

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



TEMA:

“FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA EL CONGO, SANTA ANA, DURANTE EL PERIODO DE MARZO A AGOSTO DE 2017”

PARA OPTAR AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

PRESENTADO POR:

DELGADO FERNANDEZ, JORGE LUIS
HERNANDEZ HERRERA, LUIS ENRIQUE
HERRERA RIVERA, FRANCISCO JAVIER

DOCENTE DIRECTOR:

DRA. CLAUDIA CAROLINA BLANCO DE MEJIA

OCTUBRE, 2017

SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES CENTRALES

MSC.ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR

DR. MANUEL DE JESUS JOYA ABREGO
VICE-RECTOR ACADEMICO

ING. NELSON BERNABE GRANADOS
VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
SECRETARIO GENERAL

MDH. CLAUDIA MARIA MELGAR DE ZAMBRANA
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LIC. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARIN
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES

DR. RAUL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ
DECANO

ING. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS
VICEDECANO

LIC. DAVID ALFONSO MATA ALDANA
SECRETARIO

DR. NELSON EMILIO MONTES REYES
JEFE INTERINO DEPARTAMENTO DE MEDICINA

INDICE

I.	INTRODUCCION	7
II.	JUSTIFICACIÓN.....	9
III.	ANTECEDENTES.....	11
	CONTEXTO MUNDIAL	11
	CONTEXTO LATINOAMERICANO Y NACIONAL	14
	CONTEXTO DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL	17
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
V.	OBJETIVOS.....	25
VI.	MARCO TEÓRICO	26
	MARCO HISTÓRICO	26
	NIVEL MUNDIAL.....	26
	EFECTO EN LA SALUD, LA EDUCACIÓN Y LA PRODUCTIVIDAD	27
	PARTOS EN NIÑAS DE MENOS DE 15 AÑOS.....	28
	NIVEL NACIONAL.....	29
	ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	29
	ANTECEDENTES	30
	SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL SALVADOR.....	33
	SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	34
	CONTEXTO COMUNITARIO Y FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS	35
	MARCO ACTUAL.....	36
	ESCOLARIDAD Y EMBARAZO ADOLESCENTE.....	38
	SALUD Y EMBARAZO EN ADOLESCENTE	41
	EMBARAZOS EN NIÑAS EN 10 A 14 AÑOS.....	44
	MARCO CONCEPTUAL.....	50
VII.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	55
	TIPO DE ESTUDIO	55
	UNIVERSO.....	55
	POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	55
	MUESTREO POR CONVENIENCIA	55

FUENTE DE INFORMACIÓN.....	56
PROCEDIMIENTO.....	56
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	56
UNIDAD DE ANÁLISIS	57
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	57
VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.....	58
VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS	62
IX. CONCLUSIONES	104
X. RECOMENDACIONES.....	106
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	110
XII. ANEXOS.....	113
CONSENTIMIENTO INFORMADO	113
ENTREVISTA ESTRUCTURADA	114
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	118
PRESUPUESTO	122

RESUMEN EJECUTIVO (ABSTRACT)

Introducción y objetivo

Países a nivel mundial luchan contra la problemática de los embarazos a temprana edad presentando una alta relevancia en la actualidad, considerando prevenirlos a través de estrategias dirigidas a concientizar a los adolescentes. Para ello es importante investigar los múltiples factores que pueden incidir en la presentación de este fenómeno, como factores sociales, económicos, biológicos y culturales.

Metodología

El presente estudio de tipo descriptivo con enfoque cualitativo y muestreo por conveniencia selecciono un grupo de 39 adolescentes de la unidad comunitaria de salud intermedia el Congo en su inscripción prenatal para la realización de una entrevista estructurada con un instrumento predeterminado que indaga los principales factores mencionados.

Resultados

Entre los datos más destacados obtenidos se encontró un inicio precoz de la vida sexual 79% entre los 14 a 16 años combinado con escaso conocimiento sobre planificación familiar 23%, baja escolaridad y deserción 87%, situaciones de abuso sexual 15%, y embarazos deseados por la falta de un proyecto de vida en el 41% de jóvenes.

Conclusión y recomendaciones

El embarazo adolescente tiene origen multifactorial que conlleva graves consecuencias a nivel personal y social. La educación en salud sexual y reproductiva es uno de los pilares básicos en la prevención y para ello las principales instituciones del estado encargadas de salud, educación, justicia y la población en general deben unificar esfuerzos para la disminución tal situación.

CAPITULO I

INTRODUCCION

Tras décadas, el embarazo adolescente ha sido un tema de interés a nivel mundial, principalmente para las instituciones encargadas de brindar atención a estas jóvenes, pues están en una situación especial que las vuelve vulnerables durante este periodo por su inmadurez física, y debido al incremento de casos se desarrollan investigaciones, con el fin de implementar planes que cubran todos los factores que favorecen el embarazo en este grupo de la población.

En nuestro país El Salvador siempre ha habido un predominio del machismo en la mayoría de departamentos, en donde las niñas son las encargadas de los quehaceres de la casa y se debe entrenar como tal, para cuando tenga la edad y atender a su esposo tal cual se le enseñó, pero esto muchas veces conlleva a que estas jóvenes busquen una salida fácil a través de diversas formas.

El departamento de Santa Ana, ha tenido un desarrollo importante tanto a nivel poblacional como de infraestructura en los últimos años, al mismo tiempo se ha observado un incremento en los indicadores de adolescentes embarazadas, así como de nacimiento vivos, siendo que dicha población es proveniente en su mayoría, de las instituciones educativas que cursan años académicos básicos y de bachillerato, creando una limitante para continuar con su formación educativa y por ende sus metas académicas y una mejoría en su condición de vida (UNFPA, 2015)

Según estadísticas Del estudio realizado en el documento: Mapa de Embarazos del 2015 actualizado en El Salvador para el departamento de Santa Ana, en el municipio del Congo se reportó el siguiente número de inscripciones de control prenatal en adolescentes, de las edades de 10 a 19 años con un total de 130 adolescentes, que se desglosa de la siguiente manera: 10-14 años: 5, 15-17 años: 64, 18-19 años: 61 (UNFPA, 2015). Con estas estadísticas podemos observar que hay una alta incidencia de embarazos en el municipio del Congo.

El presente documento se desarrolló durante el tiempo estipulado desde marzo a agosto de 2017, en la unidad de salud intermedia el Congo, referente a cuáles factores afectan para que las adolescentes se embaracen, captándolas en su inscripción prenatal.

Algunos de los factores que pueden favorecer el embarazo adolescente son: Sociales, culturales, familiares, educativos y biológicos, que constituyen la base sobre la cual se dirigió el estudio, con el fin de poder brindar recomendaciones para orientar las acciones en salud, principalmente educativas en el tema de salud sexual y reproductiva a los adolescentes en el municipio del Congo, y que permitan hacer conciencia sobre todas las implicaciones inmersas dentro de este tema, y de esa forma contribuir a la prevención de los embarazos en las adolescentes.

CAPITULO II

JUSTIFICACIÓN

La niñez y adolescencia son etapas en el desarrollo normal de todo ser humano, y son periodos durante los cuales ocurren una serie de transformaciones que conducen a una adecuada maduración en diferentes contextos, entre los que se encuentran, físicos o biológicos, psicológicos, sociales y culturales que contribuirán en la aceptación de las diversas responsabilidades que vienen intrínsecas con el hecho del desarrollo y además preparar al ser humano para el acto de procreación, que implica más responsabilidades, necesidades y riesgos. Por lo que es importante se tenga un adecuado desarrollo para poder sobre llevar de una forma adecuada todas las consecuencias de esto.

Sin embargo, el embarazo en niñas y adolescente de 10 a 19 años, representa un porcentaje importante del total de inscripciones prenatales a nivel nacional, a pesar de la diversidad de leyes y planes elaborados a nivel nacional e internacional, que tienen como finalidad la disminución de la alta incidencia de los embarazos en esta población. Existe una diversidad de factores que se conocen en general como causantes de los casos de embarazos en niñas y adolescentes, dentro de los que se debe tener muy en cuenta el nivel educativo, pues, es mayor la posibilidad de embarazo a temprana edad en aquellas niñas que solo han recibido una educación básica comparado con aquellas que han recibido una educación intermedia a superior y tener muy presente que los bajos niveles educativos son al mismo tiempo una causa y consecuencia de embarazos en niñas y adolescentes pues se conoce que solo 1 de cada 4 niñas y adolescentes embarazada retorna a sus estudios (UNFPA, 2015). Lo que generara por falta de educación más embarazos a futuro lo que lleva a una calidad de vida inferior a la óptima para un desarrollo adecuado, además existe el riesgo de sufrir cualquier situación de abuso sexual que representa una parte importante de los embarazos en niñas y adolescentes, por lo que se vuelve

necesario revisar si se aplica de una forma adecuada todos los planes y se cumplen las leyes establecidas para reducir la incidencia de estos embarazos y conocer a fondo aquellos factores que llevan a las niñas y adolescentes del municipio del Congo a tener un embarazo a tan temprana edad, valorando sus conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, para poder realizar así acciones que vayan encaminadas a mejorar las flaquezas de los planes y acciones que se están implementando en dicho municipio, para mejor el acceso a salud sexual y reproductiva de la población adolescente, que repercutirá en una mejor calidad de vida a corto y largo plazo en la futura población adulta del municipio del Congo.

CAPITULO III

ANTECEDENTES

CONTEXTO MUNDIAL

Según la Organización mundial de la salud (OMS) unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de adolescentes menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos y además las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo.

Según (UNFPA, Maternidad y unión en niñas y adolescentes: Consecuencias en la vulneración de sus derechos, 2016)

La proporción de partos que tienen lugar durante la adolescencia se sitúa en alrededor del 2% en China, el 18% en América Latina y el Caribe y más del 50% en el África subsahariana (OMS,2017).

La mitad de todos los partos en adolescentes se concentra en tan solo siete países: Bangladesh, Brasil, Estados Unidos, Etiopía, India, Nigeria y República Democrática del Congo .



Fuente: Elaboración propia con base en datos de World Population Prospects (WPP)

Fuente: Maternidad y unión en niñas y adolescentes: Consecuencias en la vulneración de sus derechos, 2016 pág. 26

Diversos estudios empíricos han señalado que el embarazo a edades tempranas puede representar un riesgo biopsicosocial para la madre y el recién nacido y una mayor morbimortalidad materno-infantil (Mirabal et ál., 2002; OMS, 2012). Así, los hijos de las niñas y adolescentes tienen un menor peso al nacer y una mayor probabilidad de nacer prematuramente.

Si bien los esfuerzos y recursos para prevenir el embarazo en niñas y adolescentes tienden a centrarse en las mujeres de 15 a 19 años, son las que tienen 14 o menos las más vulnerables a sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Por ejemplo, el riesgo de muerte por complicaciones en el embarazo es mucho mayor en las adolescentes menores de 16 años, ya que estas tienen 4 veces más probabilidades de morir a causa del embarazo que las mujeres de entre 20 y 30 años. Igualmente, los neonatos producto de un embarazo adolescente tienen 50 % más probabilidades de morir que sus pares hijos de mujeres de entre 20 y 30 años de edad (UNFPA, 2013; WHO, 2012). De esta manera, alrededor de 70,000 adolescentes en países en desarrollo mueren por año por causas relacionadas con el embarazo y el parto. El embarazo y el parto son de las principales causas de muerte de adolescentes en países en desarrollo. Las niñas y adolescentes que quedan embarazadas tienden a provenir de hogares de ingresos más bajos y a tener una nutrición deficiente (UNFPA, 2013).

Además, cuando se trata de un embarazo no deseado, las investigaciones muestran que existe un riesgo social mayor para el binomio madre-hijo/a, asociándosele con el aborto en condiciones de riesgo, el escaso cuidado de la salud durante el embarazo, complicaciones perinatales, una probabilidad más alta de cáncer cervical y algunos problemas en el desarrollo de los niños/as (Ulanowicz et ál.2006; Raj et ál, 2009; UNFPA, 2013)

Igualmente se ha señalado que la maternidad en niñas y adolescentes puede conducir a menores oportunidades para mejorar su calidad de vida y la de sus hijos. Si bien se ha encontrado en general que el abandono escolar precede a la unión y el embarazo en niñas y adolescentes, las evidencias empíricas sugieren

que una vez que se embarazan las adolescentes, una proporción importante no regresa a la escuela (UNFPA, 2013).

Para abordar los múltiples factores y dimensiones que se relacionan con el embarazo de las niñas y adolescentes, varios estudios utilizan el modelo ecológico desarrollado por Blum (Blum, 2013), el cual toma en cuenta la esfera individual (comprende la edad de inicio sexual, los valores interiorizados de género y los relacionados con el matrimonio y la maternidad, entre otros), la esfera de la pareja (se analizan las características de la pareja sexual o del esposo), la esfera de la familia (contiene las actitudes de la familia respecto a la educación de las niñas y respecto al matrimonio infantil), la esfera de la escuela (incluye factores tales como la presión del grupo de pares, los obstáculos para que la niña embarazada permanezca en la escuela, la educación sexual y de género), la esfera de la comunidad (engloba las percepciones sobre el matrimonio infantil y las actitudes frente a la sexualidad adolescente y el acceso a métodos anticonceptivos) y la esfera nacional (se enmarcan las políticas nacionales de inversión en capital humano en las niñas, la pobreza y las leyes respecto al matrimonio infantil y al acceso a métodos anticonceptivos, entre otros factores (UNFPA, 2013).

El enfoque del modelo ecológico reconoce que, si bien los factores que se asocian al embarazo adolescente son múltiples y tienen distintos niveles, todos de alguna manera interfieren en la posibilidad que tienen las niñas de ejercer sus derechos (UNFPA, 2013).

En la Conferencia de El Cairo (1994) se estableció que la salud sexual y reproductiva implica que toda la población tiene derecho a una sexualidad libre, placentera y segura, a la información de métodos efectivos y seguros de regulación natal y a la prevención de infecciones sexualmente transmisibles, y a los cuidados de salud para un embarazo deseado y sin problemas.

Los países de América Latina renovaron estos compromisos en 2013 con la aprobación del Consenso de Montevideo, que hace un énfasis especial en la implementación de programas de salud sexual y reproductiva que promuevan

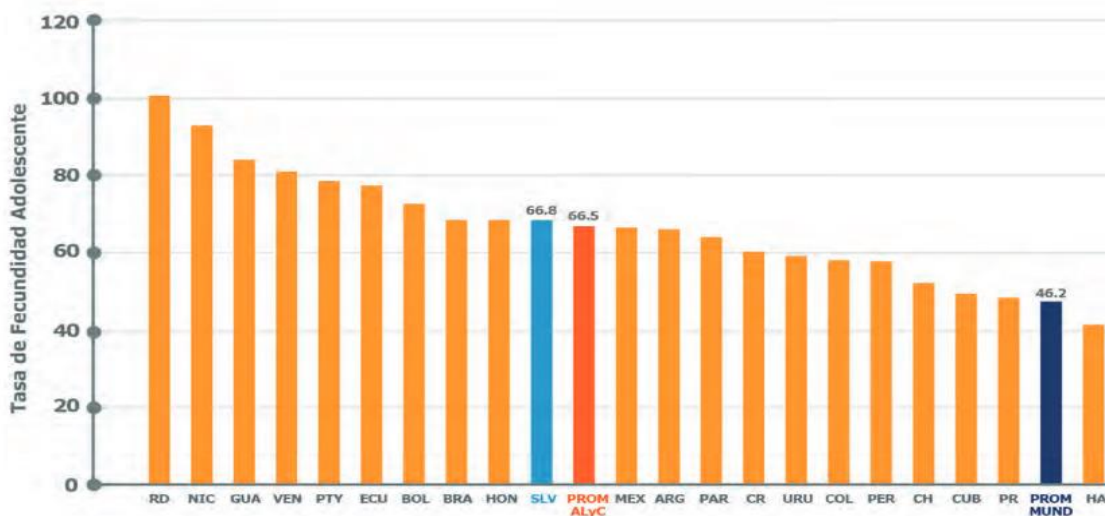
que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable placentera y saludable, y eviten los embarazos no deseados.

CONTEXTO LATINOAMERICANO Y NACIONAL

Según (UNFPA, Maternidad y unión en niñas y adolescentes: Consecuencias en la vulneración de sus derechos, 2016):

América Latina y el Caribe es la segunda región a nivel mundial con la mayor tasa de fecundidad adolescente con un promedio de 66 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 19 años, siendo superada solo por África que presenta una tasa de 98 nacimientos por cada 1000.

Tasa de Fecundidad Adolescente, 2015. América Latina y Promedio mundial.

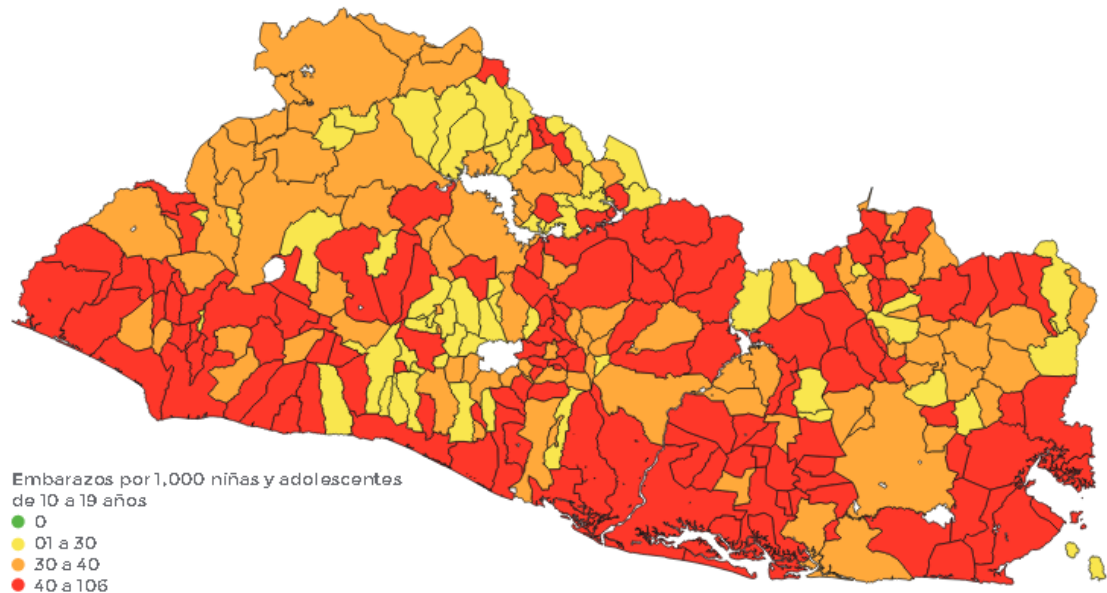


Fuente: World Population Prospects (WPP) de las Naciones Unidas, 2015

El Salvador presenta una tasa de fecundidad adolescente muy similar a la de nivel regional, la cual a su vez es marcadamente muy superior al promedio

mundial, lo que hace necesario el estudio en detalle de la ocurrencia de la maternidad y el embarazo en niñas y adolescentes en la región de América Latina y el Caribe, más que en otras regiones del mundo debido a su particularidad.

PREVALENCIA DE INSCRIPCIONES POR EMBARAZOS POR CADA MIL NIÑAS Y ADOLESCENTES (10-19 AÑOS), SEGÚN MUNICIPIO. 2015



Fuente: Elaboración propia basada en datos de: MINSAL, Total de inscripciones en control prenatal durante el año 2015. DIGESTYC: Proyecciones municipales de población, Rev. 2014.

Fuente: Extraído de: MAPA DE EMBARAZOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EL SALVADOR, 2015

Si bien América Latina y el Caribe han disminuido sistemáticamente en las últimas décadas sus tasas de fecundidad general, pasando de 3 hijos en promedio en 1990 a 2.1 en 2015, en varios de sus países la tasa de fecundidad adolescente ha mostrado la tendencia contraria, razón por la cual el nivel de fecundidad adolescente mostrado no va acorde, o no es el esperado, con la tasa global de fecundidad la cual se encuentra cerca del nivel de reemplazo. Esto refuerza aún más el hecho de que la velocidad de la reducción en las tasas de fecundidad en el grupo de 15-19 años ha sido considerablemente menor respecto a los demás grupos quinquenales de edad.

Según (UNFPA, MAPA DE EMBARAZOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EL SALVADOR, 2015):

Se estima que durante 2015 se registraron 83,478 embarazos a nivel nacional, de los cuales 25,132 correspondieron a niñas y adolescentes entre los 10 y 19 años de edad. Esto implica que en promedio cada día alrededor de 69 niñas y adolescentes quedaron en estado de embarazo, o lo que es lo mismo, una cada 21 minutos.

Se estima que entre 2011 y 2013 en El Salvador han ocurrido cerca de 77,000 embarazos de niñas y adolescentes entre 10 y 19 años (PDDH, 2015) centrados en su mayoría en los departamentos de San Salvador, San Miguel, Santa Ana, La Libertad, La Paz y Usulután.

Según datos del Ministerio de Educación (MINED) en su reporte Educación de El Salvador en cifras 2009-2014 se reportaron 6,800 casos de abandono escolar a causa de embarazo. Se puede observar que la cifra es significativamente menor al total de embarazos en niñas y adolescentes registrados. Una hipótesis para explicar esta diferencia es que el abandono de la escuela ocurre antes del embarazo.

Adicional a las barreras identificadas en el ejercicio del derecho a la educación, los niños, niñas y adolescentes salvadoreños enfrentan a su vez importantes amenazas en lo referente a su integridad sexual. Estimaciones de acuerdo con el número de denuncias sugieren que cada tres horas una niña, niño o adolescente es víctima de violencia sexual, estableciéndolos en un contexto de continua amenaza a su integridad y desarrollo.

CONTEXTO DEPARTAMENTAL Y MUNICIPAL

Fuente: Extraído de: MAPA DE EMBARAZOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EL SALVADOR, 2015

Santa Ana

INSCRIPCIONES EN CONTROL PRENATAL DE NIÑAS Y ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS SEGÚN EDAD. 2015. (ver tabla del departamento)

Edad de inscripción en control por embarazo

- 18 a 19 años
- 15 a 17 años
- 10 a 14 años

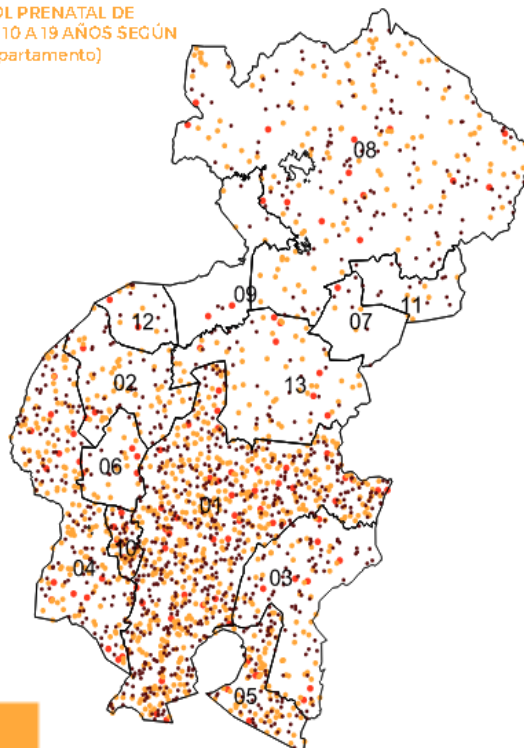


TABLA DEL DEPARTAMENTO

Inscripciones en control prenatal de niñas y adolescentes de 10 a 19 años según edad. 2015

Municipio	10 a 14	15 a 17	18 a 19	10 a 19
01-Santa Ana	43	450	498	991
02-Candelaria de la Frontera	3	47	43	93
03-Coatepeque	8	47	70	125
04-Chalchuapa	15	130	120	265
05-El Congo	5	64	61	130
06-El Porvenir	4	16	13	33
07-Mazahuat	1	4	6	11
08-Metapán	14	131	141	286
09-San Antonio Pajonal	2	3	5	10
10-San Sebastián Salitrillo	8	27	33	68
11-Santa Rosa Guachipilín	0	6	12	18
12-Santiago de la Frontera	2	7	9	18
13-Tequisquepeque	7	46	29	82

El Congo es un municipio del departamento de Santa Ana en El Salvador. Limita al norte y este con Coatepeque, al sur con Izalco y Armenia (departamento de Sonsonate) y al oeste con Santa Ana. El municipio posee una extensión territorial de 91.43 kilómetros cuadrados, ubicándose a una altura de 840 metros sobre el nivel del mar. Posee una población de 27,761 habitantes (Digestyc, 2017)

Para su administración El Congo se divide en 8 cantones, 40 caseríos, siendo los cantones los siguientes: El Guineo, El Pezote, El Rodeo, La Laguna, La Presa, Los Pinos, Monte Bello, y San José de las Flores.

