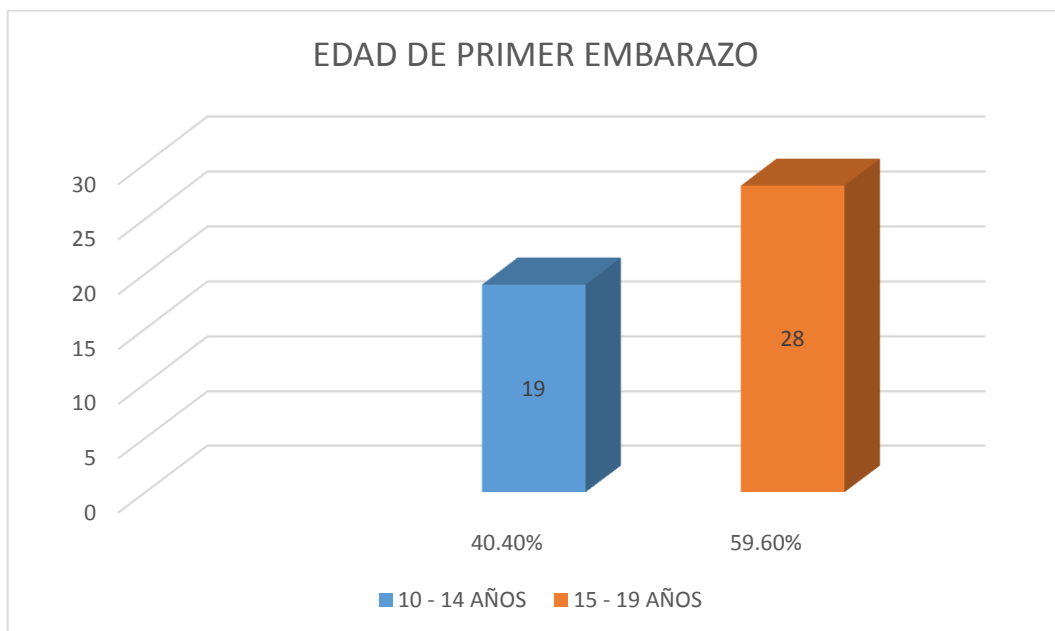


Tabla 10: Edad de primera relación sexual en adolescentes embarazada de las UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

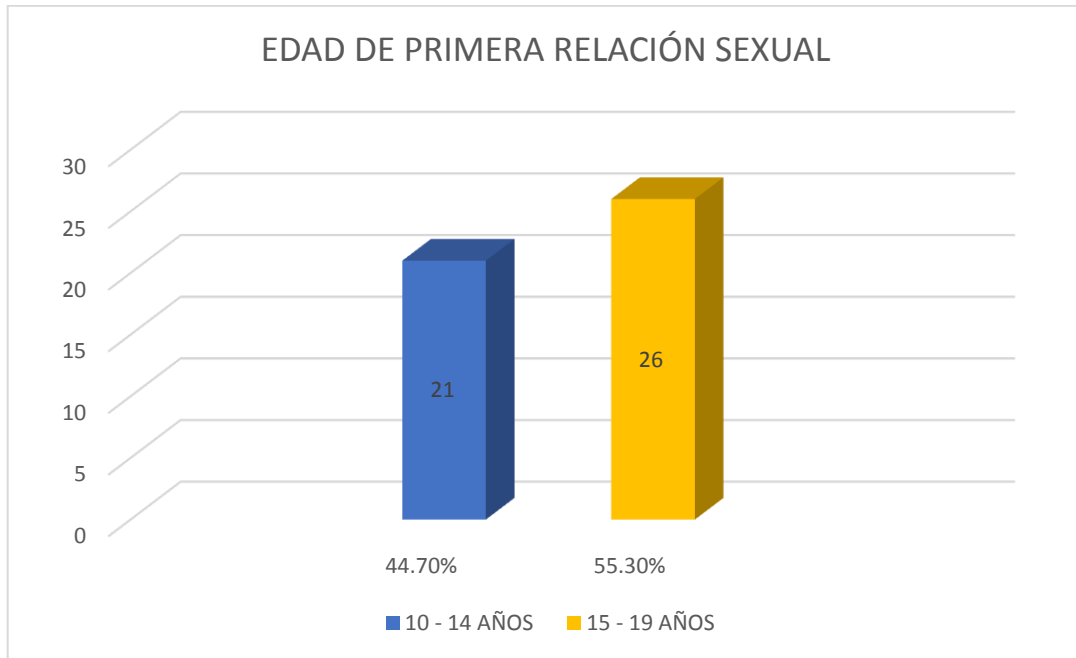


Tabla 11: Lugar donde realizaron su primera relación sexual las adolescentes embarazadas de las UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

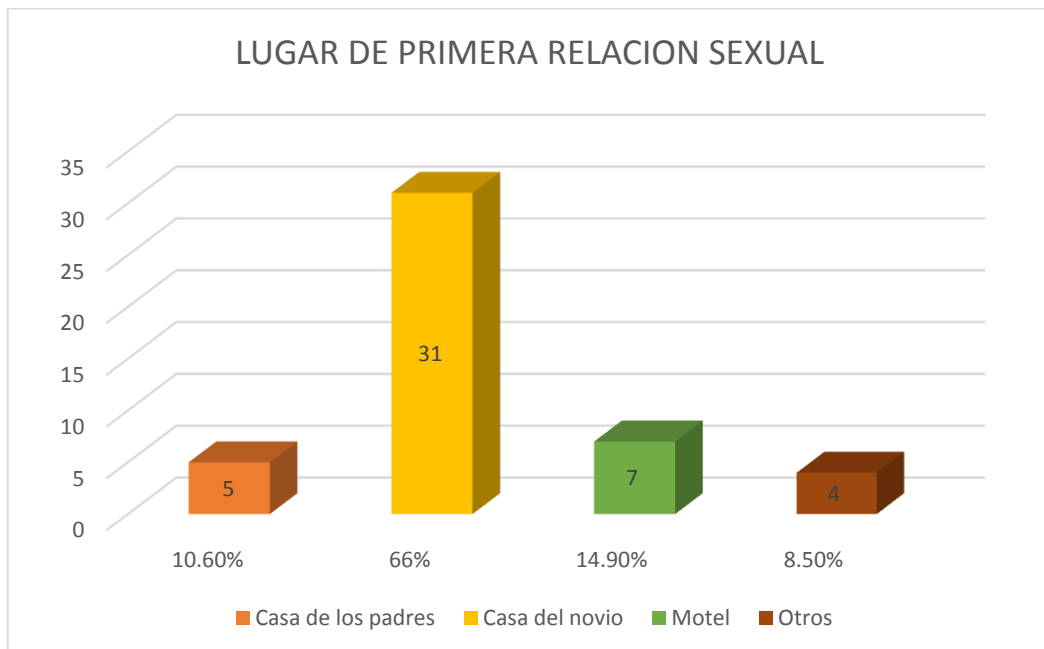


Tabla 12: Motivo de inicio de relaciones sexuales en adolescentes embarazadas de las UCSF San Isidro, Las Tunas Y El Nanzal.

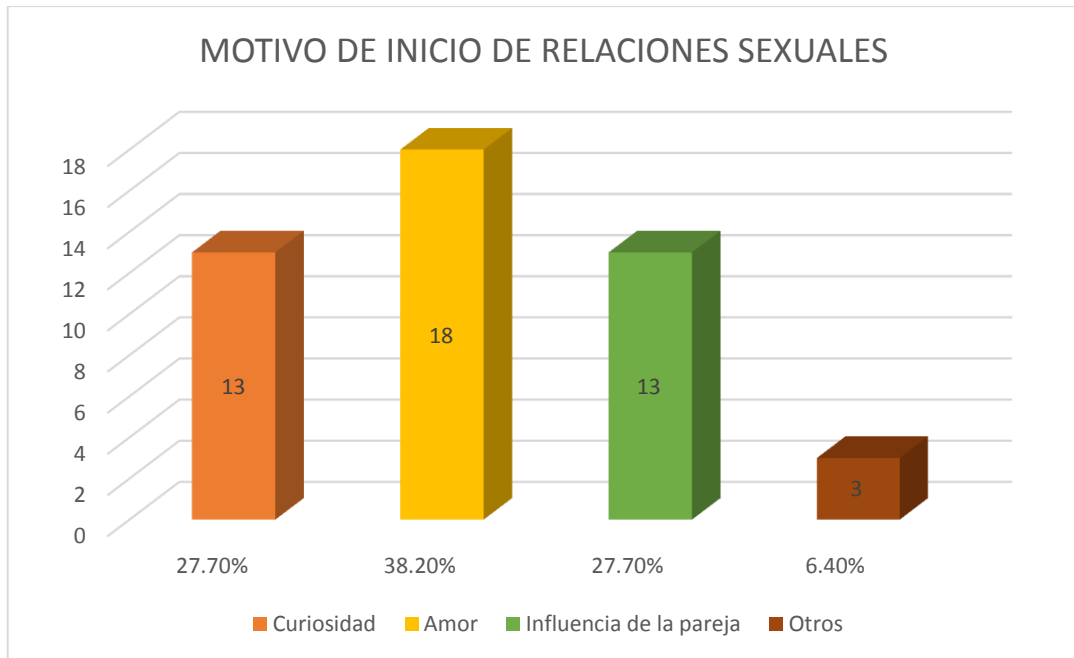
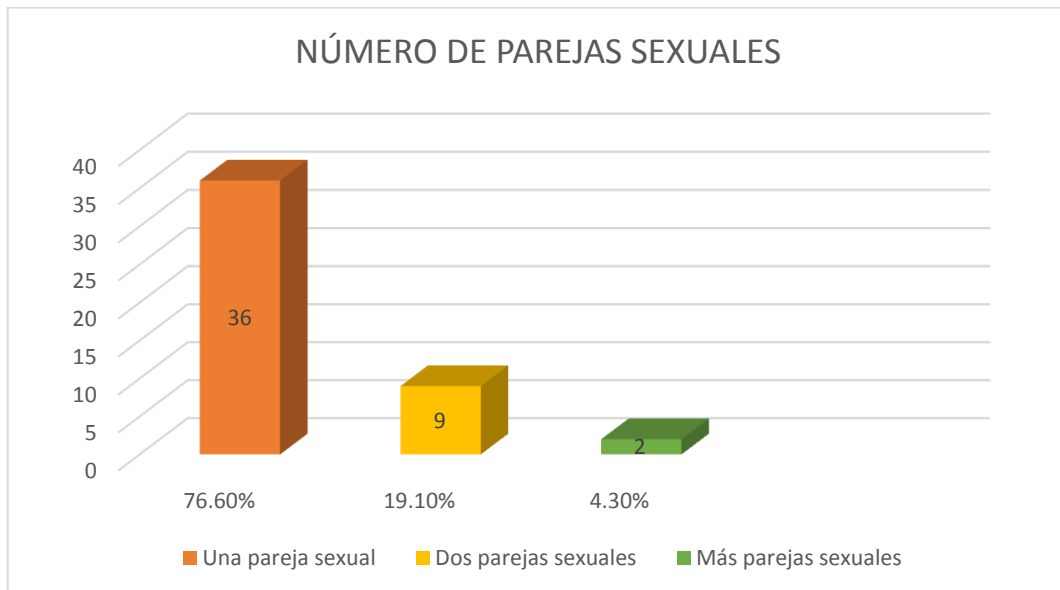