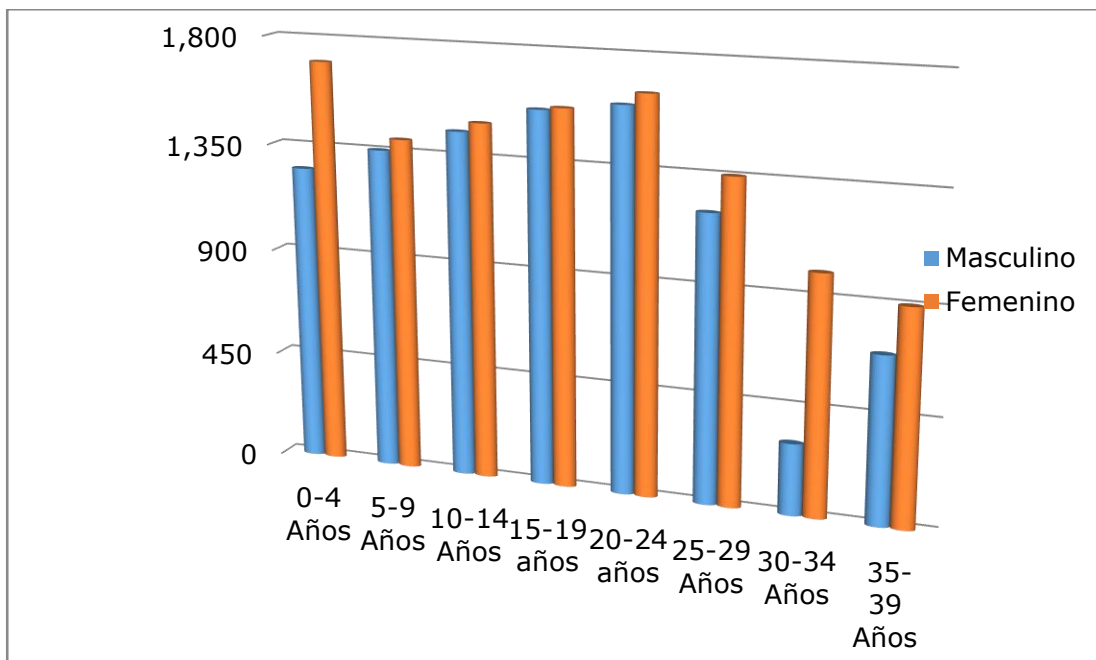
INDICADORES DEMOGRÁFICOS Y SOCIOECONÓMICOS EL CONGO 2017

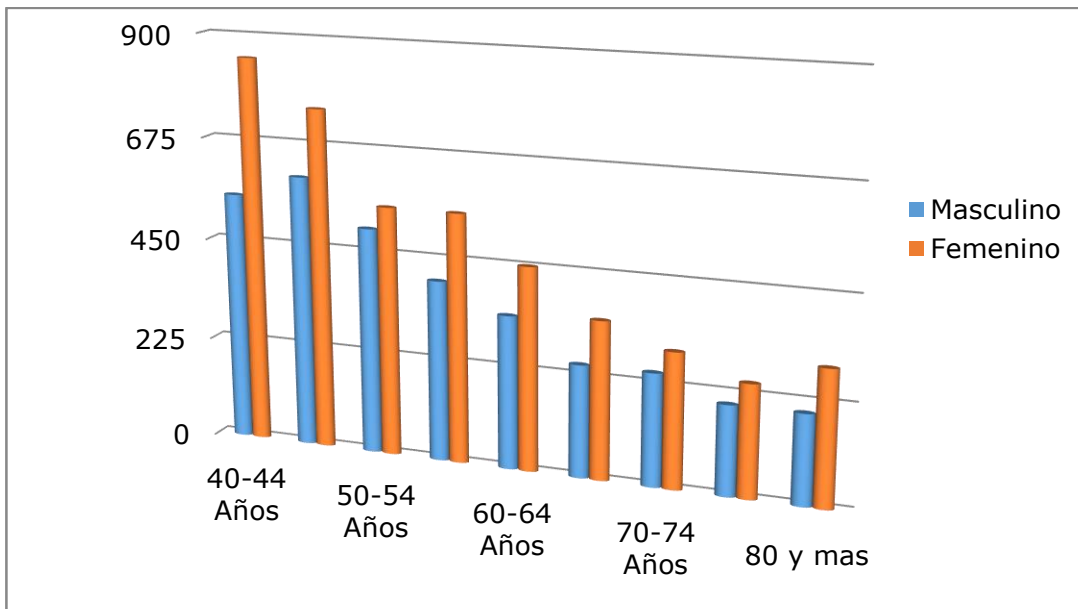
INDICADOR	
Población total	27,761 habitantes
Población urbana	18,322 habitantes
Población rural	9,439 habitantes
Densidad poblacional	255.75 km ² por habitante
Extensión territorial	91.43 km ²
Tasa de natalidad	18 por 1000 habitantes
Tasa de fecundidad	52.5 por 1000 N.V
Índice de desarrollo humano	0.719
Esperanza de vida	72.6

Analfabetismo	18.6%
Índice de matriculación	0.58
Línea de pobreza	Extrema pobreza media
Porcentaje de hogares bajo línea de pobreza	50.6%

PIRAMIDE POBLACIONAL MUNICIPIO EL CONGO 2017

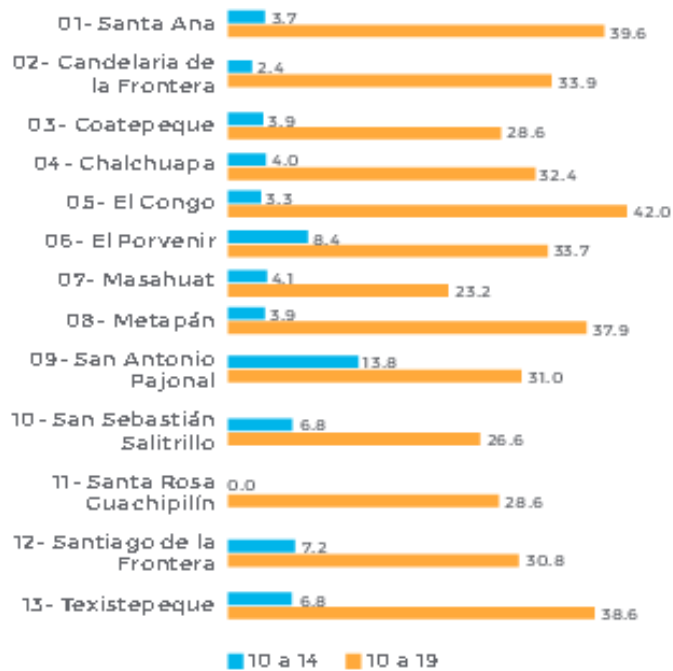
Fuente: Producción operativa anual(POA), El Congo, 2017





Fuente: Producción operativa anual(POA), El Congo, 2017

NÚMERO DE EMBARAZOS POR CADA MIL ADOLESCENTES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD SELECCIONADOS Y MUNICIPIO, 2015



Fuente: Extraído de: MAPA DE EMBARAZOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EL SALVADOR, 2015

DATOS ESTADISTICOS SEGÚN EL SISTEMA DE INFORMACION DE MORBIMORTALIDAD VIA WEB DE EL SALVADOR (SIMMOW) PARA EL AÑO 2016

EMBARAZOS EN EL CONGO ENERO-DICIEMBRE 2016	
Total de embarazadas	2,062
Total de embarazadas adolescentes	946
Porcentaje de embarazos adolescentes	45.8

CAPITULO IV

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el salvador, la situación de los embarazos siempre ha tenido un alto punto estadístico que sobre pasa la capacidad territorial, en la actualidad los embarazos en las adolescentes se ha tornado de gran importancia, puesto que los patrones culturales de muchos departamentos y municipios del país perduran a través de las épocas, esto quiere decir que nuestra sociedad hereda caracteres y patrimonios muy arraigados al machismo, siendo así que la mayoría de las poblaciones afectadas, poseen un grado menor de información e ideales para la planificación y organización familiar, de igual forma se cuenta con otros factores tales como: económicos, educativos, sociales, personales y familiares que influyen en dicha situación. Por tal razón, las parejas jóvenes en la actualidad, no proveen el compromiso y la responsabilidad que trae un embarazo a temprana edad.

Siendo así, los adolescentes un grupo blanco con gran valor formativo y a la vez descuidado, ya que están sujetos a mayor influencia en los cambios que se presentan en dicho ciclo vital, por tal razón se pretende en la actualidad dar una orientación adecuada, a través de programas que tratan de recuperar y educar adecuadamente, para que provean las herramientas necesarias para afrontar y lograr discernir en sus decisiones, ante situaciones que definirán el adulto a ser.

Los embarazos adolescentes se han convertido en una temática a través de la evaluación de los indicadores respectivos, de gran importancia y problema para el país, ya que el grupo más destacado que muestra un alza, corresponde a niñas de 10-16 años, que están verificando partos con riesgos grandes, que se convierten en una problemática importante y de alto gasto nacional (UNFPA, 2015).

En nuestro país se han implementado leyes para la protección de los derechos de los niños, adolescentes y mujeres, que defiende todo tipo de agresión sexual,

física, psicología a estos grupos. En 2011 entraron en vigencia en El Salvador la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia (LEPINA) explica que niñas, niños y adolescentes son titulares de derechos y se obliga al Estado a garantizarlos. También entró en vigencia la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres (LIE), en la cual se establece la obligación de las instituciones del Estado en la promoción y protección de los derechos a la salud de la mujer, en especial la atención a su salud sexual y reproductiva (UNFPA, 2015).

En El Salvador las niñas y adolescentes se encuentran inmersas en un entorno comunitario caracterizado por patrones culturales a través de los cuales se naturaliza el embarazo y la maternidad antes de los 18 años de edad (UNFPA, 2015). El entorno social está lleno de mensajes que promueven la tolerancia y el ejercicio de la violencia de género en la comunidad, generando un ambiente caracterizado por la coacción y violencia, la desigualdad de género y la desigualdad generacional.

En el ámbito escolar los indicadores nacionales reflejan que niñas y niños cuentan con iguales niveles de ingreso a la educación primaria, transición a la escuela secundaria, asistencia y terminación de la escuela.

Sin embargo, las niñas y las adolescentes enfrentan el ambiente escolar en situación de desventaja por las responsabilidades asignadas a ellas en una cultura patriarcal. La niña y la adolescente en edad escolar es responsabilizada de contribuir en las tareas del hogar, el cuidado de otros miembros de la familia (hermanos pequeños, adultos con discapacidad o adultos mayores) entre otras, a las que debe destinar tiempo que podría utilizar en su educación o recreación.

Según el estudio “Maternidad y Unión en Niñas y Adolescentes, consecuencias en la vulneración de sus derechos”, realizado en 2015 por el MINSAL y UNFPA, el 47.1% de las niñas de 10 a 12 años que tuvieron parto en 2012 experimentaron rechazo en la escuela en la que estaban estudiando cuando estuvieron embarazadas.

El embarazo limita fuertemente las posibilidades de las niñas y las adolescentes de continuar sus estudios. Según el estudio “Maternidad y Unión en Niñas y Adolescentes, consecuencias en la vulneración de sus derechos”, realizado en 2015 por el MINSAL y UNFPA refiere que “de las niñas que tuvieron un parto en 2012 sólo 3 de cada 10 estaban asistiendo a la escuela cuando salieron embarazadas, y sólo 1 de 10 ya no estaban estudiando al momento de llevar a cabo la encuesta, e igual cantidad de niñas tuvieron que abandonar la escuela a causa del embarazo”. (UNFPA, 2015).

El Ministerio de Salud reportó que para el año 2015 un total de 13,146 niñas salvadoreñas de 10 a 17 años se inscribieron en control prenatal, de las cuales el 11% (1 de cada 9) tenía 14 años o menos (UNFPA, 2015). Los embarazos en niñas y adolescentes son una problemática que tiene sus raíces más profundas en causas estructurales como la pobreza, la exclusión, la discriminación y los patrones patriarcales arraigados en la sociedad que condicionan a la mujer, desde sus etapas más tempranas de vida, a un rol meramente reproductivo.

Por lo dicho anteriormente, vale la pena indagar más sobre aquellos factores que inciden en gran escala, basado en los resultados de estudios realizados, ya que podemos observar, el embarazo adolescente incluye muchos aspectos que a simple vista no tienen importancia. Por eso la consiguiente investigación mostrara una medición de estos factores, cuales en su mayoría afectan a las adolescentes, así como el grado de conocimiento que se posee ante tal temática y la responsabilidad que dicha investigación posee, amparada de las estadísticas que serán presentadas (UNFPA, 2015).

CAPITULO V

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar los factores de riesgo que favorecen el embarazo en adolescentes inscritas en la unidad comunitaria de salud intermedia el Congo, Santa Ana durante el periodo de marzo-agosto del año 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar cuales factores de riesgo sociales, económicos, biológicos y culturales son los que inciden en el inicio de relaciones sexuales a temprana edad en las adolescentes inscritas en control prenatal en la unidad comunitaria de salud intermedia el Congo.
- Evaluar el conocimiento de la población adolescente embarazada inscrita en la unidad comunitaria de salud intermedia el Congo sobre sexualidad, reproducción y métodos anticonceptivos.

CAPITULO VI

MARCO TEÓRICO

MARCO HISTÓRICO

NIVEL MUNDIAL

Según datos de (UNFPA, maternidad en la niñez enfrentar el reto del embarazo en adolescente, 2013):

Muchos países han adoptado la causa de prevenir el embarazo en adolescentes, en general, mediante medidas orientadas a modificar el comportamiento de las niñas. En esas intervenciones está implícita la creencia de que la niña es responsable de prevenir el embarazo y la presunción de que, si queda embarazada, es ella la que está en falta.

Los esfuerzos, y los recursos, para prevenir el embarazo en adolescentes se suelen enfocar en niñas de 15 a 19 años. Sin embargo, las niñas más vulnerables, y las que tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones o morir por el embarazo y el parto, tienen 14 años o menos. Este grupo de adolescentes más jóvenes no se suele tener en cuenta en las instituciones nacionales de salud, educación y desarrollo, o suele quedar fuera del alcance de estas instituciones, en general, porque estas niñas están en matrimonios forzados y no pueden asistir a la escuela ni acceder a servicios de salud sexual y reproductiva.

Tienen necesidades inmensas, y los gobiernos, la sociedad civil, las comunidades y la comunidad internacional deben hacer mucho más para protegerlas y acompañarlas en una transición segura y sana de la niñez y la adolescencia hacia la vida adulta. Al abordar el embarazo en adolescentes, la verdadera medida del éxito o fracaso de los gobiernos, los organismos de desarrollo, la sociedad civil y las comunidades es si se logra satisfacer las necesidades de este grupo desatendido.

En todas las regiones del mundo, las niñas rurales empobrecidas y con una educación deficiente son más proclives a quedar embarazadas que las niñas urbanas, más ricas y educadas. Las niñas que pertenecen a una minoría étnica

o a un grupo marginalizado, que no tienen opciones ni oportunidades en la vida, o que tienen un acceso limitado o nulo a la salud sexual y reproductiva, incluida la información y servicios sobre anticonceptivos, también son más proclives a quedar embarazadas.

La mayoría de los partos en adolescentes en el mundo, el 95 por ciento, ocurren en países en desarrollo, y nueve de cada 10 de estos partos ocurren dentro de un matrimonio o unión (MINSAL, 2015).

EFFECTO EN LA SALUD, LA EDUCACIÓN Y LA PRODUCTIVIDAD

Según (UNFPA, MAPA DE EMBARAZOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EL SALVADOR, 2015):

Un embarazo puede tener consecuencias inmediatas y duraderas en la salud, la educación y el potencial de obtener ingresos de una niña. Y, en general, altera el curso de toda su vida. Cómo altere su vida dependerá en parte de la edad que tenga.

El riesgo de muerte materna en madres de menos de 15 años en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor al de las mujeres mayores. Alrededor de 70,000 adolescentes en países en desarrollo mueren por año por causas relacionadas con el embarazo y el parto. El embarazo y el parto son unas de las principales causas de muerte de adolescentes mayores en países en desarrollo.

Las adolescentes que quedan embarazadas tienden a ser de hogares de ingresos más bajos y a tener una nutrición deficiente (MINSAL, 2015)

PARTOS EN NIÑAS DE MENOS DE 15 AÑOS

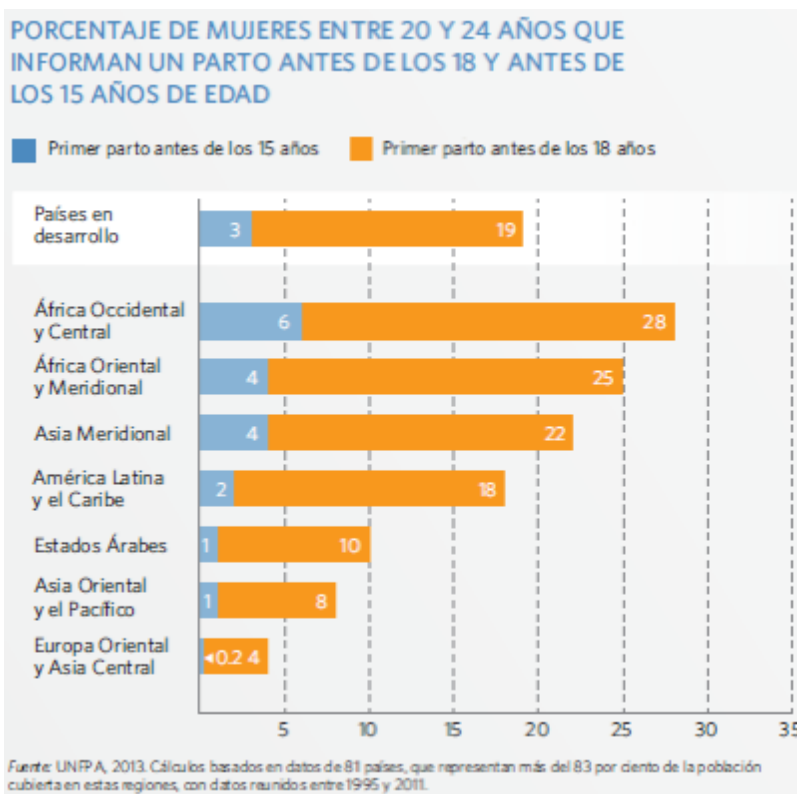
Según (UNFPA, MAPA DE EMBARAZOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EL SALVADOR, 2015):

Dos millones de los 7,3 millones de partos de adolescentes menores de 18 que ocurren cada año en los países en desarrollo son partos de niñas menores de 15 años. De acuerdo con las encuestas DHS (Demographic and Health Survey) y MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys), el 3 por ciento de las jóvenes en países en desarrollo dicen haber dado a luz antes de los 15 años.

Entre las regiones en desarrollo, en África Occidental y Central está el porcentaje más alto (6 por ciento) de partos informados antes de los 15 años de edad, mientras que Europa Oriental y Asia Central tienen el menor porcentaje (0,2 por ciento).

Los datos reunidos en 54 países con dos conjuntos de encuestas DHS (Demographic and Health Survey) y MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) realizadas entre 1990 y 2008 y entre 1997 y 2011 muestran una disminución en el porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años que informaron un parto antes de los 15 años; del 4 por ciento al 3 por ciento. Esta disminución, que ha sido rápida en algunos países, se atribuye en gran parte a una disminución en los matrimonios arreglados a edades muy tempranas.

Sin embargo, una de cada 10 niñas tiene un hijo antes de los 15 años en Bangladesh, Chad, Guinea, Malí, Mozambique y Níger, países donde es común el matrimonio infantil. América Latina y el Caribe es la única región donde los partos de niñas de menos de 15 años aumentaron. En esta región, se prevé que esos partos aumenten un poco hasta el 2030. En África Subsahariana, se prevé que los partos de niñas menores de 15 años casi se dupliquen en los próximos 17 años. En 2030, se espera que el número de madres de menos de 15 años en África Subsahariana sea igual al de Asia Meridional.



Fuente: Maternidad en la niñez, enfrentar el reto del embarazo en adolescentes, Elaborado por: División de Información y Relaciones Externas del UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

NIVEL NACIONAL

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Según (Ministerio De Economía, A Través De La Dirección General De Estadística Y Censos: Cifras Oficiales, Censos Nacionales Y Vi Censo De Poblaciones Y V De Vivienda 2007):

El Salvador cuenta con una superficie de 20,935 km² y una población total de 5,744,113 habitantes, y una densidad poblacional de 309 habitantes km²; concentrando al 62.7% en la zona urbana y el resto en el área rural. Las mujeres representan el 52.7% de la población total (3,024,742), 51% del total de ellas tienen entre 15 y 49 años de edad. Los hombres representan el 47.3% de la población total.

En el país la Esperanza de Vida al Nacer en las mujeres es de 74.5 años y para los Hombres de 68.3. La tasa de crecimiento anual promedio de la población

descendió durante el período 1970 hasta la actualidad de 2.71 a 1.62. La tasa promedio de crecimiento poblacional en el período 1992 - 2007 es de 0.8%. La Esperanza de Vida al Nacer para las Mujeres es siempre mayor que la de los hombres en los países desarrollados; en aquellos en vías de desarrollo, como El Salvador, esta brecha se acorta debido a muertes de mujeres vinculadas a los procesos de reproducción, casi siempre prevenibles.

La pirámide poblacional para el año 2007 muestra un ensanchamiento en su base a expensas del grupo de 10 a 24 años, lo que aumenta la cantidad de jóvenes a incorporarse a la población económicamente activa, que demanda servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

ANTECEDENTES

Según (Plan Intersectorial Para La Atención Integral De La Salud De La Población Adolescente Y Joven 2012 – 2014):

En 1974 se crea en El Salvador el "Código de Menores", el cual armoniza las Leyes existentes en lo concerniente a la niñez y adolescencia, a partir de este Código surge el Consejo Salvadoreño de Menores y la Dirección General de Protección de Menores, el primero para velar por el grupo en situación de riesgo y el segundo para atender a adolescentes en conflicto con la Ley.

En octubre de 1989 se crea la Secretaría Nacional de la Familia (SNF), como el ente encargado de asesorar al Presidente de la República en todo lo relativo a la mujer, niñez y familia, así como de enlace para las otras carteras de Estado y organizaciones de la sociedad. Esta impulsa en 1991 el Programa "Madre Joven", el cual fue institucionalizado por el Ministerio de Salud a partir del año 1993, creándose en los establecimientos de salud los Clubes de Madres Jóvenes, con el fin de brindar una atención diferenciada y promover la postergación de un segundo embarazo.