Tabla 13: Número de parejas sexuales de las adolescentes embarazadas de las UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.



SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Tabla 14: Edad de menarquía de las adolescentes embarazada de las UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

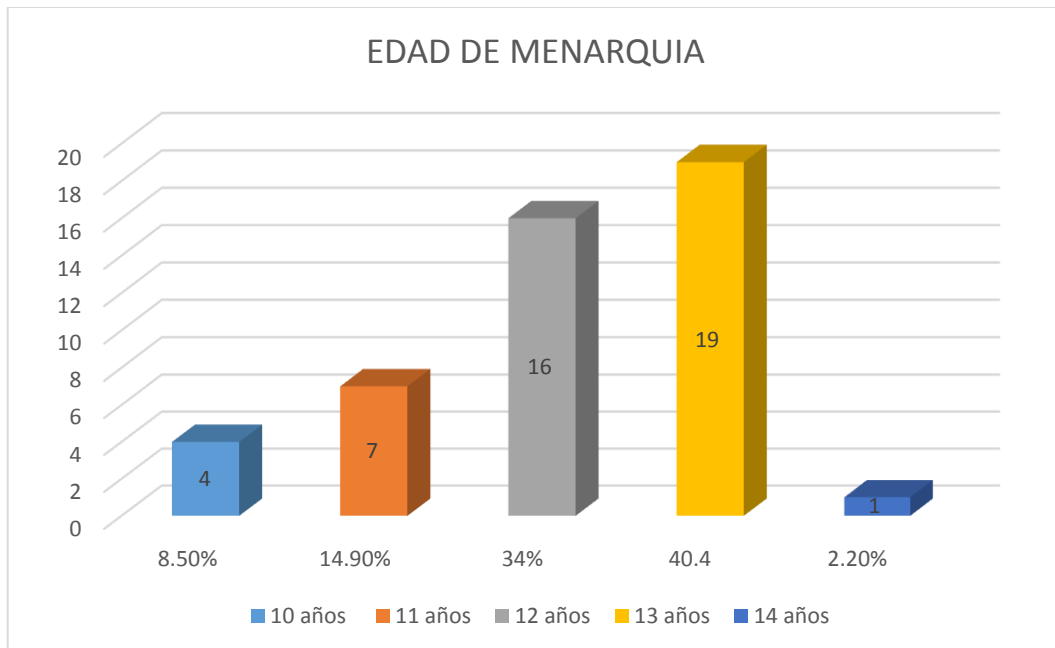


Tabla 15: Adolescentes embarazada de las UCSF San Isidro que conocen sobre métodos de planificación Familiar.

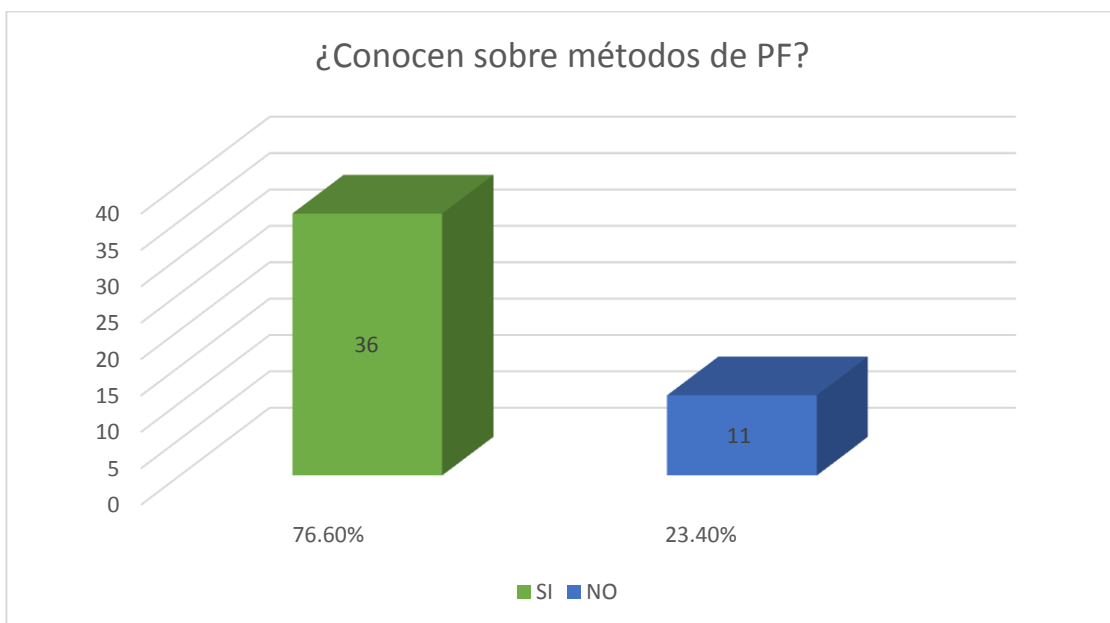


Tabla 16: Métodos de planificación que conocen las adolescentes embarazada de las UCSF San Isidro, las Tunas y El Nanzal.

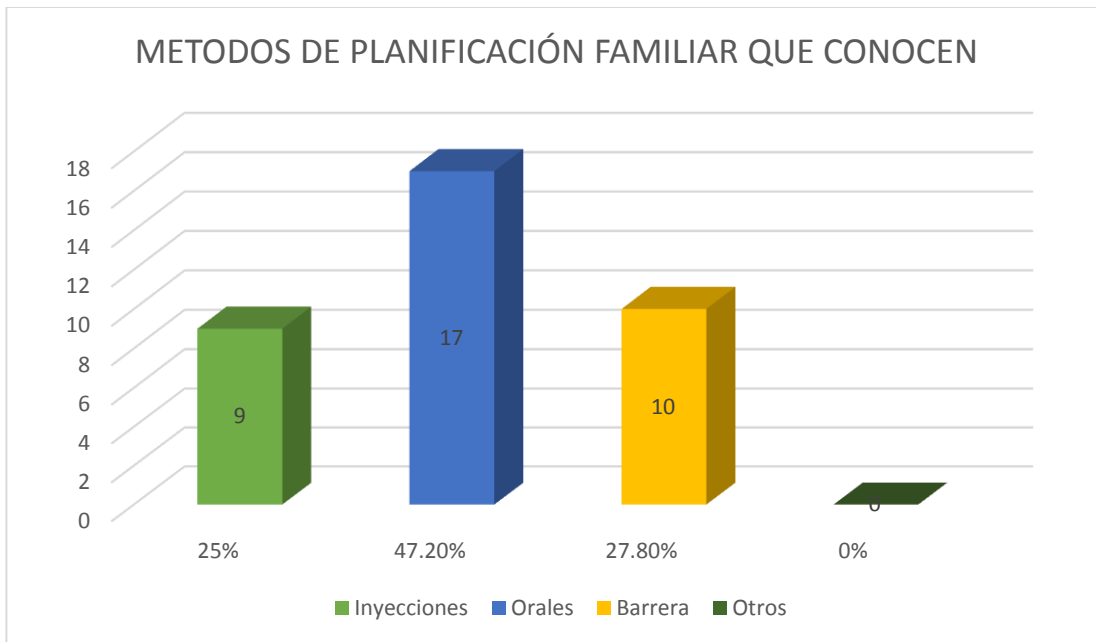


Tabla 17: Adolescentes embarazadas de las UCSF San Isidro, Las Tunas Y El Nanzal que han usado métodos de planificación familiar.