En abril de 1990, el país ratifica la Convención de los Derechos del Niño, la cual abarca a niños, niñas y adolescentes hasta la edad de 17 años con 364 días, esto debido a la clasificación de edad señalada en el marco legal del país.

En 1992, el Arzobispado de San Salvador, con apoyo de la cooperación internacional llevó a cabo actividades educativas sobre Salud Reproductiva dirigidas a adolescentes, jóvenes y adultos de las comunidades eclesíásticas de la Arquidiócesis de San Salvador y La Libertad. En 1993 se elabora la primera Política de Atención al Menor del cual surgen el Instituto Salvadoreño de Protección al Menor (ISPM) y una serie de Códigos dirigidos a la niñez y adolescencia.

En 1994, Save the Children de El Salvador, a través de la organización Desarrollo Juvenil Comunitario (DJC), inicia un taller nacional denominado "Planeando tú Vida" dirigido a personal del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación (MINED) y organismos de la sociedad con el fin de capacitar personal de salud, principalmente sobre técnicas de trabajo con adolescentes para desarrollar procesos educativos en Salud Sexual y Reproductiva. En este mismo año, la Secretaría Nacional de la Familia (SNF) con la cooperación del Fondo de Población de las Naciones Unidas y en coordinación con el Ministerio de Salud implementan un Proyecto de Educación y Servicios en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes en los Departamentos de San Salvador y La Libertad.

En el año 1995, el Ministerio de Salud y MINED (Ministerio De Educación) impulsan el Programa "Escuela Saludable", coordinado por la SNF (Secretaría Nacional de la Familia), para mejorar las condiciones de salud y aprendizaje de la niñez y adolescencia escolarizada de áreas rurales, desde parvularia hasta sexto grado, dando cobertura a población de diez a catorce años, con asistencia médica, odontológica, nutricional y educación en salud.

A partir de 1996, el Ministerio de Salud, con el apoyo de agencias de cooperación internacional, organismos gubernamentales y no gubernamentales, llevó a cabo proyectos locales dirigidos a la población adolescente en temas como: género, salud reproductiva, prevención de drogas y de violencia, VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), entre otros.

En febrero de 1997 se crea el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU) y en septiembre de ese año, surge la primera Política Nacional de la Mujer en la cual se plantearon acciones específicas para las adolescentes..

En 1998, el Ministerio de Salud elaboró e inicio la implementación del marco jurídico regulatorio para la atención Integral en salud de la población adolescentes en la red de establecimientos de salud.

Se implementa el Plan de Nación del Gobierno de El Salvador 1999 a 2004 con la Alianza Solidaria. El Ministerio de Salud creó la Gerencia de Atención Integral de la Salud de Adolescentes y concentró sus esfuerzos en mejorar el acceso a los servicios, desarrollo del personal de salud y potencializando la integración familiar. En el mismo período se oficializa el Plan Nacional de Salud Reproductiva y se actualiza la Norma de Planificación Familiar, en ambos documentos se plantean líneas específicas para la atención de adolescentes.

La SNF en el 2000 desarrolló el Programa País Joven en los departamentos de La Libertad, Cuscatlán, La Paz y Usulután, extendiéndose en el 2003 a nivel nacional, contando con el apoyo interinstitucional e intersectorial. El Ministerio de Salud fortaleció la provisión de servicios de salud a la población adolescente.

En el año 2002 se crea con el apoyo de OPS/ASDI (Organización Panamericana De La Salud/Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo), el Centro de Atención Integral en Salud de Adolescentes (CAISA) anexo a la Unidad de Salud del Barrio Lourdes, en la Región Metropolitana de Salud, donde se desarrollaban acciones de prevención, promoción y atención de la salud de la población adolescente.

En el periodo 2004-2009, se crea la Secretaría de la Juventud, dependencia responsable del desarrollo integral de jóvenes, elaborándose el primer Plan Nacional de Juventud 2005-2015, producto de una consulta nacional con jóvenes, instituciones públicas, privadas y agencias de cooperación. En el periodo 2009-2014 la Política Nacional de Salud plantea garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través del Sistema Nacional de Salud, generando los mecanismos para fortalecer la intersectorialidad y el establecimiento de redes y alianzas. Contribuyendo el

cumplimiento de la Ley de Atención Integral de la niñez y la Adolescencia. En el período 2009- 2014 se establece la Política de Protección de la Salud Intersectorial de los Adolescentes y la Ley de Adolescentes y jóvenes.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL SALVADOR

Según (MINSAL. (2013). *plan para la implementación de la política de salud sexual y reproductiva*. San Salvador: ministerio de salud):

Salud Sexual y Reproductiva: definida como el estado completo de bienestar físico, mental y social de la población, en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción, incluyendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos con la visión de la Salud Sexual y Reproductiva, más allá de la reproducción, incorporando el marco ético de los Derechos Humanos y las desigualdades de género, integralidad que sobrepasa los aspectos reproductivos y la visión patriarcal exclusiva de una sexualidad heterosexual y reproductiva.

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.

Según (Plan Intersectorial Para La Atención Integral De La Salud De La Población Adolescente Y Joven 2012 – 2014):

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

SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Según MINSAL: *Plan para la implementación de la política de salud sexual y reproductiva*. (2013).

La Salud Sexual y Reproductiva se había focalizado en los aspectos biológicos de la reproducción y evaluado desde las tasas de fecundidad; sobre una base sociocultural que identifica la construcción de la identidad de género de las mujeres centralizada en la maternidad, subordinada al poder masculino, lo que las obliga a someterse a embarazos y prácticas sexuales de riesgo, a familias numerosas y aceptar embarazos impuestos, entre otros.

Así la oferta de salud sexual y reproductiva está mayormente orientada a servicios de salud materna y planificación familiar (MINSAL, 2013).

Situación de la Salud sexual y reproductiva durante el ciclo de vida

Según (MINSAL. (2013). *plan para la implementación de la política de salud sexual y reproductiva*. San Salvador: ministerio de salud):

Los procesos de Salud Sexual y Reproductiva se inician desde el nacimiento con la socialización genérica diferenciada entre niños y niñas, lo cual juega un papel importante en la creación de conductas y el ejercicio de la SSR a lo largo de su ciclo de vida, vinculados también a las determinantes sociales y a las prácticas de violencia entre los diferentes integrantes de la familia, con detrimento a niños, niñas y mujeres.

En la Adolescencia

Según (MINSAL. (2013). *plan para la implementación de la política de salud sexual y reproductiva*. San Salvador: ministerio de salud):

La adolescencia es un período de cambios bio-psico-sociales importantes. El apareamiento de las características sexuales secundarias en ambos sexos, unido al surgimiento de procesos de formación de identidad, así como los compromisos sociales que van desde la posibilidad de embarazarse y de asumir

roles que no son acordes al desarrollo psicosocial, la vuelven una etapa especialmente vulnerable.

En el año 2011 el Ministerio de Salud reporta 84,752 inscripciones prenatales, de las cuales el 31.4% son mujeres adolescentes. La inscripción de métodos de planificación familiar fue de 36%, la atención institucional de partos en adolescentes correspondió al 29.1%. Además, correspondió a este grupo poblacional el 11% de muertes maternas.

Así mismo para el año 2011, el Ministerio de Salud reportó como primera causa de muerte en mujeres adolescentes de 15 a 19 años la muerte auto infligida por efectos tóxicos de sustancias de procedencia no medicinal, muchos de estos casos relacionados con embarazos no deseados o conflictos derivados de un ejercicio inadecuado de la SSR.

CONTEXTO COMUNITARIO Y FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Según (UNFPA. (2015). *MAPA DE EMBARAZOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EL SALVADOR*. SAN SALVADOR):

En El Salvador las niñas y adolescentes se encuentran inmersas en un entorno comunitario caracterizado por patrones culturales a través de los cuales se naturaliza el embarazo y la maternidad antes de los 18 años de edad. El entorno social está lleno de mensajes que promueven la tolerancia y el ejercicio de la violencia de género en la comunidad, generando un ambiente caracterizado por la coacción y violencia, la desigualdad de género y la desigualdad generacional. De hecho, El Salvador atraviesa por un período en el que la violencia social tiene muchas expresiones. Las más visibles son aquellas expresadas en el número de homicidios diarios que ha llevado al país a establecer medidas frontales para su reducción. No obstante, la violencia se vive de forma diferente entre hombres y mujeres, y no necesariamente coincide la gravedad de los casos en los territorios. De acuerdo al Instituto de Medicina Legal (IML) de El Salvador, durante el año 2015 se registraron 2,048 denuncias de agresiones sexuales contra mujeres, lo que significa un promedio diario de 6 mujeres víctimas de violencia sexual, es

decir una cada cuatro horas. El número de homicidios reportados durante el mismo año fue de 6,656, lo que significa un promedio de 18 homicidios al día. Por otro lado, en el ámbito escolar los indicadores nacionales reflejan que niñas y niños cuentan con iguales niveles de ingreso a la educación primaria, transición a la escuela secundaria, asistencia y terminación de la escuela. Sin embargo, las niñas y las adolescentes enfrentan el ambiente escolar en situación de desventaja por las responsabilidades asignadas a ellas en una cultura patriarcal. La niña y la adolescente en edad escolar es responsabilizada de contribuir en las tareas del hogar, el cuidado de otros miembros de la familia (hermanos pequeños, adultos con discapacidad o adultos mayores) entre otras, a las que debe destinar tiempo que podría utilizar en su educación o recreación.

MARCO ACTUAL

El embarazo en niñas y adolescentes es un problema de orden mundial y El Salvador no se escapa de esta tendencia, la cual ha ido en aumento en los últimos años, como lo demuestran estudios realizados a nivel regional y en los cuales han participado diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. En El Salvador, la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2014) citado por el (MINSAL, 2015) reporta que "una de cada tres mujeres, de 20 a 49 años, estuvo embarazada antes de cumplir 18 años; y una, de cada cuatro, estuvo unida antes de esa edad". Datos realmente alarmantes porque se ve una tendencia de madres cada vez más jóvenes a pesar de la inmadurez física, psicología, biológica y monetaria, de las adolescentes, y que hay que recalcar que al ocurrir embarazos en esta población se está permitiendo una clara violación a sus derechos fundamentales, sobre las cuales hay una seria lista de normativas, leyes, planes de acción, entre otros los cuales tienen la finalidad de

resguardar la integridad y cumplimiento de los derechos en las niñas y adolescentes.

Se pueden citar diversos estudios que demuestran los factores que llevan a esta población adolescente a un embarazo precoz sus vivencias y experiencias, así como las consecuencias y riesgos a los que se enfrentan en el área de educación, economía y salud, y que además nos muestran cifras actuales de los casos de embarazos por grupo de edad a nivel nacional, entre los que podemos encontrar; “maternidad y unión en niñas y adolescentes: consecuencias en la vulneración de sus derechos informe final el salvador 2016”, “estudio del impacto del embarazo, la maternidad y la violencia sexual en niñas y adolescentes salvadoreñas”, “mapa de embarazos en niñas y adolescentes en el salvador 2015”, “plan para la prevención del embarazo en adolescentes ministerio de salud el salvador 2015”, además de todos estos informes que nos muestran la situación actual de nuestras niñas y adolescentes, existen las normativas, leyes y acuerdos tanto a nivel nacional como internacional, que tienen la finalidad de reducir estos embarazos, de los que podemos mencionar; política de salud sexual y reproductiva, ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres, ley de igualdad equidad y erradicación de la discriminación contra las mujeres, ley de protección integral de la niñez y adolescencia, que son los más representativos a nivel de país.

Se debe tener presente que la problemática implica diversos actores sociales y que tal como se menciona por el (MINSAL, 2015) *“La situación de violencia en la familia y en la sociedad coloca a las niñas y adolescentes en condiciones en que sus derechos son vulnerados. Las uniones y los embarazos antes de los 17 años son producto de la violencia social que sufren cotidianamente, lo cual no es asumido como tal por la sociedad y el Estado”*. Tal como lo reflejan los datos ya mencionados del IML, y que se ve reflejados según el (UNFPA, 2015) *“En 2015, en promedio, cada día 69 niñas o adolescentes quedaron embarazadas, o dicho,*

en otros términos, tres embarazos cada hora, o bien un embarazo cada 21 minutos”, cifras preocupantes ya que dejan en evidencia la falta de eficiencia de los planes ejecutados hasta el momento.

ESCOLARIDAD Y EMBARAZO ADOLESCENTE

De acuerdo a un estudio realizado durante el 2014 sobre embarazos en adolescentes (PLAN, Estudio del impacto del embarazo, la maternidad y la violencia sexual en niñas y adolescentes salvadoreñas , 2014); en el cual el *principal hallazgo del estudio fue:*

Conocer y evidenciar de primera mano, que pese a los esfuerzos sociales e institucionales tanto en los planos normativos y de política pública, aun predomina una visión misógina, machista y patriarcal hacia las problemáticas que enfrentan las niñas y adolescentes sobre todo en estos tres principales aspectos: la maternidad, el embarazo temprano y la violencia sexual, que se entrecruzan y les afecta en todos los ámbitos de sus vidas. En cuanto a la influencia del embarazo temprano en el proyecto de vida y su desarrollo integral destacaron principalmente la discriminación de la comunidad y en el ámbito educativo; el rechazo familiar y el abandono de estudios. Otras dificultades mencionadas fueron la indiferencia de quien las embarazó ya que en algunos casos no asumen su responsabilidad; y la falta de apoyo familiar, todos estos factores pueden llevar incluso al suicidio de las niñas y adolescentes embarazadas.

Se expresa además en dicho estudio los problemas que tienen que enfrentar las adolescentes embarazadas en el entorno escolar y comunal, pues se sigue viendo el hecho del embarazo y el inicio de las relaciones sexuales como un tema tabú en la mayoría de las sociedades tanto en el área rural como urbana, puesto que es un ciclo vicioso que se va repitiendo, la falta de educación sexual y reproductiva de generación en generación va haciendo que siempre al hablar sobre estos temas sea más difícil y sea mal visto un inicio temprano de sus relaciones sexuales, inclusive cuando está contemplado en la ley de salud sexual y reproductiva, el derecho universal al conocimiento de dichas prácticas, no con

el fin de incitar a la práctica si no como un conocimiento que les facilite la decisiones futuras de la manera más segura posible. Y en el entorno escolar se presentan dificultades que limitan a las niñas y adolescentes embarazadas asistir a la escuela.

Según el estudio (PLAN, Estudio del impacto del embarazo, la maternidad y la violencia sexual en niñas y adolescentes salvadoreñas , 2014):

“Las madres adolescentes de familia consideran que lo principal es la falta de apoyo de las madres y padres, quienes la castigan sacándola de la escuela, sienten vergüenza o pena de la niña o adolescente por sus cambios físicos debido al embarazo; mencionan el acoso escolar de parte de los compañeros y compañeras; la discriminación que sufre por haberse convertido en “mujer”, es decir, en sexualmente activa; y el castigo que les da la escuela cambiándoles el uniforme”

Acciones que van en contra de las normativas que rigen los derechos de la niñas y adolescentes, pues La Ley de protección integral de la niñez y adolescencia (LEPINA), (justicia, 2009) indica en su artículo 24 que “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”(p.14). Así mismo (justicia, 2009) en el artículo 32 establece el derecho de la niñez y adolescencia a recibir información y educación en salud sexual y reproductiva y el Estado garantizará la existencia y el acceso a los servicios y programas de salud y educación sexual integral; de igual forma es importante destacar que el artículo 89 prohíbe la aplicación de sanciones corporales, colectivas y las que tengan por causa el embarazo o maternidad de la estudiante. Y además la Ley General de Educación en su artículo 76.-A.- la prohibición a los Centros Educativos del país, adoptar medidas que impidan, limiten o perturben el inicio o continuidad normal de los estudios de las alumnas embarazadas o durante su periodo de lactancia; estableciendo que las autoridades de dichos Centros determinarán medidas de apoyo a las alumnas embarazadas con el objeto que continúen sus estudios.

Según diversos puntos de vista de docentes se llega a una “paradoja del reglamento de las escuelas” (PLAN, 2014), ya que la regla es no permitir noviazgos, pero sí permitir embarazadas; ya que mantener a la embarazada dentro de la escuela es un “mal ejemplo” y “contagio” que lleva el permiso implícito a tener relaciones sexuales y es debida a estas causas que se ven orilladas a la deserción escolar como se pudo evidenciar durante los años 2009-2013 de los cuales se obtienen los datos siguientes:

Estudiantes que abandonaron el centro escolar por embarazo por nivel o ciclo educativo; sector privado y público Años 2009-2013											
Año	Sector publico								Total sector público	Total sector privado	Total general
	Ciclo I	Ciclo II	Ciclo III	media	Ciclo III y media a distancia	Ciclo III y media a nocturna	Adultos	Acelerado			
2009	56	164	552	366	28	43	11	16	1236	117	1353
2010	35	222	762	395	21	27	7	4	1473	119	1592
2012	11	124	600	339	46	41	4	0	1165	89	1254
2013	11	178	852	504	75	41	15	2	1678	138	1816
Total	113 2,18%	668 13,3%	2766 53,4%	1604 31%	170	152	37	22	5552	463	6015
En 2011, el MINED no reportó el dato.											

Fuente: Estudio del impacto del embarazo, la maternidad y la violencia sexual en niñas y adolescentes salvadoreñas 2014'' elaborado por PLAN, INTERVIDA, UNFPA Y UNICEF

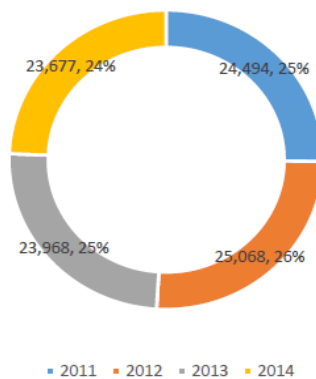
SALUD Y EMBARAZO EN ADOLESCENTE

Según (UNICEF, 2014) Desde la década de los setenta, la tasa global de fecundidad (TGF) ha disminuido de manera importante en América Latina y el Caribe, como resultado de distintos factores económicos (urbanización, migración, industrialización, modernización), culturales (secularización, nuevas formas de familia, cambios en los roles de género) y tecnológicos (acceso a información). También las políticas demográficas y de salud sexual y salud reproductiva, incluido el acceso a la planificación familiar moderna, han impulsado este cambio. No obstante, todavía permanecen marcadas diferencias entre y dentro de los países, según la situación económica, el origen étnico y el nivel educativo. Si bien la fecundidad global descendió, la fecundidad en adolescentes (medida como tasa específica de fecundidad entre 15 a 19 años de edad) tuvo un comportamiento diferente: primero se mostró refractaria a la baja y después tuvo un incremento en varios países en los últimos 30 años, siendo América Latina y el Caribe la única región del mundo en la que se registra un incremento. Como se evidencia en un reciente documento publicado por CEPAL y UNICEF, casi todos los países de la región se encuentran dentro de los 50 a nivel mundial con las tasas de fertilidad adolescente más alta, entre los que sobresalen Nicaragua, Honduras, Panamá, Ecuador y Guatemala.

Entre los otros factores asociados a la maternidad temprana se encuentran las características del hogar de la adolescente: Los ingresos de sus progenitores, sus niveles de educación y la condición de pobreza del hogar. Pero también hay factores contextuales relevantes, como el acceso a educación sexual y reproductiva, a los distintos métodos de planificación familiar y, sobre todo, a la garantía del ejercicio de sus derechos Arceo-Gómez y Campos-Vázquez, 2011 citado en (UNICEF, 2014). Cada vez se reconoce mucho más claramente que los determinantes del embarazo adolescente tienen que ver ante todo con factores sociales, económicos y culturales que van más allá del ámbito de la salud (FCI, 2008).

Según (PLAN, 2014) "Para el año 2011, se atendieron 24,494 partos en menores de 19 años. Y para el 2012 el total de partos atendidos fue de 25,068. El Ministerio de Salud reportó para el periodo de enero a diciembre de 2013, 1,091 partos de niñas entre las edades de 10 y 14 años en la red de hospitales; 22,877 entre las edades de 15 a 19 años. Y para el año 2014 las cifras son similares, 1,053 en niñas de 10 a 14 años y 22,659 en adolescentes de 15 a 19 años. De acuerdo a UNICEF, en promedio cada 22 minutos ocurre un parto de una adolescente en el país".

No. Partos en menores de 19 años



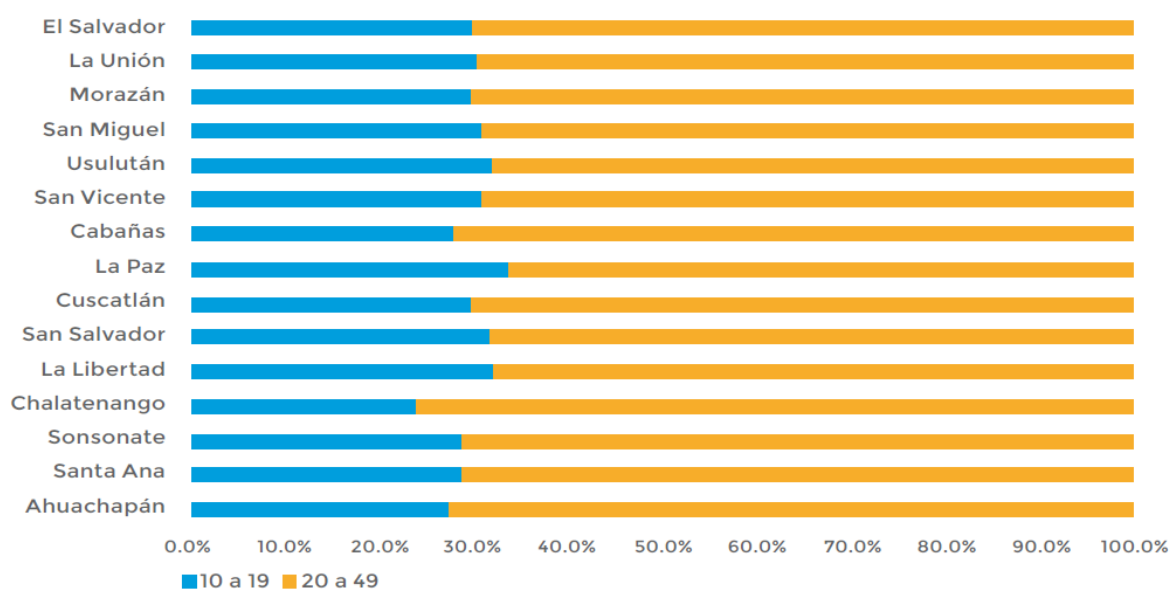
Fuente: Estudio del impacto del embarazo, la maternidad y la violencia sexual en niñas y adolescentes salvadoreñas 2014'' elaborado por PLAN, INTERVIDA, UNFPA Y UNICEF

Partos en adolescentes por grupo de edad y año. El Salvador 2011-2014		
Año	Partos en adolescentes de 10 a 14 años.	Partos en adolescentes de 15 a 19 años.
2011	966	22,537
2012	1022	23,083
2013	1091	22,877
2014	1053	22,624
Elaboración propia a partir de datos del MINSAL. Años 2011-2014		

Fuente: Estudio del impacto del embarazo, la maternidad y la violencia sexual en niñas y adolescentes salvadoreñas 2014'' elaborado por PLAN, INTERVIDA, UNFPA Y UNICEF

De acuerdo a los registros del Ministerio de Salud en el año 2015 hubo 83,478 mujeres salvadoreñas embarazadas, y de ellas, 25,132 eran adolescentes de entre 10 y 19 años, es decir que el 30% del total de embarazos se registraron en niñas y adolescentes. Según datos existentes sobre embarazos del año 2015 a través de datos del ministerio de salud (MINSAL), SIMMOW 2015 y DIGESTYC 2014, el gráfico comparativo queda representado de la siguiente manera, donde se puede apreciar la alta prevalencia de embarazos adolescentes.