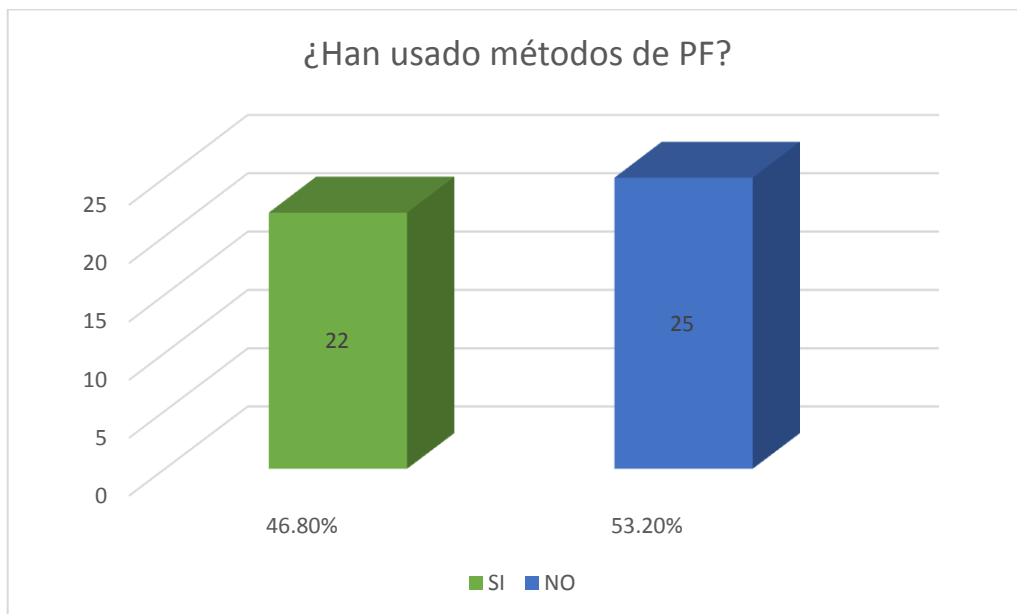
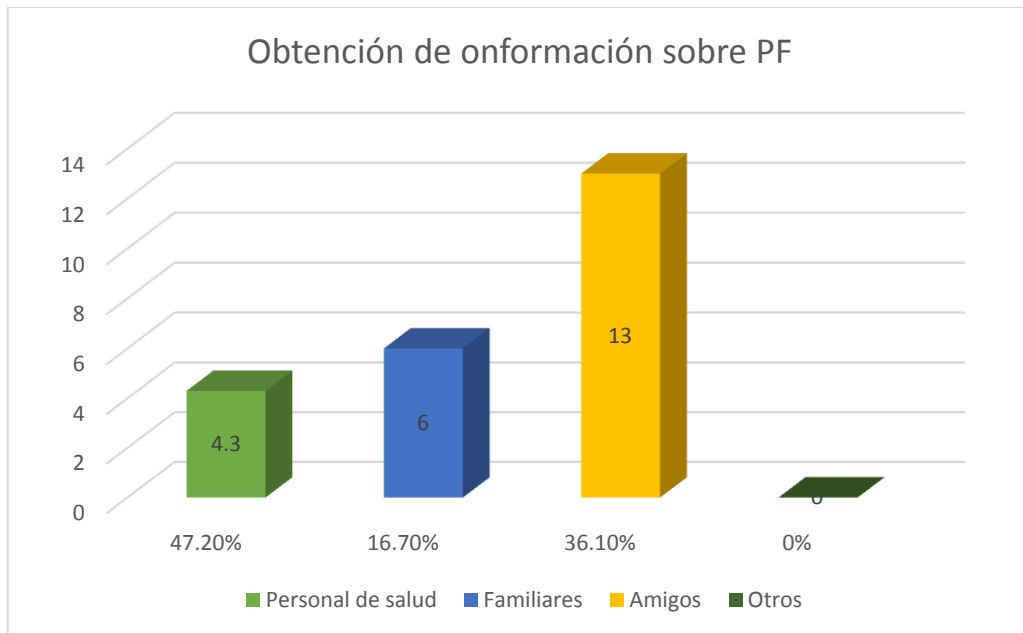


Tabla 18. Obtención de información de Métodos de Planificación Familiar de las adolescentes embarazadas de la UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.



FACTORES SOCIALES

Tabla 19. Metas a alcanzar por las adolescentes de la UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

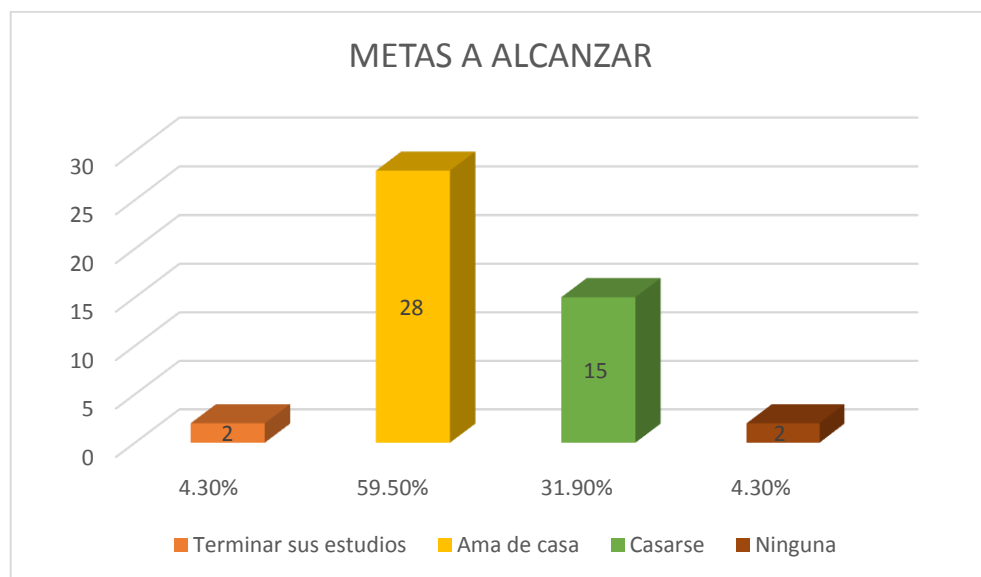
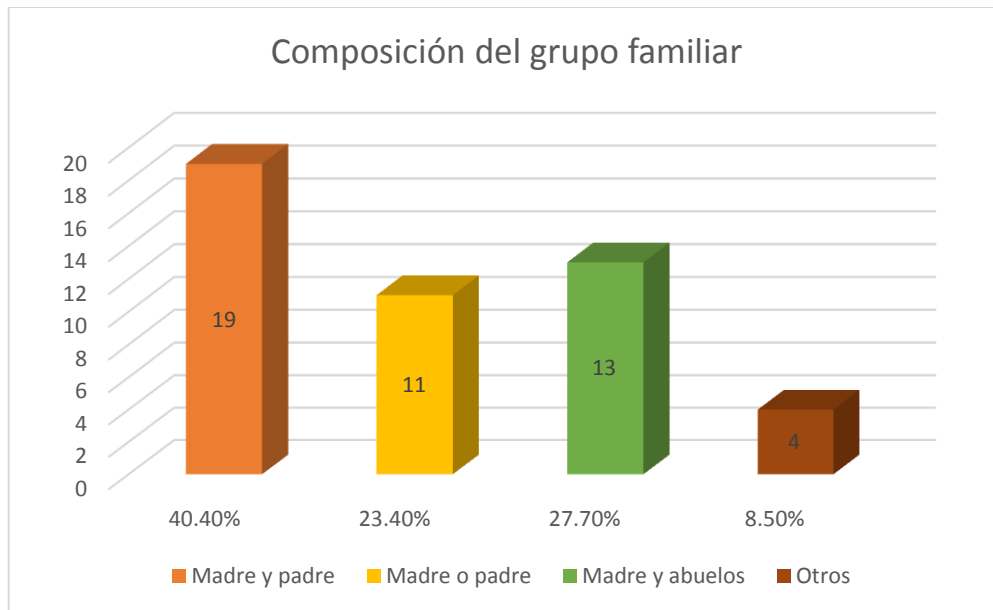


Tabla 20. Composición del grupo familiar de adolescentes embarazadas de las UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.



FACTORES ECONOMICOS

Tabla 21. Ingresos mensuales en el hogar de adolescentes embarazadas de las UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