EL SALVADOR: PROPORCIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS REGISTRADAS EN EL MINSAL SEGÚN EDAD POR DEPARTAMENTO. 2015.



Fuente de datos: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) El Salvador, Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015, primera edición Julio de 2016.

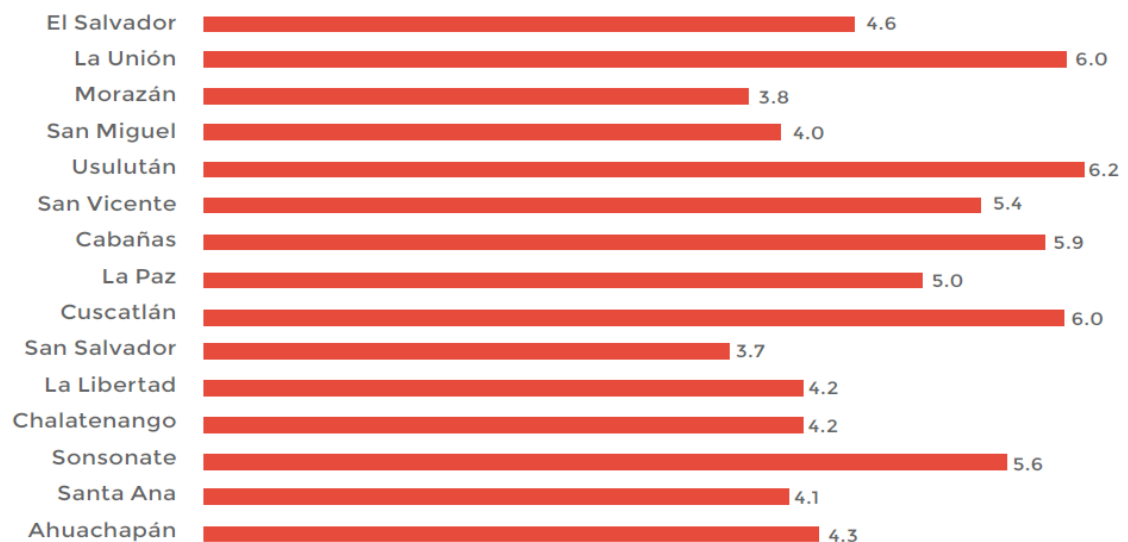
EMBARAZOS EN NIÑAS EN 10 A 14 AÑOS

De acuerdo a (UNFPA, 2015) :

Tomando en cuenta los datos del Ministerio de Salud y las proyecciones de población de la Dirección General de Estadística y Censos del año 2015, la prevalencia de inscripciones por embarazo en niñas de entre 10 y 14 años es de 5 por cada mil niñas. Los datos indican que es una problemática que está presente en todos los departamentos con algunas variaciones. Usulután, La Unión, Cuscatlán y Cabañas son los departamentos con mayor prevalencia de inscripciones por embarazo en niñas de esta edad, ya que, en esos territorios, de cada mil niñas de 10 a 14 años, 6 se inscribieron por embarazo durante el año 2015. A nivel municipal, este problema social está presente en 219 municipios y solamente en 43 no se registraron casos durante el año 2015.

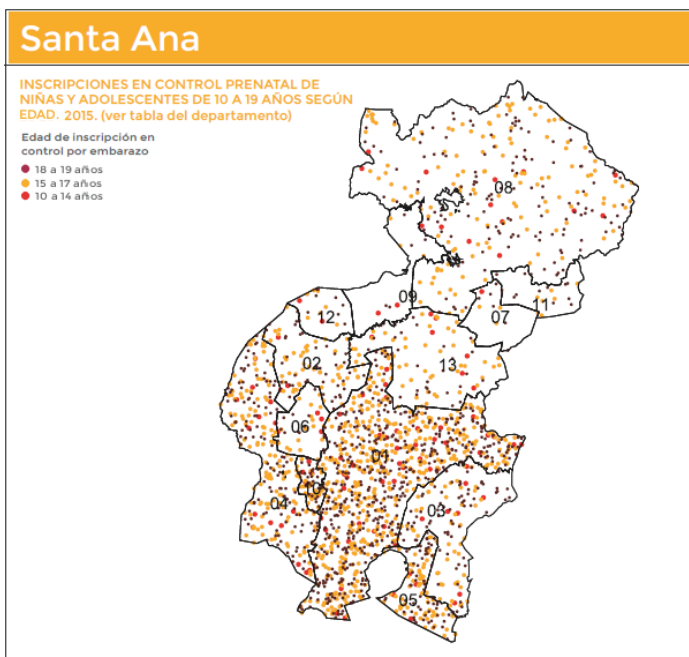
Y que se representa gráficamente de la siguiente forma.

PREVALENCIA DE INSCRIPCIONES POR EMBARAZOS POR CADA MIL NIÑAS Y ADOLESCENTES, SEGÚN DEPARTAMENTO. 2015

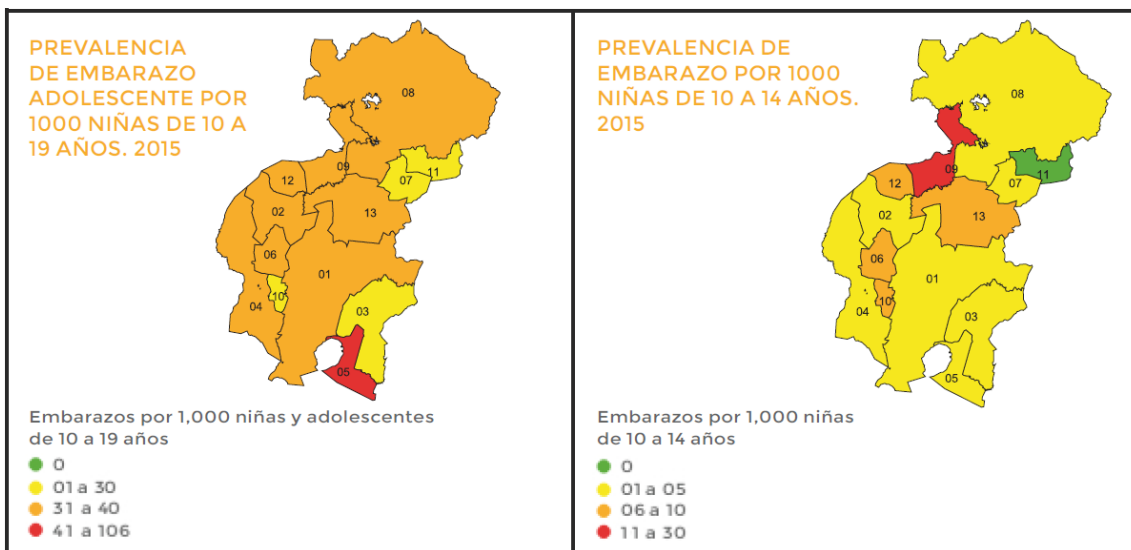


Fuente de datos: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) El Salvador, Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015, primera edición Julio de 2016.

De una forma más detallada ya a nivel departamental, específicamente en Santa Ana que es, donde se encuentra nuestro municipio de estudio, obtenemos datos comparativos entre el total de embarazos durante el año 2015, y los divide aún más por grupo de edad entre los embarazos adolescentes como podemos observar en los siguientes gráficos, en donde los colores significan el grado de concentración de embarazos adolescentes, por cada mil niñas de cada municipio.



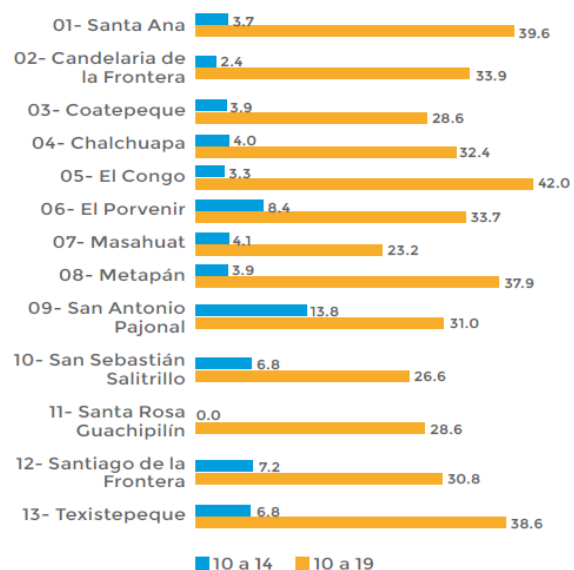
Fuente de datos: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) El Salvador, Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015, primera edición Julio de 2016.



Fuente de datos: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) El Salvador, Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015, primera edición Julio de 2016.

TABLA DEL DEPARTAMENTO	Inscripciones en control prenatal de niñas y adolescentes de 10 a 19 años según edad. 2015			
	Municipio	10 a 14	15 a 17	18 a 19
01- Santa Ana	43	450	498	991
02- Candelaria de la Frontera	3	47	43	93
03- Coatepeque	8	47	70	125
04- Chalchuapa	15	130	120	265
05- El Congo	5	64	61	130
06- El Porvenir	4	16	13	33
07- Masahuat	1	4	6	11
08- Metapán	14	131	141	286
09- San Antonio Pajonal	2	3	5	10
10- San Sebastián Salitrillo	8	27	33	68
11- Santa Rosa Guachipilín	0	6	12	18
12- Santiago de la Frontera	2	7	9	18
13- Texistepeque	7	46	29	82

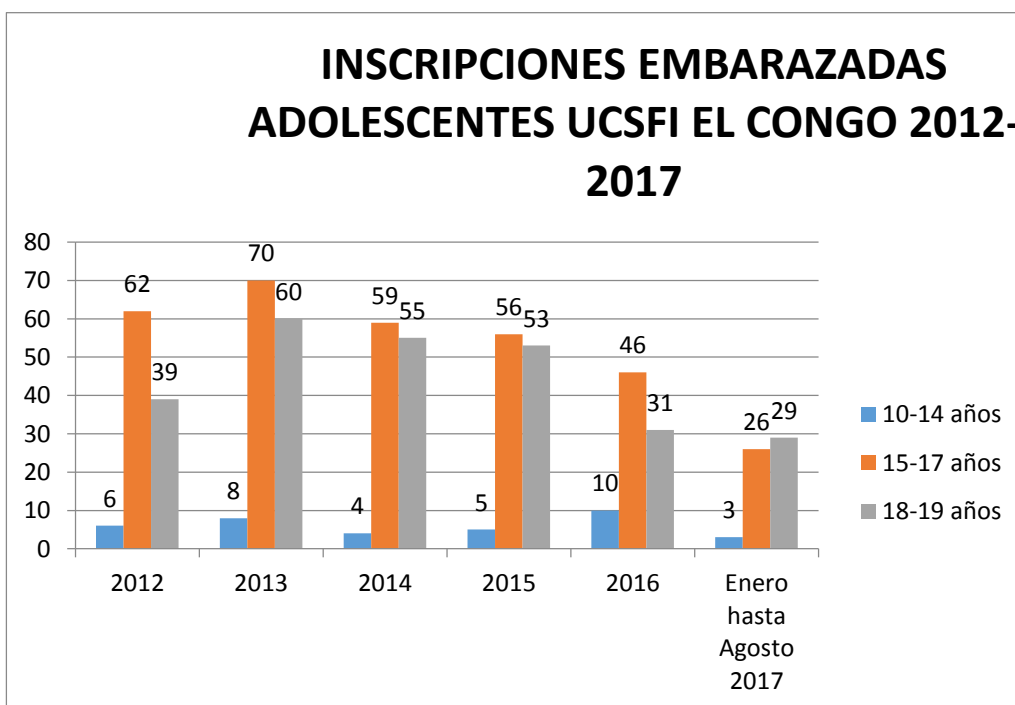
NUMERO DE EMBARAZOS POR CADA MIL ADOLESCENTES, SEGÚN GRUPOS DE EDAD SELECCIONADOS Y MUNICIPIO. 2015



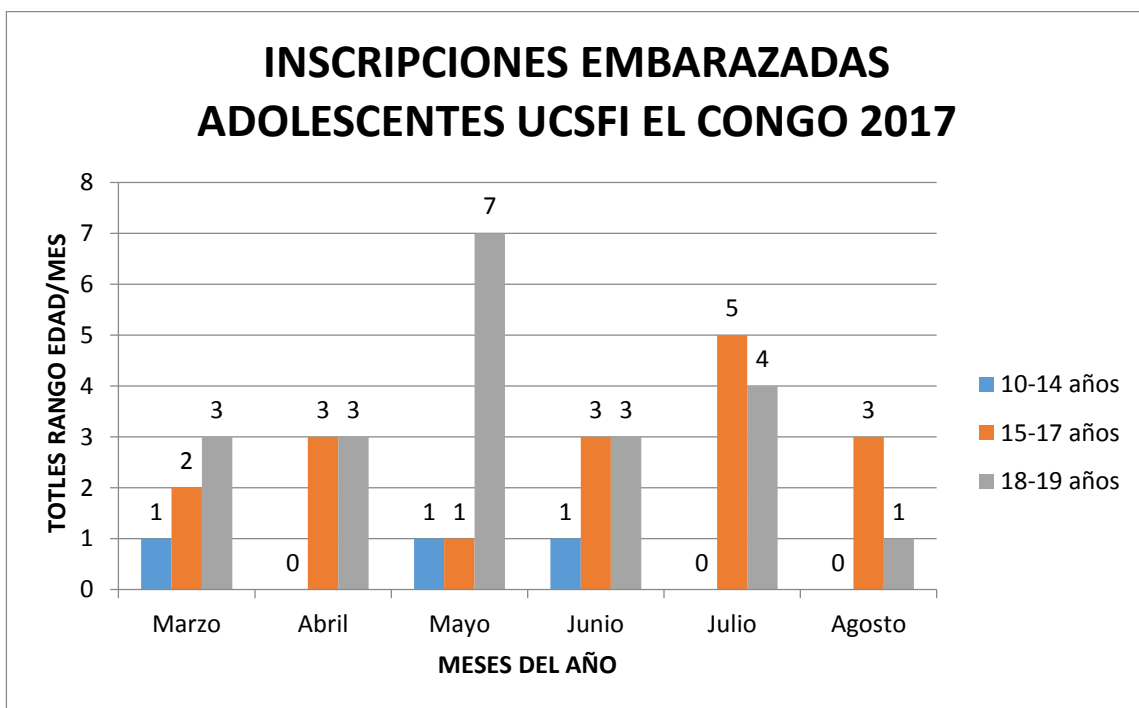
Fuente de datos: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) El Salvador, Mapa de Embarazos en Niñas y Adolescentes en El Salvador 2015, primera edición Julio de 2016.

INSCRIPCIONES EMBARAZADAS ADOLESCENTES UCSFI EL CONGO 2012-2017							
AÑO	2012	2013	2014	2015	2016	Enero hasta Agosto 2017	Total
EDADES							
10-14 años	6	8	4	5	10	3	36
15-17 años	62	70	59	56	46	26	319
18-19 años	39	60	55	53	31	29	267
Total	107	138	118	114	87	58	622

Fuente: Sistema de información de morbilidad vía web(SIMMOW), 2017



INSCRIPCIONES EMBARAZADAS ADOLESCENTES UCSFI EL CONGO 2017							
MESES	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Total
10-14 años	1	0	1	1	0	0	3
15-17 años	2	3	1	3	5	3	17
18-19 años	3	3	7	3	4	1	21
Total	6	6	9	7	9	4	41



Fuente: Sistema de información de morbilidad vía web(SIMMOW), 2017

MARCO CONCEPTUAL

- **Adolescencia:** Es el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se consideran dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. (OMS, Organización mundial de la salud, 2017)
- **Anticoncepción:** Conjunto de métodos o sustancias empleados para evitar la fecundación y por consiguiente el embarazo. (Oxford, Diccionario Oxford, 2017)
- **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 . (Salvador D. o., 2012).
- **Derechos Humanos:** Son garantías jurídicas universales que protegen a individuos y grupos contra acciones que interfieran en sus libertades fundamentales y en la dignidad humana. (OMS, Organización mundial de la salud, 2017)
- **Determinantes de salud:** Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (OMS, Organización mundial de la salud, 2017)
- **Discriminación:** Seleccionar excluyendo; esto es, dar un trato de inferioridad a personas o a grupos, a causa de su origen étnico o nacional, religión, edad, género, opiniones, preferencias políticas y sexuales,

condiciones de salud, discapacidades, estado civil u otra causa. (Oxford, Diccionario oxford, 2017)

- Embarazo de alto riesgo: Embarazo en el cual se presentan determinadas características biológicas, sociales, psicológicas o de otra índole que producen una morbimortalidad superior a la de la población general (OMS, Organización mundial de la salud, 2017)
- Embarazo: Comprende los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer, durante el cual tanto la mujer como su futuro hijo se enfrentan a diversos riesgos sanitarios. Por este motivo, es importante que el seguimiento del embarazo sea realizado por personal sanitario cualificado (OMS, Organización mundial de la salud, 2017)
- Esperanza de vida al nacer: Número promedio de años que se espera viviría un recién nacido, si en el transcurso de su vida estuviera expuesto a las tasas de mortalidad específicas por edad y por sexo prevalentes al momento de su nacimiento, para un año específico, en un determinado país, territorio o área geográfica. (OMS, Organización mundial de salud, 2017)
- Factor de riesgo: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (OMS, Organización mundial de salud, 2017)
- Género: Se entiende por género a la construcción social que asigna a mujeres y hombres con base en su sexo biológico, una identidad, roles, deberes y derechos diferenciados (ISDEMU, Instituto salvadoreño para el desarrollo de la mujer, 2010)
- Igualdad de género: En materia de salud implica que las mujeres y los hombres, a lo largo de su vida y con todas sus diferencias, gozan de las mismas condiciones y oportunidades de lograr la plena efectividad de sus derechos y su potencial de ser saludables, contribuir al desarrollo sanitario

y beneficiarse de los resultados (OMS, Organización mundial de la salud, 2017)

- Ley de protección integral de la niñez y adolescencia (LEPINA): Legislación que tiene por finalidad garantizar el ejercicio y disfrute pleno de los derechos y facilitar el cumplimiento de los deberes de toda niña, niño y adolescente en El Salvador, independientemente de su nacionalidad, fundamentado en la Constitución de la República y en los tratados Internacionales sobre Derechos Humanos. (justicia, 2009)
- Ley especial integral para una vida libre de violencia para las mujeres: Legislación que tiene por objeto establecer, reconocer y garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, por medio de políticas públicas orientadas a la detección, prevención, atención, protección, reparación y sanción de la violencia contra las mujeres; a fin de proteger su derecho a la vida, la integridad física y moral, la libertad, la no discriminación, la dignidad, la tutela efectiva, la seguridad personal, la igualdad real y la equidad (ISDEMU, Instituto salvadoreño para el desarrollo de la mujer, 2011)
- Misoginia: Aversión a las mujeres o falta de confianza en ellas. (Oxford, Diccionario oxford, 2017)
- Muerte Materna: Se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (OMS, Organización mundial de la salud, 2017)
- Planificación familiar: La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el

tratamiento de la esterilidad (OMS, Organización mundial de la salud, 2017)

- Salud sexual y reproductiva: Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos siempre y cuando se desee (OMS, 2017). Esta concepción de la salud reproductiva supone que las mujeres y los hombres puedan elegir métodos de control de la fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, que las parejas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las parejas la oportunidad de tener un hijo sano. (OMS, Organización mundial de la salud, 2017)
- Sexualidad: Es una forma de expresión integral de los seres humanos, vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales. Forma parte integral de la vida humana y eje del desarrollo. La sexualidad constituye un derecho inherente a las personas durante todo el transcurso de su vida (Salvador D. O., 2012)
- Violencia: Uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte. (OMS, Organización mundial de la salud, 2017)
- Violencia sexual: Es cualquier acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual u otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto (OMS, Organización mundial de la salud: Comprender la violencia contra las mujeres, 2013)

- Vulnerabilidad: Susceptibilidad de ser herido o recibir lesión física o moral.
(RAE, 2017)

CAPITULO VII

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo en el que no existe relación de causa efecto entre los fenómenos estudiados, y que permite realizar un análisis de los diferentes factores de riesgo que favorecen el embarazo en adolescentes, y que se ha orientado a la población de adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Congo, en el periodo de Marzo a Agosto de 2017.

UNIVERSO

Constituido por la población total de adolescentes embarazadas que se inscribieron al programa de atención materna en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Congo, en el periodo de Marzo a Agosto de 2017.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Conformado por adolescentes embarazadas que cumplieron los criterios de inclusión y que fueron inscritas en el programa de atención materna en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Congo, en el periodo de Marzo a Agosto de 2017.

MUESTREO POR CONVENIENCIA

Criterios de inclusión:

- Paciente adolescente embarazada que se inscriba al programa de atención materna en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Congo.
- Inscripción durante el periodo de marzo a agosto de 2017.
- Paciente que acepte formar parte de la investigación.

Criterios de exclusión

- Paciente que no acepte formar parte de la investigación.
- Paciente inscrita al programa de atención materna por personal de FOSALUD.

FUENTE DE INFORMACIÓN

Primarias: Obtenida directamente de la entrevista estructurada a la paciente aplicada por los médicos investigadores.

Secundarias: Revisión del libro de registros de embarazadas inscritas en el programa de atención materna.

PROCEDIMIENTO

Para la realización de la investigación, se solicitó la autorización a Dra. Carolina de Moran directora en funciones del establecimiento de salud y posterior a la aprobación de la solicitud se realiza una coordinación con el personal de enfermería para la captación de toda embarazada adolescente que cumpla los criterios de inclusión y que llegue a inscribirse al programa de atención materna para la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Adicionalmente se lleva un registro propio de las pacientes que se han inscrito en el programa de atención materna que contempla datos generales: Número de expediente clínico, fecha de inscripción, edad, dirección y formula obstétrica.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó entrevistas estructuradas a las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y que previamente firmaron el consentimiento informado de la participación de la investigación. La entrevista está constituida por 28 ítems en los cuales se abordan datos generales de la persona entrevistada y su embarazo actual, así como sus conocimientos sobre salud sexual y reproductiva .

UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis está conformada por las adolescentes embarazadas inscritas en el programa de atención materna de Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia El Congo, que cumplen criterios de inclusión y que voluntariamente aceptaron participar en la investigación.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para la presentación y el análisis de los factores investigados (sociales, económicos, culturales y biológicos), se utilizó el software Microsoft Word 2016, el cual permite la elaboración de tablas matrices, que contendrán los datos obtenidos a través de la entrevista estructurada, y que sirven de base para la elaboración de graficas de pastel para la presentación de los resultados y por medio de dichos gráficos y matrices se realizó un análisis objetivo y descriptivo de los diferentes factores que influyen en el embarazo adolescente, para poder así brindar conclusiones y recomendaciones del estudio realizado.

VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

TIPO DE VARIABLE: Cualitativa

MEDICION DE LA VARIABLE: Nominal

COMPONENTES	DESCRIPTORES	SUB-DESCRIPTORES	No de Pregunta
Factores Sociales	Desintegración familiar	Tipo de familia	P.11
	Violencia	Maltrato	P.25
	Drogadicción/Prostitución	Violación sexual	P.23,24,26
	Delincuencia	Ilícitos, presión de grupo	P.27
	Educación	Estudia: si o no Grado de escolaridad Centro de estudio: lugar	P.4 P.6 P.7

	Procedencia	Lugar donde reside	P.3
	Estado Civil	Soltera, casada, acompañada	P.9
Factores económicos	Ingresos económicos	Ocupación	P.8
Factores Biológicos	Cronológicos	Edad	P.1
	Anatómicos y Fisiológicos	Desarrollo físico	P.2
	Hormonales	Maduración sexual (menarquia o ciclos menstruales)	P.2
Factores Culturales	Machismo	<p>"Entre más mujeres tenga es más hombre".</p> <p>"Entre más hijos engendre es más macho".</p> <p>"Múltiples parejas".</p> <p>"Imposición al no uso del condón".</p>	P.28

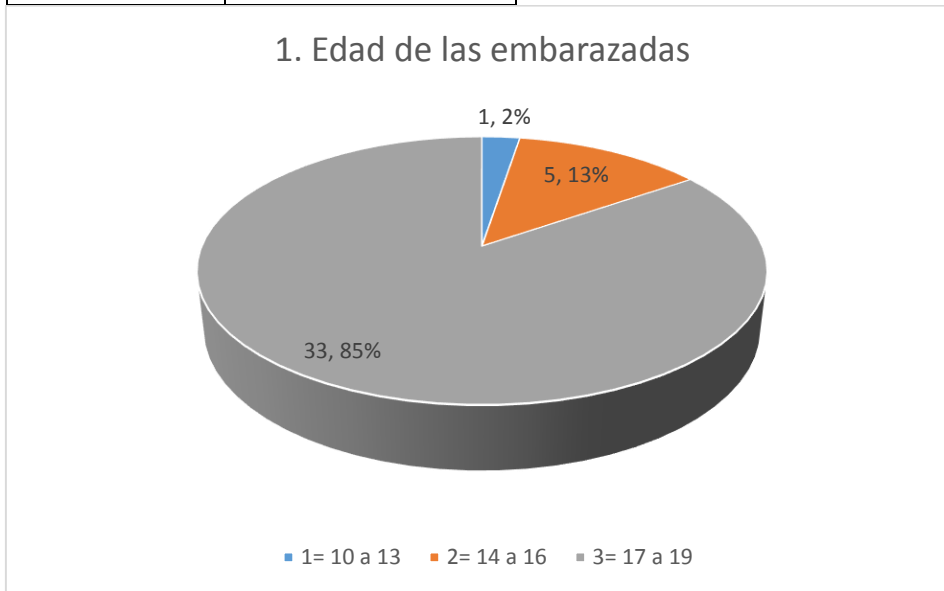
	Creencias	"No embarazo en la primera relación sexual".	P.28
	Mitos	"Si una mujer no le tiene un hijo/a a un hombre no le demuestra su amor". "Hijos a temprana edad es mejor".	P.28
	Edad de la Pareja	Mayor Menor	P.10
	Embarazo Deseado	- Si/No - Motivo de embarazo	P.20,28
Conocimientos	Salud sexual y Reproductiva	Falta o ningún conocimiento.	P.21,22
	Métodos de Planificación Familiar.	Falta o ningún conocimiento.	P.15,16
	Métodos de planificación familiar	Uso de métodos	P.17,18,19

Prácticas sobre salud sexual y reproductiva	Actividad sexual	Inicio de relaciones sexuales	P.11
	Cantidad de Parejas	Número de parejas sexuales	P.12
	Embarazos Previos	Número de hijos	P.14

CAPITULO VIII

ANÁLISIS DE RESULTADOS

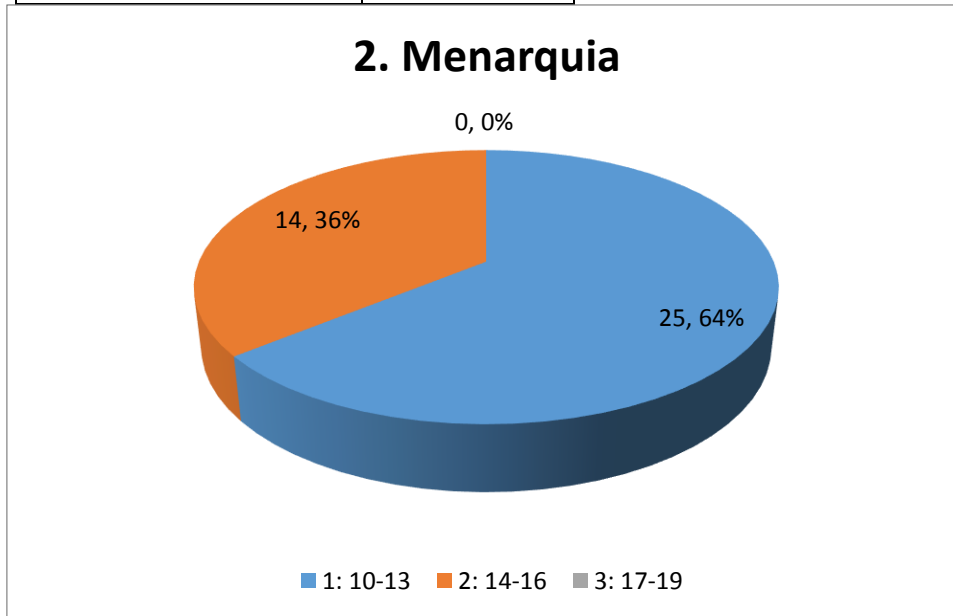
1. Edad de las Embarazadas	
Valor	Total
1: 10 a 13	1
2: 14 a 16	5
3: 17 a 19	33



En las sociedades latinoamericanas la adolescencia es la etapa de la vida en la cual se experimenta relativa autonomía, lo que conlleva libertades y responsabilidades, y en la mayoría de ocasiones culmina en la búsqueda de una pareja, para consolidar su estabilidad económica, o simplemente como un medio para escapar a su situación familiar. Con los resultados obtenidos en la presente investigación llevada a cabo en la UCSFI El Congo, la gráfica anterior nos muestra que del total de adolescentes entrevistadas el 85% de la población estudiada ronda las edades entre 17 a 19 años, sin tener en cuenta si se trata de un primer embarazo o si es subsecuente, tomando en consideración que esta edad es para muchas mujeres la ideal para un embarazo, ya que creen estar preparadas para adquirir dicha responsabilidad, sin tener en cuenta su nivel educativo y estabilidad económica,

llegándose a ver bajo la presión social para formar una familia. Encontramos además que el 13% de las jóvenes se encuentra entre 14 a 16 años, si bien corresponden a un porcentaje menor, nos muestra como a pesar de las cortas edades, muchas adolescentes se enfrentan con un embarazo que podría conllevar muchos riesgos obstétricos por su inmadurez física y que posiblemente han sido influenciadas por factores como la falta de información adecuada sobre sexualidad, un ambiente hostil o por la misma curiosidad inherente de cada ser humano. El último dato obtenido a través de las entrevistas y representado en la gráfica nos indica que, aunque se trata de un porcentaje bajo apenas de un 2%, siguen presentándose casos de adolescentes menores de 14 años embarazadas, situaciones que podrían llevar inmersas posibles abusos o violaciones a menores incapaces.

2. Menarquia	
Valor	Total
1: 10-13	25
2: 14-16	14
3: 17-19	0



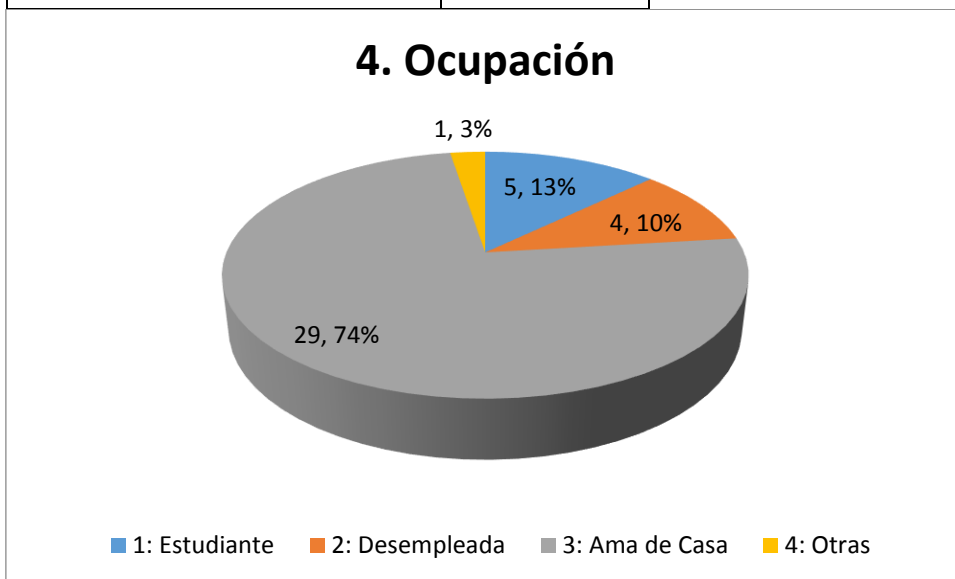
La menarquia corresponde al inicio de la capacidad reproductiva de las adolescentes, la cual ha venido presentándose con regularidad en edades cada vez menores, influenciado hasta cierto punto por factores ambientales y biológicos. Tener la menarquia a edad temprana combinado con el inicio precoz de las relaciones sexuales, aumenta el riesgo de presentar un embarazo adolescente, como es el caso de nuestra población estudiada, el 100% tuvo su menarquia antes de los 16 años y de estas el 64% la presento entre 10 a 13 años, y como ya se mencionó podrían llegar a tener un embarazo no deseado, si se inicia una vida sexual sin protección; el restante 36% presento su menarquia entre los 14 a 16 años de edad, en la cuales aunque ya existe una mayor madurez física y emocional aún no se encuentran económicamente preparadas para iniciar de forma adecuada un rol de madre o pareja.

3. Lugar de Procedencia	
Valor	Total
1: Urbano	14
2: Rural	25



Actualmente en nuestro país aún existen ciertas zonas que por su ubicación geográfica están marcados por un contexto de pobreza y falta de servicios básicos en donde los jóvenes tienen pocas oportunidades para acceder al sistema educativo o de salud lo cual genera consecuencias negativas para las familias y la sociedad en general. En el estudio identificamos que el 64% de jóvenes provienen del área rural y 36% provienen del área urbana.

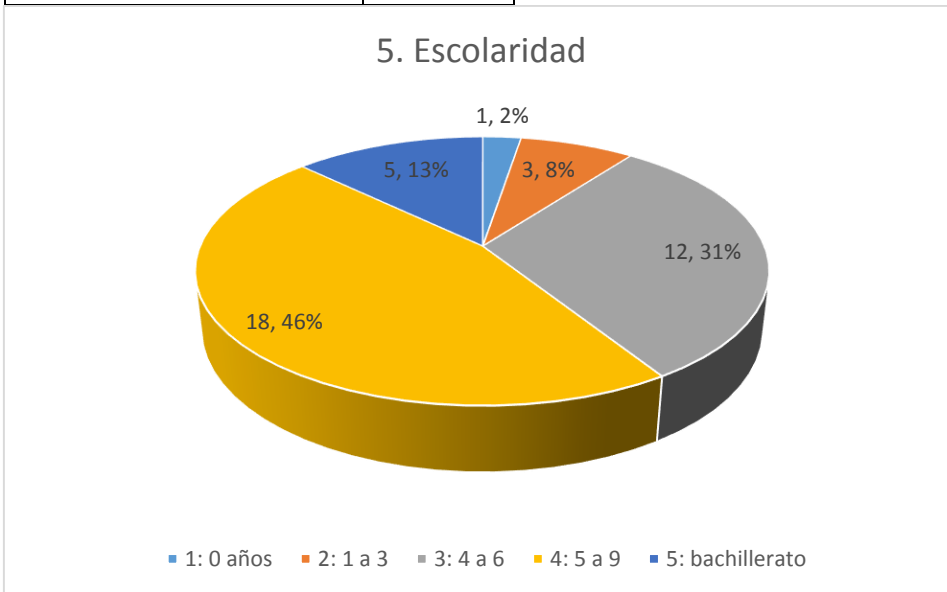
4. Ocupación	
Valor	Total
1: Estudiante	5
2: Desempleada	4
3: Ama de Casa	29
4: Otras	1



La ocupación esperada para toda adolescente es la de estudiante, de acuerdo a su edad, en educación básica o media, sin embargo al encontrarse en un estado de gravidez, esta situación presenta un cambio abrupto para la mayoría de las adolescentes, pues se ven en una transición de niña a mujer y esto las deja expuestas a muchas críticas en el ámbito en el cual se desarrollan, previo al embarazo, no solo por parte de los y las compañeras sino también por profesores y padres de sus compañeros lo que las lleva en la mayoría de los casos a la deserción escolar y buscar actividades alternas para sobrellevar su situación actual, el estudio nos revela lo anteriormente expuesto, ya que, del total de las adolescentes embarazadas inscritas el 74% pasaron de ser estudiantes a convertirse en amas de casa de un nuevo hogar, situación que reduce su calidad de vida y la de sus futuros hijos, porque la falta de preparación académica conlleva a la imposibilidad de optar a mejores trabajos. Se pone en evidencia además que tan solo un 13% del total, continua hasta el momento de su inscripción con sus estudios, pese a su estado de

embarazo, aunque está regulado que no se les puede negar la educación a las adolescentes en esta situación, aun no se puede evitar que sean el centro de burla o comentarios que pueden llegar a ser discriminatorios. Un 10% de las embarazadas no trabajaba ni estudiaba ni es ama de casa, debido a que continua viviendo con su familia o fue llevada a vivir con la familia de su pareja y es la madre de este la que tiene la responsabilidad del hogar y solo un 3% desempeña actividades diferentes a las mencionadas, como trabajos informales para sobrellevar su situación de embarazo.

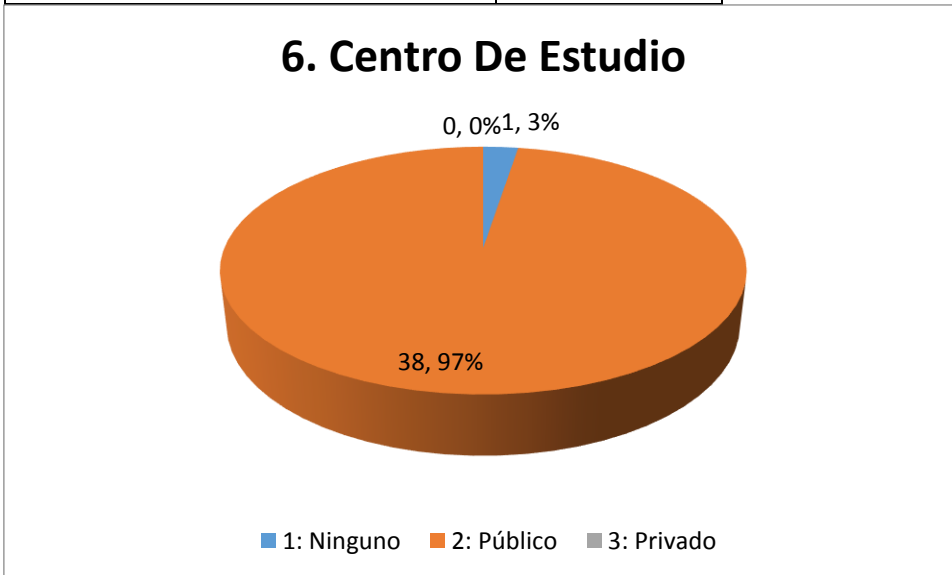
5. Nivel de Escolaridad	
Valor	Total
1: 0 años	1
2: 1 a 3	3
3: 4 a 6	12
4: 5 a 9	18
5: Bachillerato	5



La dificultad de acceso a la educación y un bajo nivel educativo son tanto una causa directa como una consecuencia de un embarazo en las adolescentes, debido a que una mujer embarazada en pocos casos continua con su educación si se encuentra en niveles de formación básica o intermedia, y posterior al parto se les dificulta el reingreso por las responsabilidades que la maternidad conlleva. El estudio de las adolescentes embarazadas inscritas en la UCSFI El Congo nos muestra datos respecto a su nivel educacional actual, pues como se mostró previamente apenas se sobrepasaba el 10% que continua estudiando, se nos muestra que un 46% de las embarazadas cuentan apenas con una educación básica entre sexto y noveno grado, el 31% de la población adolescente investigada, cuenta con tan solo entre 4 o 5 años de escolaridad lo que podría estar acorde con su edad, sin embargo, por las influencias culturales y sociales es un hecho difícil el retorno a un centro educativo; se nos muestra además la delicada situación educacional en la que se

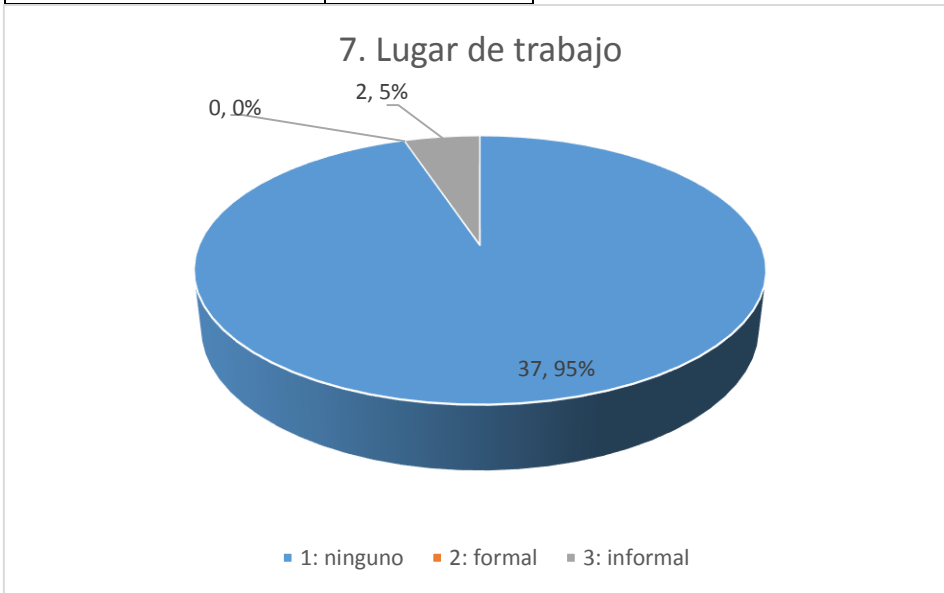
encuentran algunas adolescentes, pues un 10% cuenta con apenas un máximo de 2 años de escolaridad, situación que persiste en la sociedad a pesar de los esfuerzos por evitar situaciones de analfabetismo y falta de educación básica e intermedia. En el 13% restante se aprecia que de acuerdo a las edades obtenidas anteriormente se encuentran cursando una educación intermedia, que es el nivel esperado para la su edad.

6. Centro De Estudio	
Valor	Total
1: Ninguno	1
2: Público	38
3: Privado	0



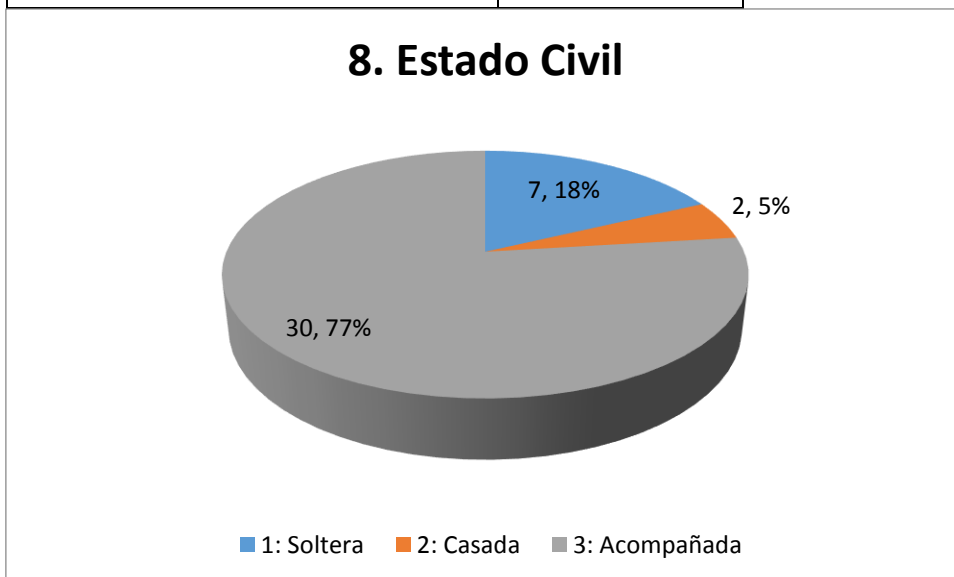
La educación a nivel nacional puede ser impartida por centros privados, lo cual representa un gasto que la mayor parte de la población no puede costear, y por otro por lado el sistema público, que aunque cuente con ciertas deficiencias en el ámbito estructural y pedagógico, brinda a toda la población que así lo desee la posibilidad de estudiar hasta un nivel intermedio, para brindarle una herramienta que le ayudara en su desempeño laboral y mantener su estabilidad económica. De las adolescentes embarazadas inscritas en el programa prenatal, independientemente de su nivel de estudio, o si continuaba o no estudiando, había recibido el 97% de ellas su formación a través de instituciones públicas, y el 3% que manifestaba no tener ningún nivel educativo, a pesar del aumento de los centros educativos rurales, como una estrategia para acercar a la población la posibilidad de recibir educación gratuita.

7. Lugar de Trabajo	
Valor	Total
1: Ninguno	37
2: Formal	0
3: Informal	2



Los resultados obtenidos respecto al lugar de trabajo de las adolescentes blanco inscritas en la UCSFI El Congo, nos revela que no cuentan con una estabilidad económica propia, sino que dependen ya sea de su pareja o núcleo familiar, como se puede apreciar el 95% de ellas no cuenta con ningún trabajo, esto abonado a la baja escolaridad que poseen les dificultara aún más encontrar un medio de ingresos económicos, y solamente se cuenta con un 5% que como ya se dijo su escolaridad y minoría de edad no les permite aun optar por trabajos formales, y se ven obligadas a buscar una medio informal como fuente ingresos para asumir su nuevo rol de futura madre.