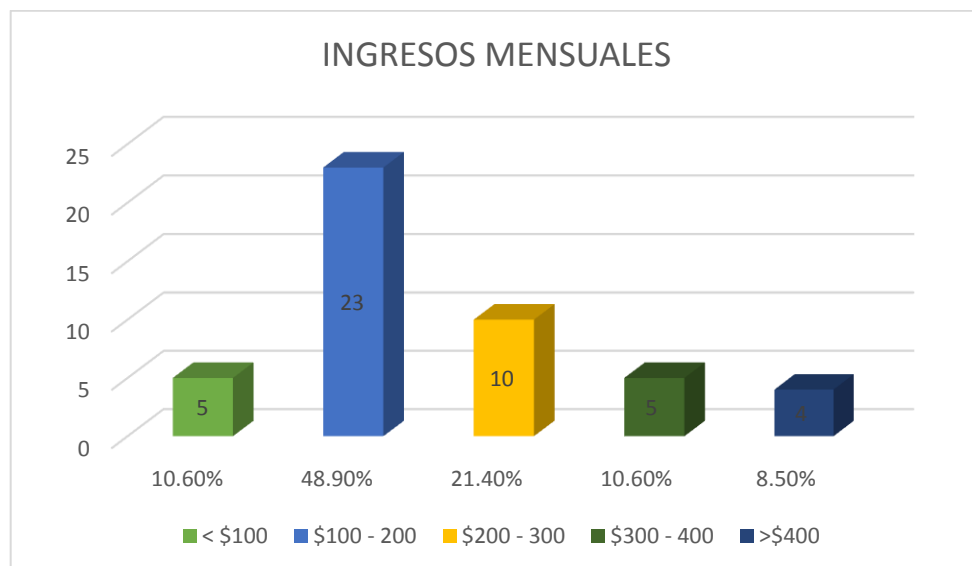


Tabla 22. Adolescentes embarazadas que sus ingresos mensuales suficientes son para cubrir sus necesidades básicas de las UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

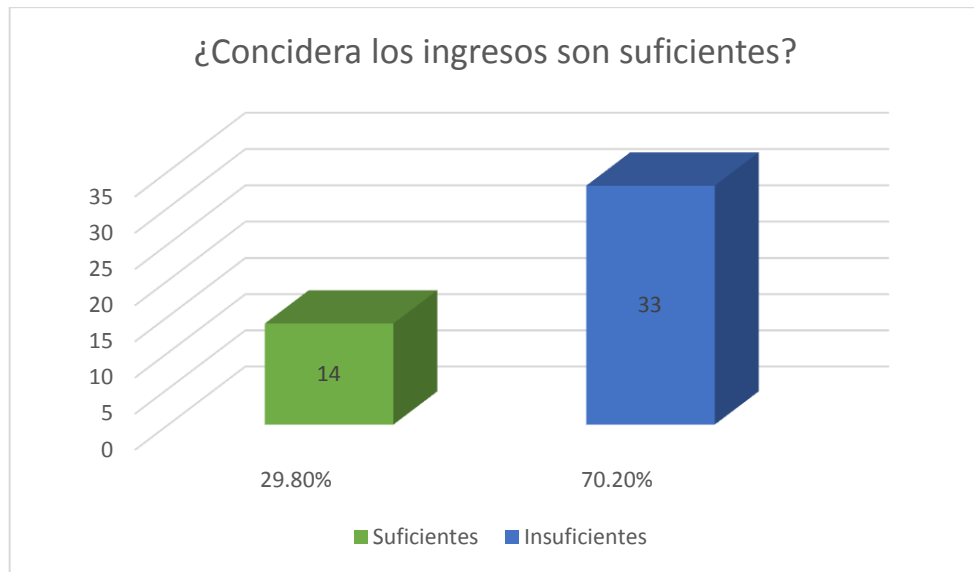
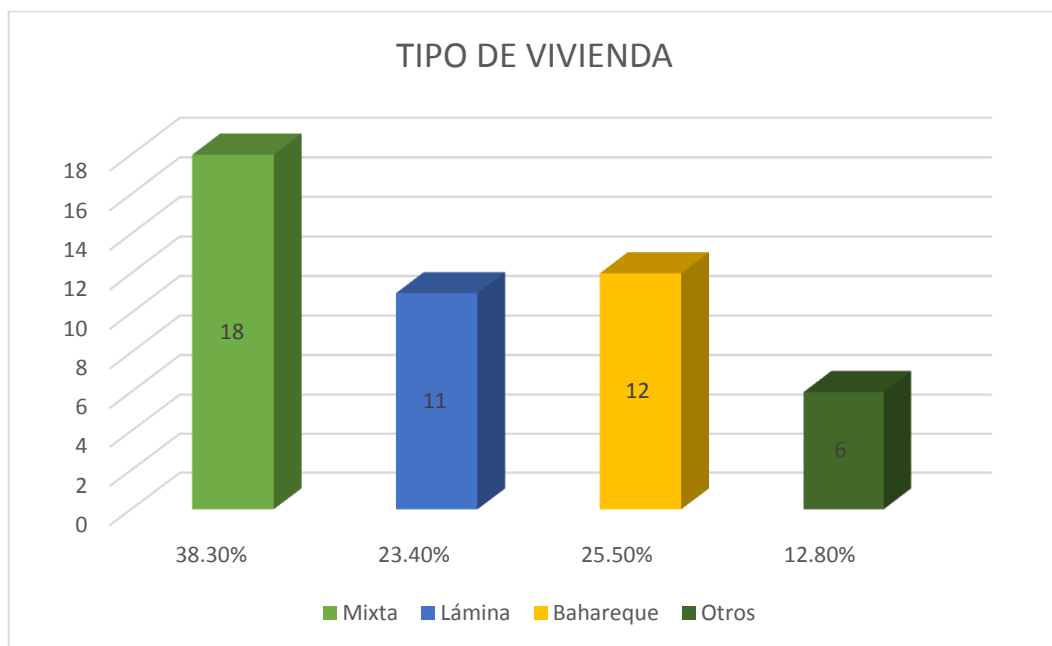


Tabla 23. Tipo de viviendas de las adolescentes embarazadas que pertenecen UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.