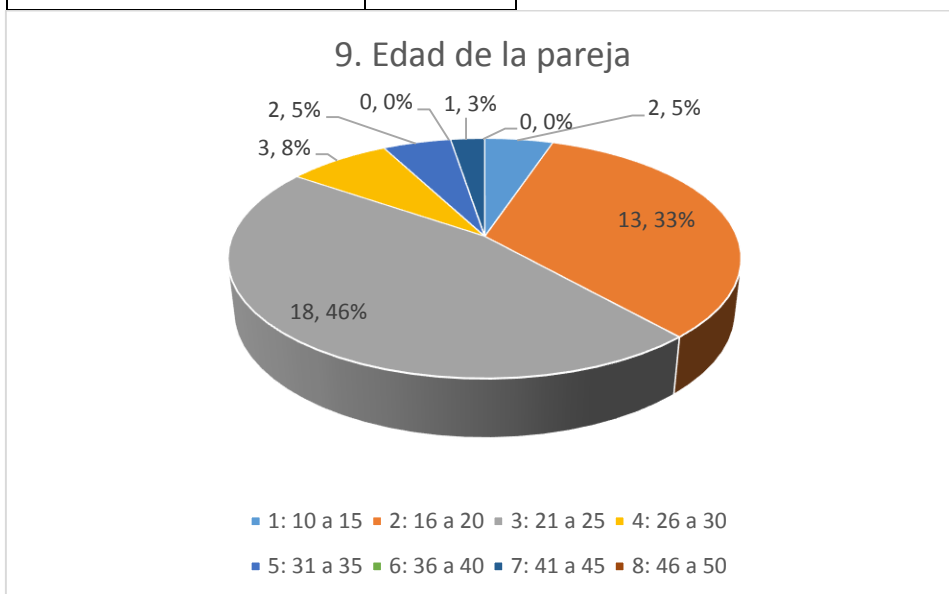
8. Estado Civil	
Valor	Total
1: Soltera	7
2: Casada	2
3: Acompañada	30



Uno de los principales cambios que puede provocar el embarazo adolescente es la modificación en el estado civil de las jóvenes, quienes por tradición cultural se han visto obligadas a contraer matrimonio de forma prematura o formar una unión estable con su pareja, sin embargo, este es un patrón que paulatinamente va cambiando dentro de nuestra sociedad y cada día está siendo más aceptado el ser madre soltera. Un embarazo adolescente no debe ser sinónimo de unión, para ello ambas partes deben tener la madurez mental y emocional, de lo contrario puede ser el inicio de conflictos, rechazo e incluso situaciones de violencia, que más adelante terminan en separación, divorcio e inestabilidad emocional, sin mencionar los perjuicios para el hijo. En el momento de la inscripción al control prenatal el 77% de adolescentes manifestó estar en unión libre con su pareja, sin especificar si dicho estado civil surgió a raíz del embarazo adolescente, sin embargo, este dato nos permite inferir que la mayoría de jóvenes opta por formar un hogar con el afán de brindar estabilidad y un entorno familiar para el futuro hijo aun y cuando la unión no esté legalizada. El 18% de adolescentes entrevistadas se encontraban solteras al

momento de la inscripción prenatal y con situaciones de embarazos no deseados en los cuales no cuentan en la mayoría de los casos con apoyo del padre biológico, desempleadas y dependiendo económicamente de su núcleo familiar. El 5% restante de adolescentes están en matrimonio legalizado lo cual trae mayores beneficios para el futuro hijo y para la pareja siempre y cuando cuenten con las condiciones adecuadas para la vida en familia y la educación de su hijo.

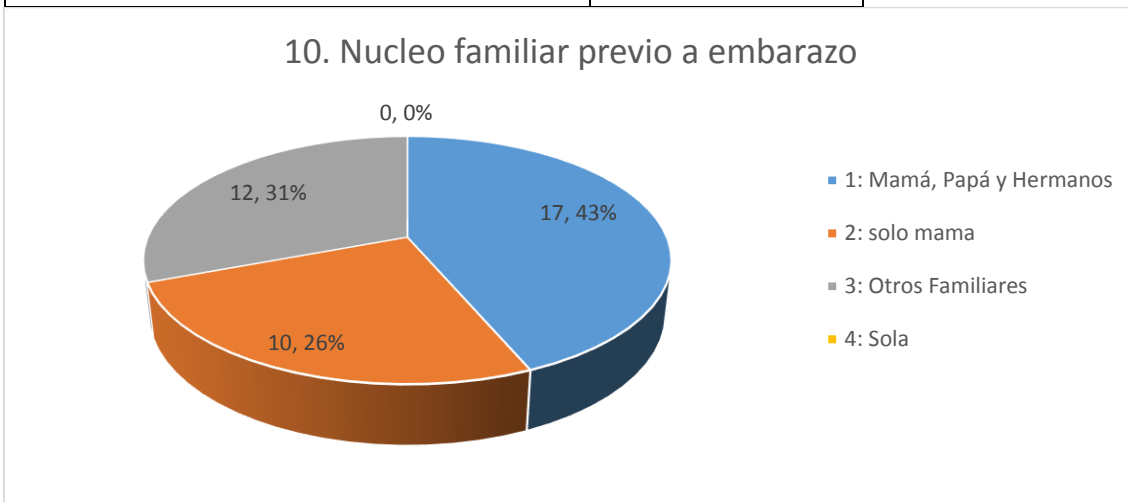
9. Edad de la Pareja	
Valor	Total
1: 10 a 15	2
2: 16 a 20	13
3: 21 a 25	18
4: 26 a 30	3
5: 31 a 35	2
6: 36 a 40	0
7: 41 a 45	1
8: 46 a 50	0



El 62% de adolescentes entrevistadas tiene pareja con edades mayores a 20 años es decir hombres adultos, probablemente se deba a que estén en busca de una persona con mayor estabilidad emocional, económica o experiencia. Sin embargo toda relación sexual entre una persona mayor de edad y un adolescente entre 15 y 18 años aun y cuando sea con su consentimiento es considerado delito sexual en nuestro país; figura penal denominada estupro, hecho que sucede con mucha frecuencia, y que incluso aun es visto como algo natural sobre todo en áreas rurales y es un delito que pocas veces es judicializado y mucho menor el número de personas que reciben condena a causa de ello; además si mantienen relaciones con una joven menor de 15 años se cataloga como abuso sexual, con pena máxima

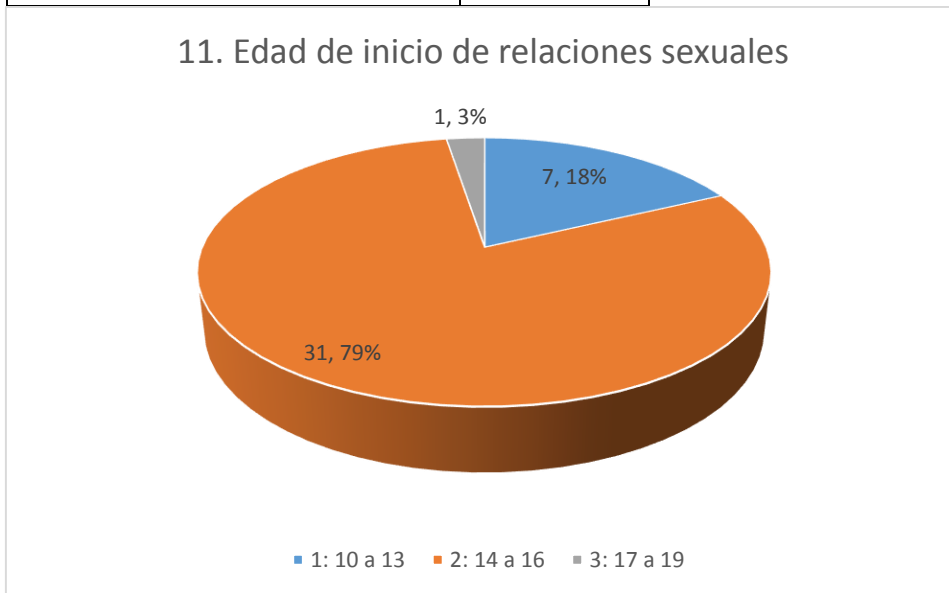
de 12 años en prisión según el código penal de El Salvador en el artículo 161. El 33% tienen parejas con edades entre 16 y 20 años la mayoría corresponde a jóvenes en adolescencia tardía, que aún no están preparados psicológica y económicamente para formar un hogar y el 5% restante tiene parejas con edades entre 10 a 15 años, los cuales aún están en la etapa de la adolescencia y aun no cuentan con una madurez psíquica para garantizar una estabilidad emocional a su pareja.

10. Núcleo Familiar	
Valor	Total
1: Mamá, Papá y Hermanos	17
2: Solo mamá	10
3: Otros familiares	12
4: Sola	0



La familia constituye la célula básica de la sociedad al ser el primer grupo al que pertenece el ser humano en su vida y son quienes en primera instancia deben brindar educación, valores y apoyo emocional a sus hijos que les permitirá integrarse de forma adecuada a la sociedad, por lo cual es importante la presencia de ambos padres. Al existir situaciones de familia disfuncional en la que hay peleas constantes, violencia, maltrato o en la que falta algún miembro puede ocasionar situaciones de carencia psicológica en donde los adolescentes pueden deprimirse, tener baja autoestima o adoptar conductas de riesgo como drogadicción, unirse a grupos delincuenciales, sexo sin protección entre otras. El 43% de jóvenes adolescentes vivía en una familia nuclear previo al embarazo, lo cual se considera la situación más ideal para el desarrollo del niño-adolescente; el 27% vivía solo con la mamá antes del embarazo con ausencia completa de una figura paterna y probablemente con mayores dificultades económicas y con menos tiempo de calidad de parte de su madre. El 12% restante por diferentes motivos vivía con otros familiares.

11. Edad de inicio de Relaciones Sexuales	
Valor	Total
1: 10 a 13	7
2: 14 a 16	31
3: 17 a 19	1

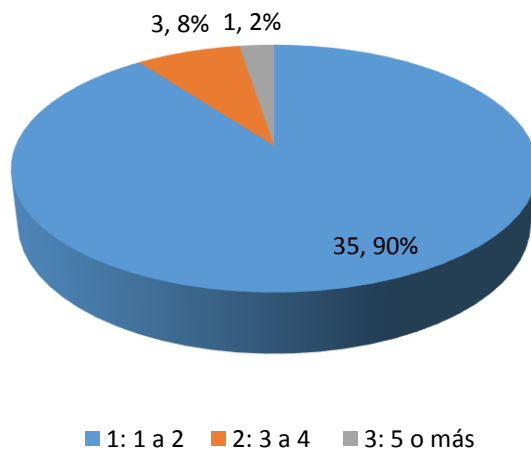


El inicio de la vida sexual a temprana edad, es una situación común en todas las culturas y estratos sociales, sean o no bien visto por la sociedad, lo cual depende el contexto cultural en el cual se desarrollen los adolescentes, los resultados obtenidos a través de las entrevistas realizadas a las adolescentes inscritas pone en evidencia la temprana edad a la que se realiza su primer acto sexual, y para tener una visión más precisa de la situación que se está viviendo se toman intervalos de edad de 3 años en cada uno, pues son edades en la cuales existe un cambio en la madurez física y emocional, encontrando en el estudio, que del total de adolescentes inscritas en la unidad intermedia de El Congo, 7 pacientes que representan el 18% del estudio, había iniciado su vida sexual antes de los catorce años, situación que deja entrever que aún existen casos en los cuales las adolescentes, por la convergencia que todos los factores sociales, culturales y familiares, tienen un inicio de vida sexual sin estar completamente preparadas física y emocionalmente; se evidencia además que el grueso de la población adolescente femenino, inscrito representado por un 79% del total de personas estudiadas tuvieron su primer encuentro sexual

entre los 14 y 16 años, acto que se podría llegar a relacionar con la creencia cultural de los 15 años, en los cuales las adolescentes dan un paso hacia adelante en su vida como mujeres y que hasta cierto punto es bastante aceptable por la sociedad, que una mujer de esta edad mantenga no solo relaciones sexuales, sino que además se convierta en madre, y de acuerdo a los resultados obtenidos tan solo el 3% de las estudiadas, rondo por la mayoría de edad para iniciar su vida sexual, periodo en el cual es un acto legal según se realice con el consentimiento de la adolescente.

12. Número de Parejas Sexuales	
Valor	Total
1: 1 a 2	35
2: 3 a 4	3
3: 5 o más	1

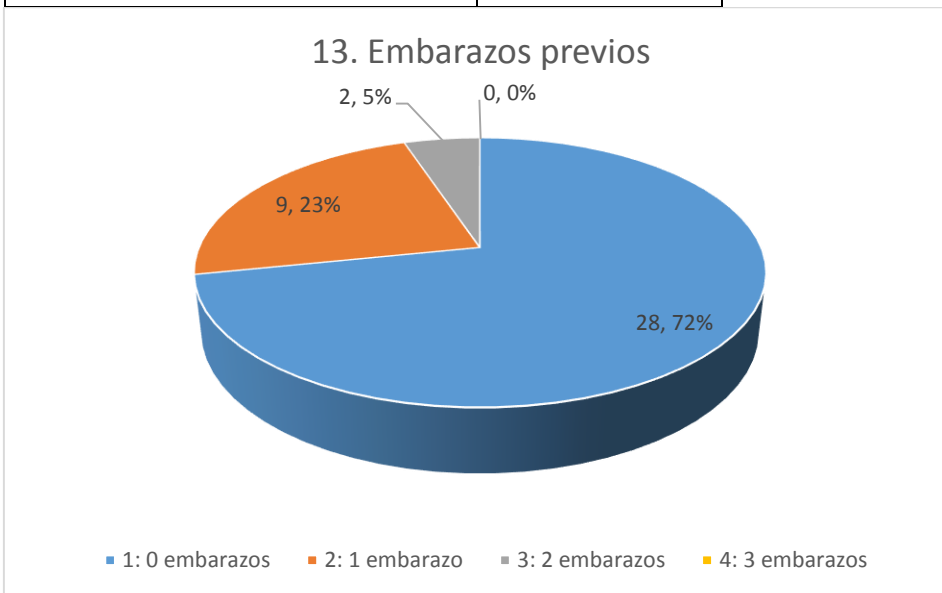
12. Número de Parejas Sexuales



Conocer la cantidad de parejas sexuales es de suma importancia, pues muestra el alto nivel de peligro al que podría llegar estar expuesta no solo la adolescente femenina si no también masculina a enfermedades de transmisión sexual, puesto que éstas podrían estar en un periodo de latencia, mientras las objeto de estudio van cambiando de pareja sexual, adquiriendo erróneamente llamada "experiencia", pues, se exponen como se mencionó, no solo a enfermedades sexuales sino también a un embarazo no deseado. Como generalmente sucede con el primer embarazo de las adolescentes, los datos obtenidos en el estudio nos permite, dilucidar que el 90% de la población mantenía su primer relación con vida sexual activa o tenía al menos experiencia previa con una sola persona, sin embargo se encuentra que el 8% de la población estudiada ya cuenta con al menos 3 parejas sexuales durante su embarazo actual, situación que debería ser de interés epidemiológico por la alta posibilidad de contraer enfermedades como las causadas por el virus de papiloma humano o el virus de inmunodeficiencia, pues a mayor edad, mayor podría ser el número de parejas sexuales y mayor la posibilidad de

infección y gastos subsecuentes para el estado para brindar una atención a toda esta población, y es preocupante encontrar en el estudio población adolescente que como se observa en la gráfica ya cuenta con 5 o más compañeros sexuales previos pues como ya se expuso, las convierte en blanco de enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados que tienen repercusiones, principalmente en la economía y educación de las adolescentes.

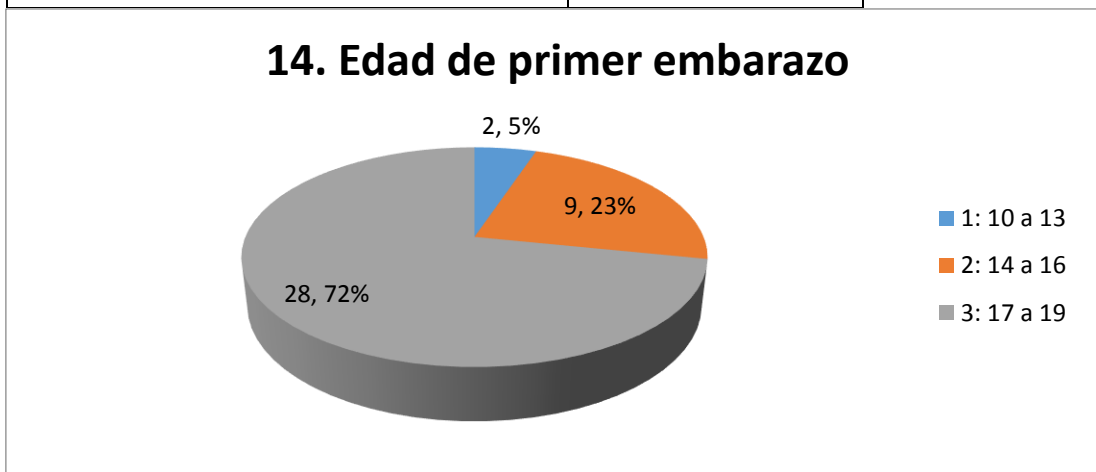
13. Cantidad de Embarazos Previos	
Valor	Total
1: 0 embarazos	28
2: 1 embarazo	9
3: 2 embarazos	2
4: 3 embarazos	0



El embarazo a temprana edad, podría poner en riesgo no solo la vida de la adolescente, sino también su calidad de vida y la del nuevo integrante de la familia en un futuro próximo, pues reduce las posibilidades de continuar con su formación académica, no solo por las obligaciones que conlleva el embarazo sino por temor a señalamientos por parte de sus círculos cercanos, con los vecinos, compañeros y profesores y eso se evidencia en la gráfica número 4 y 5, donde pone en evidencia la ocupación y escolaridad de las pacientes inscritas al programa materno de la unidad de salud, y debido a lo anterior es necesario conocer si existe en las adolescentes embarazos previos, pues se tiene evidencia que a menor años de escolaridad mayor número de embarazos durante su vida y a menor edad en su primer embarazo menos años escolares aprobados por los factores ya descritos, según los datos obtenidos evidenciados en la gráfica superior, es preocupante el 5% de la población ya tiene 2 embarazos previos sin sobrepasar los 19 años de edad y que como ya se mencionó pone a prueba las posibilidades de superación

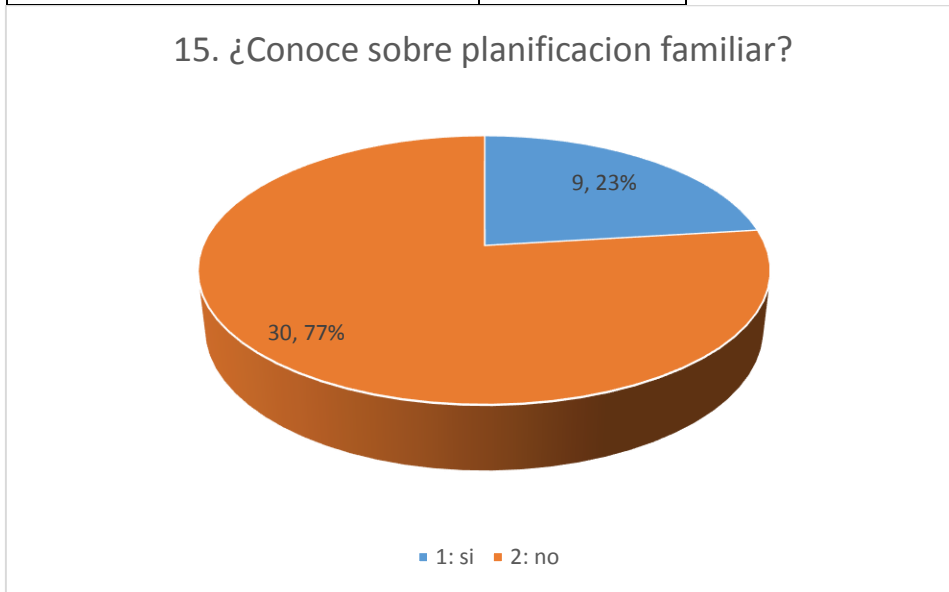
de estas adolescentes, y se debe prestar atención al 23% de la población correspondiente a 9 adolescentes que ya cuentan con un embarazo previo, pues corren el riesgo de un tercer embarazo a corto plazo si no se toman acciones que contribuyan a brindar información adecuada sobre salud sexual y reproductiva a las pacientes, y como se evidencia debido que el estudio nos demostró con anterioridad que la mayoría tenía apenas su primer pareja sexual esta en concordancia con el 72% de la población estudiada sin antecedente de embarazos previos, al momento de la entrevista.

14. Edad de Primer Embarazo	
Valor	Total
1: 10 a 13	2
2: 14 a 16	9
3: 17 a 19	28



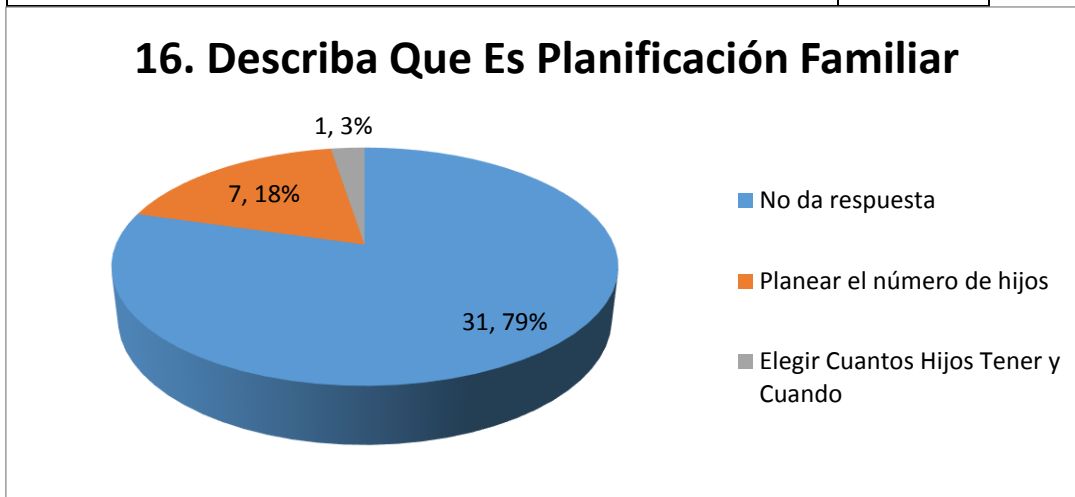
En la gráfica anterior se aprecia la variabilidad entre las edades en las que ocurre el primer embarazo en las adolescentes del municipio El Congo, nos muestra que un 5% de las adolescentes inscritas, su primer embarazo se ocurrió entre las edades de 10 a 13 años, porcentaje que aunque puede parecer bajo, como ya se ha mencionado es de sumo interés para salud pública por los riesgos obstétricos que puede tener un embarazo a esta edad, y la subsecuente deserción escolar y baja calidad de vida que llevara toda la familia de esta adolescente, se observa además que casi un cuarto de la población inscrita su primer embarazo se encuentra alrededor de los 15 años de edad, tema ya mencionado con anterioridad, y que hace relación a la aceptación social de madres adolescentes a una edad que si bien aún no es adulta ya se considera en capacidad de procreación, se aprecia por otra parte como el 72% de la población adolescente entrevistada la edad de su primer embarazo ronda la mayoría de edad, acción que se puede interpretar como un acto erróneo para independizarse por parte de la adolescente, que viéndose influenciada por múltiples factores externos las lleva a formar un pensamiento erróneo de libertad, y que termina en muchos casos a un embarazo precoz, no planeado y en la mayoría de casos no deseado.

15. ¿Conoce Que Es Planificación Familiar?	
Valor	Total
1: si	9
2: no	30



La gráfica nos muestra la poca información que tienen las adolescentes sobre el tema de planificación familiar, en una época en la cual, el embarazo adolescente es de interés nacional e internacional por los altos índices que existen, principalmente en los países en desarrollo, en el presente grafico se deja entre ver lo poco eficaz que ha sido la introducción de temas sobre educación sexual y reproductiva a la curricula escolar, pues del total de adolescentes embarazadas solo en 23% manifestaba conocer sobre el tema, evidenciando que los temas de índole sexual siguen manejándose como temas tabú, dentro del contexto social en el cual se desenvuelven las adolescentes, contribuyendo a un alto porcentaje de adolescentes desinformadas y desactualizado, siendo el 77% de las entrevistadas, lo que conlleva a la alta incidencia y reincidencia de embarazos en estas mismas adolescentes.

16. ¿Describe Que Es Planificación Familiar?	
Valor	Total
No da respuesta	31
Planear el número de hijos	7
Elegir Cuantos Hijos Tener y Cuando	1



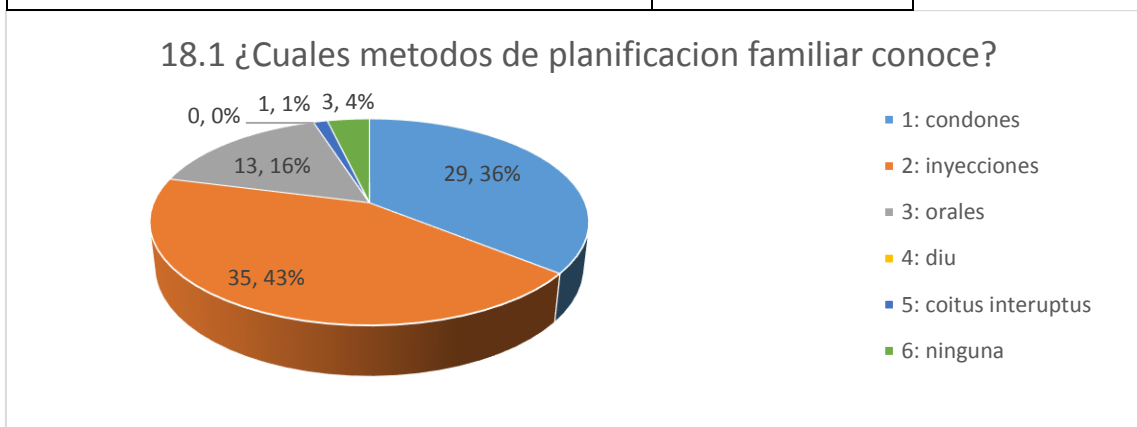
Se debe relacionar el conocimiento de planificación expresado por las adolescentes con la capacidad de poder describir de una forma breve el concepto de planificación familiar, como era de esperar con los valores obtenidos a la ausencia o presencia de conocimientos sobre planificación familiar, en el presente ítem se obtuvieron 3 tipos de respuesta, en las cuales observamos que un 79% no da una respuesta la interrogante, que se relaciona perfectamente con el 77% que anteriormente manifestaba no saber que es la planificación familiar, de las respuestas restantes, una de ellas se amplía al agregarle ``el tiempo en el cual se deben tener los hijos``, y se aprecia cómo el 18% de la población apenas tiene una idea somera de las dimensiones de la verdadera planificación familiar, pues a pesar de saber que la planificación implica cuantos hijos tener, no logran dilucidar por completo que se trata una decisión de pareja, que debe tomar en cuenta las posibilidades económicas y el espacio intergeneresico idóneo entre cada embarazo.

17. ¿Conoce sobre Métodos Anticonceptivos?	
Valor	Total
1: Si	36
2: No	3



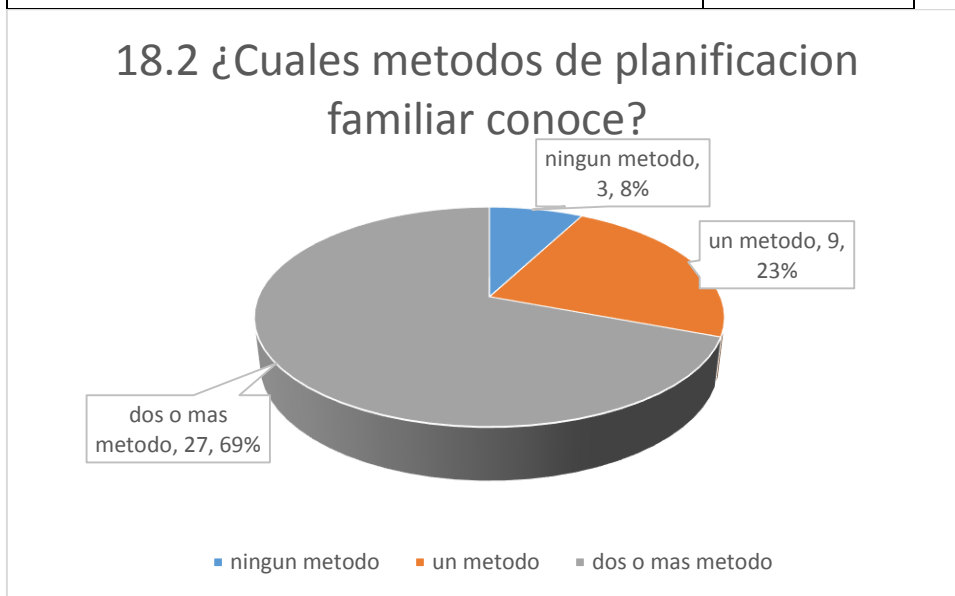
Contrario a los datos obtenidos previamente, en las cuales hay una desinformación sobre la planificación familiar, al hacer la interrogante sobre si conoce sobre métodos anticonceptivos, casi la totalidad de las entrevistadas responden de forma afirmativa, lo que pone entredicho el no haber recibido información en algún momento de su vida, pues el 92% representado por 36 adolescentes, manifiestan tener conocimientos sobre métodos anticonceptivos aunque no se especifica la fuente de esos conocimientos, por tanto pueden ser o no correctos y suficientes para evitar un próximo embarazo a temprana edad, mientras que un 8% que manifiesta no poseer conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

18. ¿Cuáles son los Métodos de Planificación que conoce?	
1: Condones	29
2: Inyecciones	35
3: Orales	13
4: DIU	0
5: Coitus Interruptus	1
6: Ninguna	3



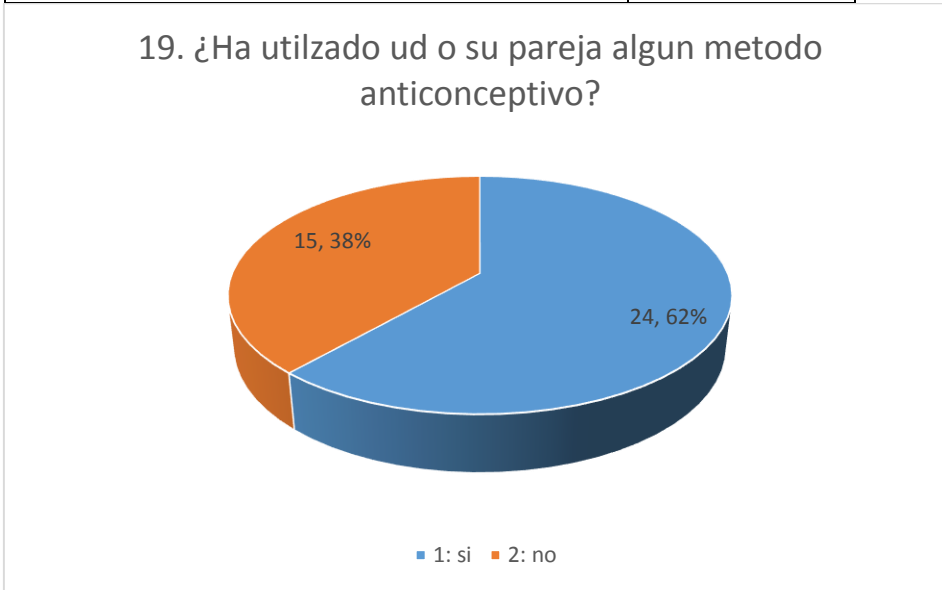
Existe una amplia gama de métodos anticonceptivos, y el presente cuestionamiento pretendía obtener todos los métodos que son conocidos por la población adolescente que se presenta a su inscripción de embarazo, obteniendo entre las respuestas, uno, dos o hasta tres métodos conocidos por una misma usuaria, y que a pesar de tener estos conocimientos resulto embarazada a temprana edad, se observa que entre los métodos más conocidos se encuentra el preservativo o condón masculino con 29 usuarias que refirieron conocerlo, sin embargo no es el principal método conocido, desplazado por las inyecciones como principal referente de método anticonceptivo con un 43% del total de las adolescentes inscritas, seguido de los anticonceptivos orales que son conocidos por el 16% de las adolescentes, se evidencia además un 4% de la población entrevistada que refería no tener conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Todo lo que deja al descubierto que los embarazos en las adolescentes, no ocurren solo por la falta de información pues están conocedoras de los principales métodos de planificación.

18.2 ¿Cuáles son los Métodos de Planificación que Conoce?	
Ningún Método	3
Un Método	9
Dos o Más Método	27



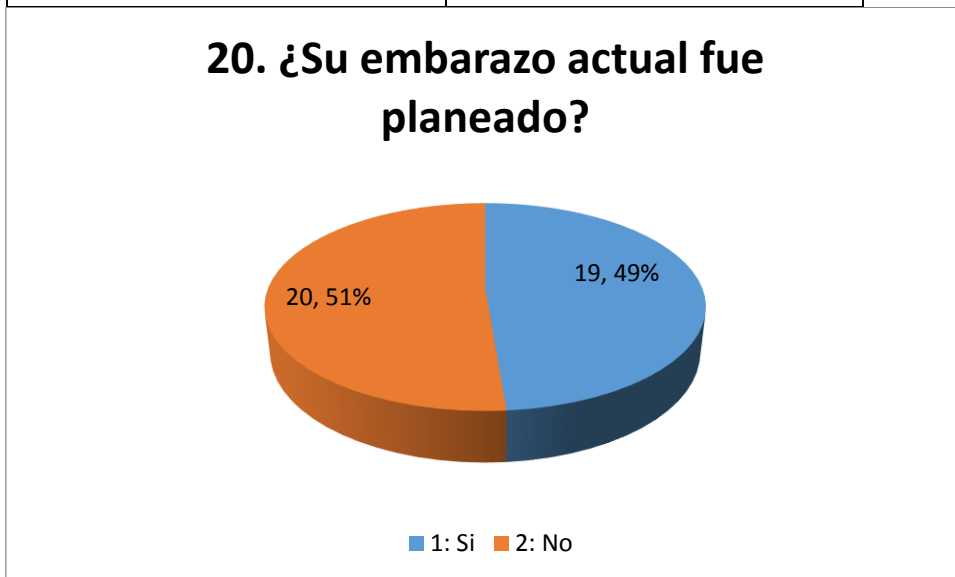
La presente grafica se relaciona con la anterior, pues aquí se muestra como el 92% de las adolescentes entrevistadas tienen conocimiento de por lo menos un método de planificación familiar, independientemente del método. De forma más detallada se obtiene que el 69% de ellas conocen como mínimo dos métodos anticonceptivos, dato que contrasta con su situación actual, pues el hecho de conocer diversos métodos y saber que es la planificación no las excluye de llegar a un embarazo adolescente no planeado, que es el resultado de no solo la falta de información como es evidente, sino de diversos factores que confluyen y las llevan a la gravidez, el 23% de las adolescentes conoce como mínimo un método de planificación familiar, aunque como ya se mencionó el hecho de conocerlo no significa que sepan la forma correcta de usarlo o que en realidad lo utilicen, y se evidencia, el bajo porcentaje de adolescentes que desconocen actualmente sobre métodos anticonceptivos, a pesar de los planes y estrategias para brindar conocimientos sobre métodos de planificación familiar.

19. ¿Ha utilizado algún tipo de Método Anticonceptivo?	
Valor	Total
1: Si	24
2: No	15



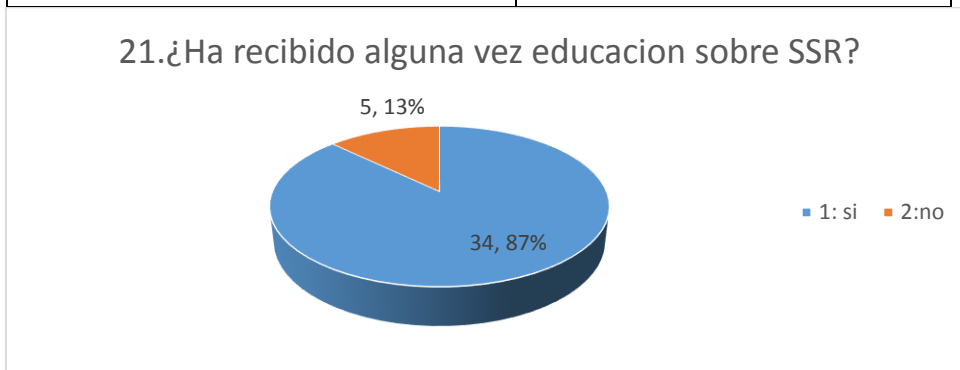
El grafico nos hace una representación de lo cuestionado anteriormente, pues nos manifiesta que, contrastando con el 92% de la población que conoce por lo menos un método de planificación familiar solo el 62% ha utilizado por lo menos uno desde el inicio de su vida sexual, dejando un déficit entre el conocimiento y la práctica de estos del 30%, un porcentaje bastante significativo, pues podría llegar a determinar el salir o no embarazada, aunque el hecho de utilizar o no un método de planificación no es único de la adolescente, sino que además incluye a su pareja, la cual podría llegar a ejercer algún tipo de injerencia para no utilizar un método de protección a pesar de tener conocimientos sobre ellos. Se nos presenta que un 38% que nunca ha utilizado un método anticonceptivo, que se suma al 8% de las adolescentes que manifiestan no tener conocimientos sobre el tema

20. ¿Su embarazo actual fue planeado?	
Valor	Total
1: Si	19
2: No	20



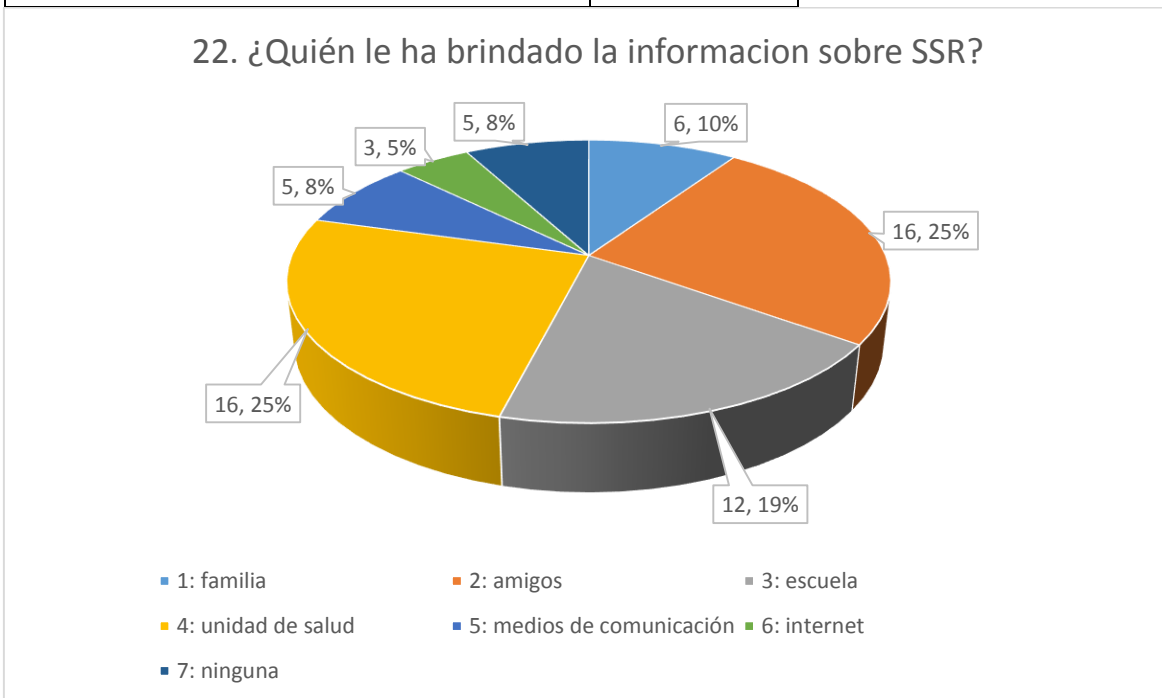
Del total de jóvenes entrevistadas el 51% dijo no haber planeado su embarazo actual y el 49% dijo que si planeo su embarazo. Lo cual refleja que casi la mitad de participantes consideraron que se encontraban en un momento ideal para iniciar una familia, cuando en realidad no cuentan con la madurez psicológica, física y emocional para ello. Además, no cuentan con solvencia económica ni un empleo digno que les genere ingresos adecuados y en su mayoría han abandonado sus estudios y sus proyectos de vida. Las demás jóvenes aun cuando no tenían intención de tener un hijo no buscaron los medios adecuados para evitarlo, en la gran mayoría por irresponsabilidad y en pocos casos por ignorancia.

21. ¿Ha recibido educación sobre Salud sexual y Reproductiva?	
Valor	Total
1: Si	34
2: No	5



En nuestro país dentro del marco legal actual, 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 de forma prioritaria por su madre y padre coadyuvado por el sistema educativo y de salud, esto según el artículo número 3 de la ley de protección integral de la niñez y la adolescencia (LEPINA); por lo cual es un tema que debe ser prioridad a nivel nacional y debe buscar brindarle a todos los adolescentes las condiciones y servicios adecuados para que tomen decisiones de forma consiente y orientada, ya que de eso dependerá su calidad de vida en la adultez y marcara las tendencias poblacionales futuras. En el presente estudio encontramos que el 83% de adolescentes inscritas al programa de atención materna, considera haber recibido algún tipo de educación sexual y reproductiva en el transcurso de su vida, porcentaje que podría ser considerado aceptable, sin embargo, para realizar un análisis más adecuado es importante evaluar la calidad científica de la información recibida, para lo cual es útil verificar la fuente donde obtuvieron esa información dentro de la sociedad. Por otro lado, el 13% dijo nunca haber recibido ninguna clase de educación u orientación sexual por parte de la familia o algún otro ente del estado lo cual los coloca en una situación especialmente vulnerable para tener embarazos a temprana edad, contraer enfermedades de transmisión sexual o ser víctima de cualquier persona que quiera violentar sus derechos sexuales o reproductivos.

22. ¿Quién le brindo información sobre SSR?	
1: Familia	6
2: Amigos	16
3: Escuela	12
4: Unidad de Salud	16
5: Medios de Comunicación	5
6: Internet	3
7: Ninguna	5

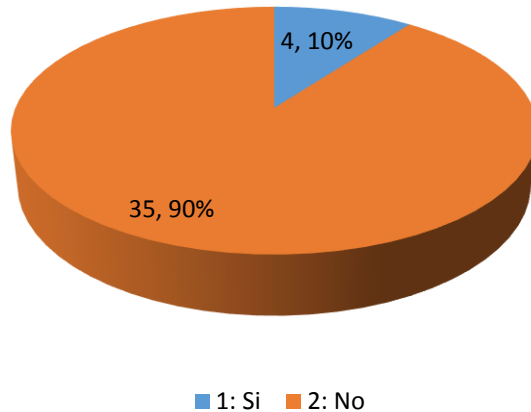


La educación sexual y reproductiva es un derecho de todos los niños y adolescentes, y la familia debe ser la fuente prioritaria de dicha información. Al indagar sobre las principales fuentes de educación en los sujetos de investigación encontramos que solo el 10% considera haber recibido educación en esta materia por parte de la familia, especialmente de sus padres. El sistema educativo y de salud también tienen la obligación de orientar a los jóvenes en salud sexual y reproductiva y en este caso encontramos que solo el 12% y 25% respectivamente recibió algún tipo de información por parte de estas instituciones del estado. En base a esto podemos inferir que en la actualidad no se le está dando la relevancia necesaria a este tema dentro de la sociedad dejándose como algo secundario, lo cual no les

permite a los jóvenes desarrollarse de forma integral y además los obliga a buscar la información que necesitan de otras fuentes menos confiables como los amigos 25% y algunos medios de comunicación como el internet 5% y otros medios de comunicación en el 8% de casos que pueden no estar adecuadas a su contexto o edad. Encontramos además un 8% de jóvenes que consideran nunca haber recibido ningún tipo de información sobre este tema probablemente a causa de que todavía es considerado un tema tabú por algunos sectores de la sociedad en que vivimos.

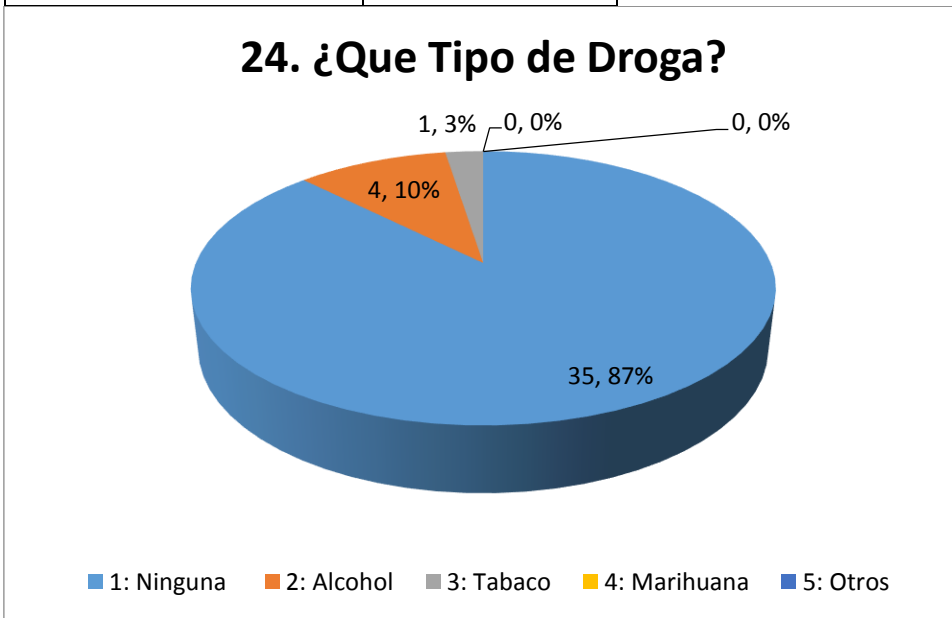
23. ¿Ha Consumido Alguna Droga?	
Valor	Total
1: Si	4
2: No	35

23. ¿Ha Consumido Alguna Droga?



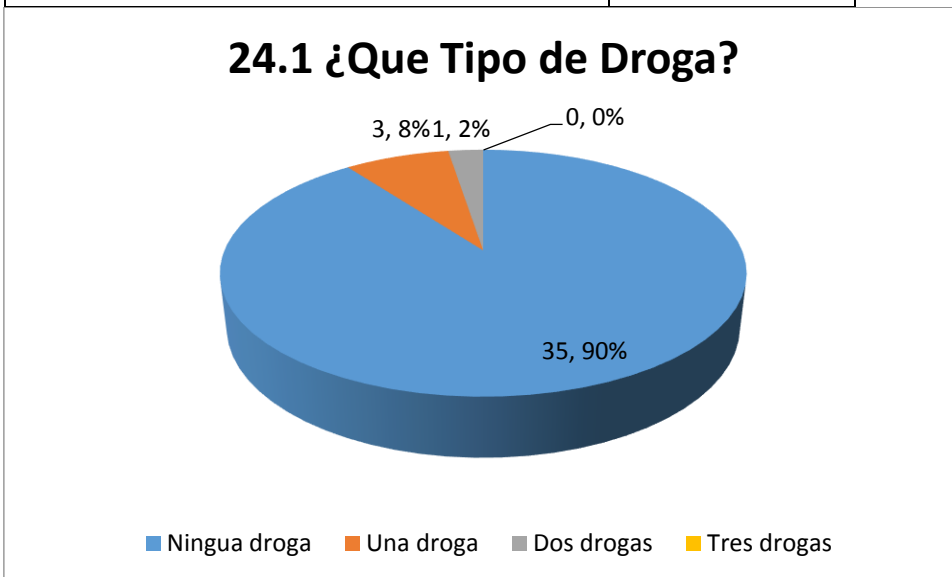
La adolescencia es una etapa de vulnerabilidad debido al proceso del desarrollo físico, psicológico y social en el que se encuentran los jóvenes y que los puede llevar a adoptar comportamientos de riesgo como el consumo de drogas ya que se encuentran en un periodo de aprendizaje en el que sienten la necesidad de experimentar, volverse más independientes y fortalecer vínculos con personas de su misma edad. Así mismo es importante el entorno familiar en el que se desenvuelven los adolescentes, por lo cual los padres deben evitar dar un mal ejemplo de consumiendo drogas en presencia de ellos. A través de la entrevista logramos identificar que 1 de cada 10 adolescentes afirma haber consumido algún tipo de droga en la vida, lo cual las puede llevar a sufrir daños en su salud o del bebe y además las puede llevar a otras situaciones de riesgo como sexo sin protección o violencia en cualquiera de sus formas.