ANTECEDENTES FAMILIARES

Tabla 24. Edad del primer embarazo de la madre de las adolescentes de la UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

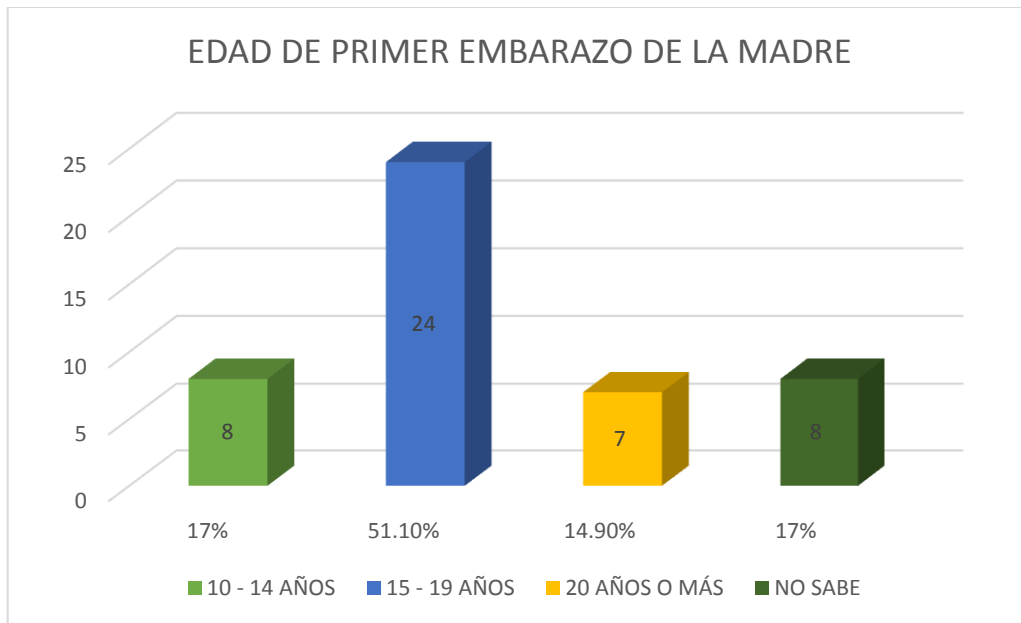
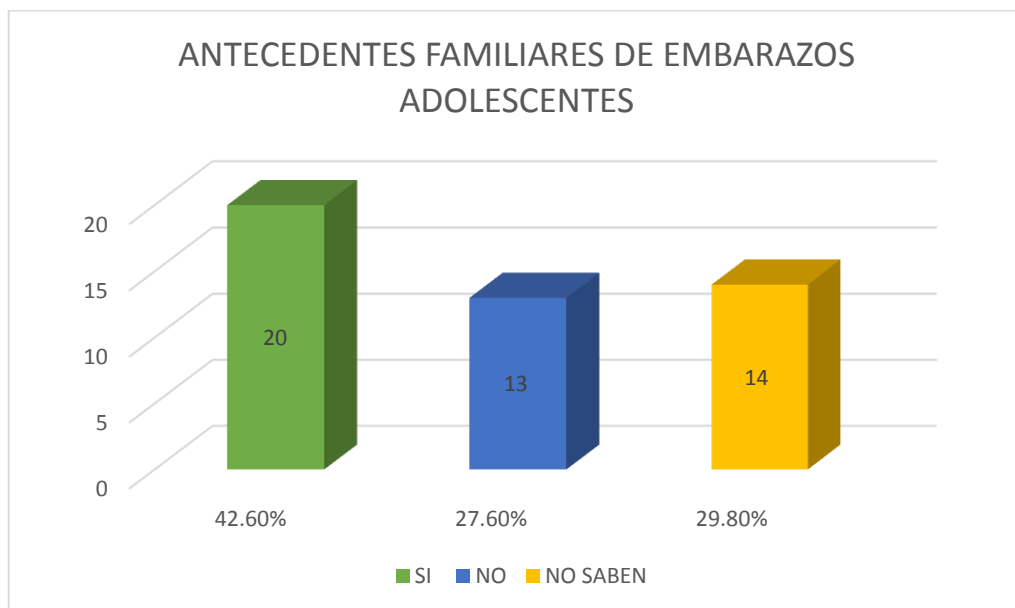


Tabla 25. Antecedentes familiares de embarazos en la adolescencia de la UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.



TEST DE CONOCIMIENTOS

Tabla 26. Nivel de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva de las adolescentes embarazadas de la UCSF San Isidro, Las Tunas y El Nanzal.