24. ¿Qué tipo de Droga?	
Valor	Total
1: Ninguna	35
2: Alcohol	4
3: Tabaco	1
4: Marihuana	0
5: Otros	0



Al indagar el tipo de droga más consumido por las jóvenes encontramos que el alcohol y el tabaco es decir las drogas legales son las que con mayor frecuencia se adquieren, dada la facilidad que existe en nuestro medio para acceder a ellas, la excesiva publicidad en los diferentes medios de comunicación en donde se asocia alcohol y tabaco con situaciones de amigos, románticas o de éxito es decir que favorecen la sociabilidad y esto lleva un mensaje equivocado a los adolescentes que no están bien informados al respecto. Además, existe en nuestro país poco esfuerzo en materia de prevención del consumo estas sustancias en los jóvenes y en otras ocasiones el entorno familiar es inapropiado e incrementa el riesgo.

24.1 ¿Cuántos tipos de droga ha consumido?	
Valor	Total
Ninguna droga	35
Una droga	3
Dos drogas	1
Tres drogas	0



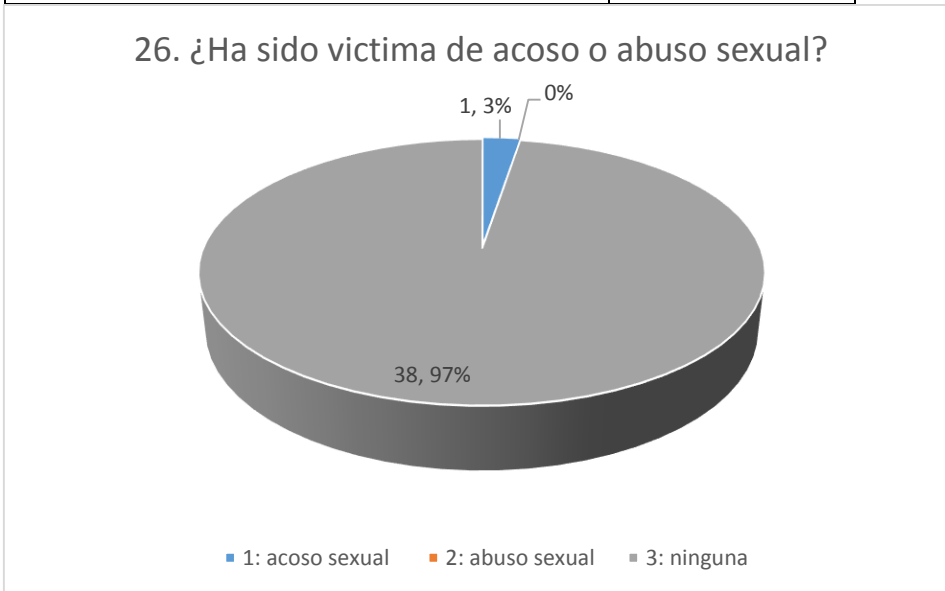
Al consultar sobre el número de drogas ingeridas el 8% afirma haber ingerido solo un tipo de droga y el 2% dos tipos drogas. Durante la adolescencia todo individuo debe ser considerado en riesgo para el consumo de drogas debido la necesidad de ser aceptados por el entorno o por los pares; la imitación de los amigos y compañeros, la curiosidad, el sentimiento de invulnerabilidad, la disponibilidad o el acceso a las bebidas alcohólicas, entre otros factores. En el caso de los adolescentes que ya consumen algún tipo de droga especialmente las legales se debe hacer un esfuerzo como sociedad para que cesen dicho consumo haciendo énfasis en las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de las mismas, evitando así que estas drogas funcionen además como puerta de entrada para el consumo de múltiples sustancias ilegales.

25. ¿Ha sufrido algún tipo de agresión física, verbal o psicológica?	
Valor	Total
1: Si	8
2: No	34



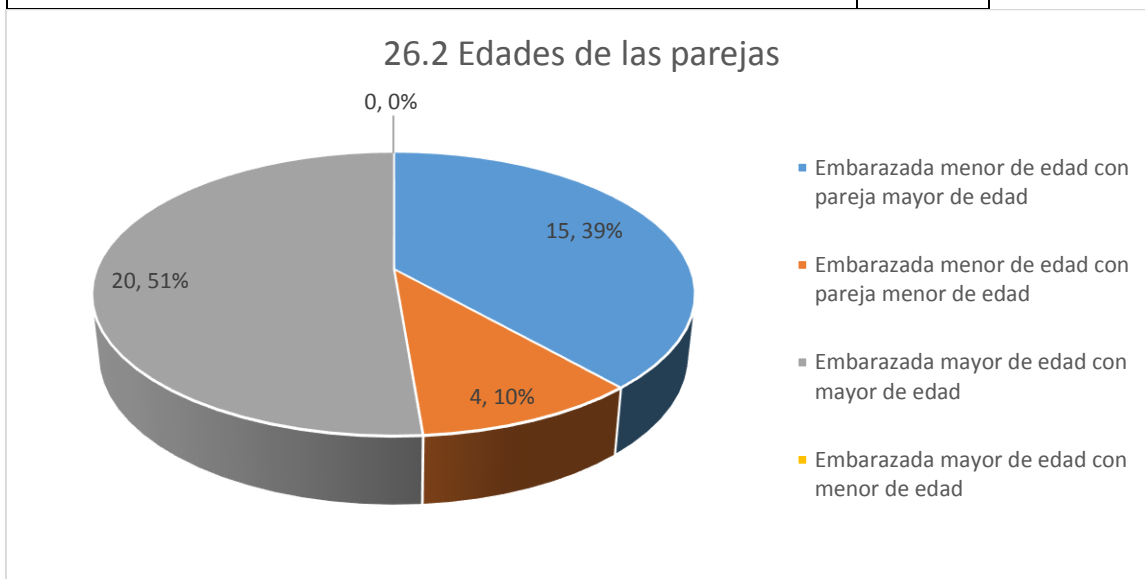
El 19% de adolescentes inscritas durante el periodo de investigación manifestaron haber sido víctimas de algún tipo de violencia física, verbal o psicológica dentro de su entorno familiar, lo cual puede repercutir en una baja autoestima, depresión, trastornos de ansiedad, daños en la integridad física, consumo de drogas, actividades delincuenciales, embarazo adolescente entre otras y 81% de jóvenes según su criterio negaron haber sufrido algún tipo de violencia.

26. ¿Ha sido víctima de Acoso o Abuso Sexual?	
Valor	Total
1: Acoso Sexual	1
2: Abuso Sexual	0
3: Ninguna	38



Al investigar sobre el acoso y abuso sexual solo una participante dijo haber sido víctima de acoso sexual alguna vez en la vida y el 97% considera según su criterio que nunca lo han sufrido. Sin embargo, como hemos mencionado anteriormente, el hecho que un mayor de edad sostenga relaciones sexuales con una adolescente es considerado como delito contra la integridad sexual, por lo cual el porcentaje de acoso y abuso sexual es en realidad más elevado del que se expresa por parte de las adolescentes.

26.2 Edades de las parejas	
Valor	Total
Embarazada menor de edad con pareja mayor de edad	15
Embarazada menor de edad con pareja menor de edad	4
Embarazada mayor de edad con mayor de edad	20
Embarazada mayor de edad con menor de edad	0

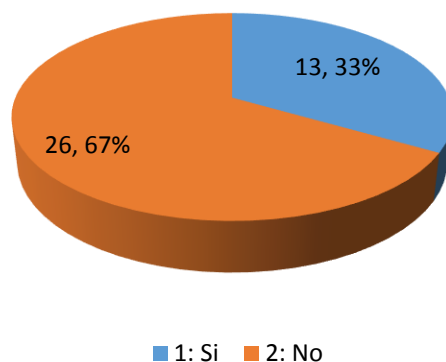


La gráfica actual nos hace una correlación entre las posibles situaciones de convivencia entre las adolescentes entrevistadas, en la cual se toma en cuenta la edad de ellas con la de su pareja actual y con la cual se pretende dejar en evidencia la situación de abuso o desventaja en la cual se pueden encontrar y además nos hará un contraste con la gráfica previa en la cual según las mismas pacientes no han sido víctima de abuso o violencia sexual, situación que se contradice según nuestras leyes actuales pues algunos casos podrían llegar a caer en una situación de violación o estupro dependiendo de la edad actual de la adolescente embarazada, se nos muestran cuatro posibles situaciones, la primera de ellas y la cual debería tener injerencia legal, una menor de edad con una pareja mayor de edad, representa un 39% del total, situación que aunque no sea percibida por parte de la adolescente como abuso sexual, las leyes regulan un proceso penalizado, una segunda situación una adolescente menor de edad con una pareja menor de edad, con menor frecuencia los casos que se encuentran y se evidencia con solo 10% de

los casos obtenidos en el estudio, la tercera situación y la cual es de mucha importancia es una adolescente ya mayor de edad con una pareja mayor de edad que representa el 51% del total, sin embargo en el estudio no se tiene en cuenta si es su primer embarazo o primer hogar, o si se unió a esta pareja mayor de edad siendo ella aún menor de edad, y una cuarta situación en la cual una adolescente mayor de edad, con una pareja menor de edad de la cuales no tenemos ningún registro, lo cual nos deja dilucidar, que aunque las propias adolescentes no lo vean como un abuso sexual, la mayoría de las adolescentes del estudio ha sido víctima tácitamente de abuso sexual por parte de mayores, que pueden estar o no conscientes de la situación en la cual se encuentran, y que las autoridades pertinentes aun no cumplen al pie de la letra lo estipulado en las leyes y acuerdos nacionales e internacionales en el cumplimiento de los derechos de las niñas y adolescente.

27. Vive En Una Zona Altamente Asechada Por Grupo Delincuenciales	
Valor	Total
1: Si	13
2: No	26

27. Vive En Una Zona Altamente Asechada Por Grupo Delincuenciales



El contexto social en el que se desenvuelven las adolescentes es muy importante ya que esto condiciona sus actitudes y conductas en los diversos ámbitos de la vida. Estar expuestas a situaciones de pobreza, hacinamiento y presión por grupos delictivos las coloca en un grupo de riesgo para sufrir acoso sexual, violencia física o verbal, abuso sexual o incluso pueden pasar a formar parte de dichos grupos delincuenciales lo cual favorece el inicio precoz de relaciones sexuales, tener múltiples parejas sexuales y llegar al embarazo. Si todos estos factores se asocian a una pobre o nula educación sexual y reproductiva es mucho más probable el surgimiento de dichas situaciones adversas. En el estudio encontramos que el 33% de jóvenes son afectadas actualmente por vivir en una zona conflictiva acechada por diversos grupos delincuenciales.

28. En sus palabras que la llevo a salir embarazada	
Valor	Total
No me cuide	17
Quería salir embarazada	16
No sabía que podía quedar embarazada	2
Mi pareja quería un bebe	2
No da respuesta	2



Al finalizar la entrevista se les pidió a las participantes que definieran con sus propias palabras el motivo principal que las llevo a tener un embarazo adolescente y se agruparon las respuestas similares en varias categorías: Un 44% de las entrevistadas dijeron “no haberse cuidado” haciendo referencia de que a pesar de conocer los métodos anticonceptivos disponibles no hicieron uso de los mismos por diversos motivos. El 41% dijo tener el deseo mutuo con la pareja de tener un hijo, la cual es una cifra alarmante ya que a esta edad no están capacitadas psicológicamente y en algunos casos físicamente para enfrentar el parto y la crianza de un hijo; además en un futuro les limita enormemente sus posibilidades para

encontrar un trabajo digno o culminar un proyecto de vida previo. El 5% manifestó que “no sabía que podía quedar embarazada”, esto se puede englobar dentro de las creencias y mitos que aún persisten en la población y esta aunado a la falta de educación sexual y reproductiva. Otro 5% dijo que el embarazo era porque su pareja deseaba tener un hijo, lo cual denota una conducta machista y es una forma de violencia sexual contra la mujer. El 5% restante no supo definir la causa del embarazo actual y no dio ninguna respuesta.

CAPITULO IX

CONCLUSIONES

- El embarazo adolescente es sido una temática de gran importancia a nivel mundial, nacional y regional, por los altos costos que conlleva la atención integral de estos pacientes y además son un factor importante para determinar la sobrepoblación que se vive en los últimos años y contribuye a los altos índices de morbilidad materna, debido a su inmadurez física y psicológica. El embarazo adolescente es un problema de origen multifactorial, y que trae como resultado problemas económicos por una escasa preparación formal, llevándolas a depender de sus parejas, dejándolas en una situación de desventaja y vulnerabilidad, sufriendo en muchos casos abusos reiterados por parte de estos; es un problema de salud que gobiernos de diferentes países no logran controlar a través de programas y estrategias, culminando en embarazos recurrentes o en casos excepcionales un suicidio como medio de escape a tal situación.
- Los principales factores que influyen en el embarazo adolescente, incluyen una edad temprana en el inicio de relaciones sexuales combinado con una información no adecuada sobre la utilización de métodos anticonceptivos más que una desinformación completa, ya que, según la información obtenida en el estudio, la mayor parte de las adolescentes han recibido información sobre diversos métodos de planificación familiar, aunque no necesariamente conozcan la forma correcta de utilizarlo.

- La educación en salud sexual y reproductiva es un derecho de todos los niños y adolescentes que les permite desarrollarse de forma integral a nivel personal e interpersonal ejerciendo su sexualidad de manera libre pero responsable, conociendo todos los riesgos a los que se exponen y las formas de prevenir situaciones adversas como embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual. La familia es la encargada en primera instancia de proveer esta educación por ser el primer grupo al que pertenecen los seres humanos dentro de la sociedad, a la cual deben colaborar distintas entidades del estado como el sistema de salud y el sistema educativo.
- A pesar de la existencia de leyes que protejan la integridad, los derechos y deberes de los adolescentes, un porcentaje grande de jóvenes adolescentes no dilucidan como abuso su situación de embarazo actual, debido a la existencia de patrones culturales que lo aceptan y normalizan ante la sociedad y entablan una relación o unión libre con personas mayores de edad, existiendo sin embargo, repercusiones legales en aquellos casos, que el padre sea una persona mayor de edad, pudiendo llegar a considerar casos precisos de violación o estupro.
- Es importante que los adolescentes cuenten con un proyecto de vida, para lo cual deben ser orientados en saber que quieren ser, como lograrlo y además el estado debe brindarles las herramientas que les faciliten la consecución del mismo. Muchas jóvenes ven en el embarazo precoz y la unión con un hombre como la salida de sus problemas económicos o familiares, sin embargo, en la mayoría de ocasiones solo se acentúan los problemas preexistentes y limitan sus oportunidades futuras.

CAPITULO X

RECOMENDACIONES

- Al Ministerio de Salud
 - Brindar capacitación adecuada sobre los servicios de salud sexual y reproductiva a todo el personal sanitario que brinde atención primaria, para poder transmitir una información adecuada a toda la población adolescente, con el fin de reducir la incidencia de embarazos en adolescentes y evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual.
 - Realizar jornadas de capacitación a los profesores de todos los niveles de educación para que pueden brindar información adecuada a los jóvenes y adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, con el fin que estos tengan herramientas adecuadas para enfrentar el inicio de su vida sexual de una forma segura y evitar enfermedades y embarazos no deseados que pueden culminar en abandono escolar.
 - Verificar en los centros asistenciales que brindan atención primaria en salud la existencia de planes que contengan estrategias y actividades a realizar con el fin de proveer información y ofertar métodos anticonceptivos a las adolescentes en general, con el fin de garantizar el goce responsable de una sana salud sexual y reproductiva y evitar embarazos a temprana edad.
 - A las unidades comunitarias de salud familiar y equipos comunitarios de salud, brindar durante las actividades de inscripción de adolescente y durante sus controles subsecuentes, información oportuna sobre salud sexual y reproductiva, ofertándoles todos los métodos anticonceptivos que dispongan, para brindarles herramientas prácticas a las hora de iniciar su vida sexual, para que esta sea de la forma más responsable posible y evitar repercusiones negativas a futuro en la vida de los y las jóvenes adolescentes.

- Al Ministerio de Educación:
 - Al ministerio de educación como ente dirigente y formadora de profesionales para brindar las bases a los jóvenes del país, se le recomienda reforzar medidas de educación desde niveles educativos básicos, intermedio y superiores, en el ámbito de educación sexual y reproductiva, siendo un tema en donde personal capacitado en salud en contribución de maestros debe de impartirlo durante el año lectivo escolar, reforzando su currículo de temas en donde se le explique a niños y jóvenes, sobre la importancia de disfrutar de una forma íntegra su adolescencia y esa transición como tal en donde debe identificar signo de peligro como abusos, violencia e incitaciones a los cuales ellos no accedan o no quieran. De igual manera contribuir a brindar temas de sexualidad y métodos de planificación familiar para conocimiento por aquellos que ya comprenden o empiezan la identificación de su sexualidad como tal a través del inicio de relaciones sexuales, contribuyendo a la disminución de embarazos no deseados. Se debe romper esa barrera moral que genera limitaciones al no incluir temas de sexualidad, sabiendo que hoy en día la publicidad y medios de comunicación incitan a los jóvenes a empezar una sexualidad precoz.
 - A las escuelas como centros de primer contacto con la juventud adolescente, se le recomienda brindar sesiones o círculos educativos y participativos incluidos en sus planes de educación, como parte de formación en cultura y actualización, para prevenir embarazos no deseados en las alumnas de dichas instituciones y así mismo evitar la deserción de estas para culminar su formación que por ley es requerida.

- Al Sector Judicial:
 - Se recomienda hacer valer la ley en aquellos casos en donde una joven adolescente sea identificada por la población, salud, educación u otro particular conocedor de las leyes a través de la notificación inmediata a las instituciones encargadas de la vigilancia y defensa de los derechos de los menores como son el CONNA (Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia) y la Fiscalía General de la Republica, siendo estas instituciones las que se encargan de investigar y analizar aquellos casos de adolescentes embarazadas, dando un seguimiento adecuado de que llevo a tal situación, sea por un acto consensuado o no consensuado por parte de los autores involucrados; así mismo determinar el valor que los familiares juegan en estos casos tras ser conocedores de las relaciones que sus hijas tiene y si avalan o no.
 - Se sugiere a aquellas instituciones a niveles locales que impartan talleres y capacitaciones a unidades comunitarias de salud, centros escolares y asociaciones organizadas de las comunidades para dar a conocer el procedimiento correcto para dar aviso ante situaciones donde se identifiquen actos de violencia, mencionando particularmente violaciones, abusos sexuales o estupro, a través de los diferentes lineamientos técnicos y así mismo brindar educación continua para poder reforzar aquellos apartados referentes a la aplicación de las leyes.

- A la Población en General:
 - A la población en general se le recomienda el autocuidado de su salud en el ámbito sexual y reproductivo; acudiendo a los establecimientos de salud disponibles ante cualquier sintomatología o duda que presenten sobre estos temas para que sean orientados por personal

capacitado. Además, es importante que todos vivan su sexualidad de forma responsable, retrasando el inicio de las relaciones sexuales, siendo fiel a su pareja y utilizando los diferentes métodos anticonceptivos existentes para evitar embarazos no deseados.

- A los padres de familia se les recomienda educar a los hijos en salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas de la vida y con información apropiada según su edad. Es un tema que debe dejar de ser considerado tabú, para lo cual es necesario que exista dialogo abierto, solucionando todas las dudas que surjan en los adolescentes; esto favorecerá el vínculo afectivo y la comunicación entre ambas partes, y además evitara en mayor medida embarazos a temprana edad, enfermedades de transmisión sexual y uniones libres en adolescentes. Deben hacer énfasis además en la importancia de crear un proyecto de vida y hacerles ver la importancia de la educación como generador de oportunidades en la vida adulta.

CAPITULO XI

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ISDEMU. (2010). *Instituto salvadoreño para el desarrollo de la mujer*. Obtenido de http://www.isdemu.gob.sv/index.php?Itemid=112&id=180&lang=es&option=com_content&view=article
- ISDEMU. (2011). *Instituto salvadoreño para el desarrollo de la mujer*. Obtenido de http://www.pgr.gob.sv/genero/descargas/ley%20especial%20integral%20para%20una%20vida%20libre%20de%20violencia%20para%20las%20mujeres_web.pdf
- justicia, C. c. (2009). *Ley de proteccion integral de la niñez y adolescencia*. Obtenido de <http://alertaangeldesaparecido.fgr.gob.sv/wp-content/uploads/leyes-documentos/lepina.pdf>
- MINSAL. (2012). *Plan Intersectorial Para La Atención Integral De La Salud De La Población Adolescente Y Joven 2012 – 2014*. San Salvador: ministerio de salud.
- MINSAL. (2013). *PLAN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA*. SAN SALVADOR: MINISTERIO DE SALUD.
- MINSAL. (2015). *Maternidad y Unión en niñas y adolescentes: Consecuencias en la vulneración de sus derechos*. san salvador: ministerio de salud.
- OMS. (2013). *Organizacion mundial de la salud: Comprender la violencia contra las mujeres*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf
- OMS. (2017). Obtenido de Organizacion mundial de la salud: http://www.who.int/topics/human_rights/es/
- OMS. (2017). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- OMS. (2017). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/es/
- OMS. (2017). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- OMS. (2017). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>

- OMS. (2017). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf
- OMS. (2017). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
- OMS. (2017). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
- OMS. (2017). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
- OMS. (2017). *Organizacion mundial de la salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/violence/es/>
- OMS. (2017). *Organizacion mundial de salud*. Obtenido de www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf
- OMS. (2017). *Organizacion mundial de salud*. Obtenido de http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Oxford. (2017). *Diccionario oxford*. Obtenido de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/discriminacion>
- Oxford. (2017). *Diccionario oxford*. Obtenido de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/misoginia>
- Oxford. (2017). *Diccionario Oxford*. Obtenido de <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/anticoncepcion>
- PLAN, I. U. (2014). *Estudio del impacto del embarazo, la maternidad y la violencia sexual en niñas y adolescentes salvadoreñas* .
- PLAN, I. U. (2014). *Estudio del impacto del embarazo, la maternidad y la violencia sexual en niñas y adolescentes salvadoreñas 2014*. San Salvador.
- RAE. (2017). *Real academia española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=vulnerable>
- Salvador, D. o. (15 de Agosto de 2012). *Diario oficial de El Salvador, numero 142*. Obtenido de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/Politica_de_Salud_Sexual_y_Reproductiva.pdf
- Salvador, D. O. (Agosto de 2012). *Diario Oficial El Salvador*. Obtenido de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/politicas/Politica_de_Salud_Sexual_y_Reproductiva.pdf
- UNFPA. (2013). *maternidad en la niñez enfretar el reto del embarazo en adolescente*. New York.

UNFPA. (2015). *MAPA DE EMBARAZOS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES EL SALVADOR*. SAN SALVADOR.

UNFPA. (2016). *Maternidad y unión en niñas y adolescentes: Consecuencias en la vulneración de sus derechos*. San Salvador. Obtenido de http://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Maternidad_Uniones_ninas%20yadolescentes_vo.2016.pdf

UNICEF, p. y. (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes Una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales a partir de un estudio en seis países de la región*. panama: UNICEF.

CAPITULO XII

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA DE INVESTIGACION: “FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES INSCRITAS EN LA UCSF-I EL CONGO, SANTA ANA, DURANTE EL PERIODO DE MARZO A AGOSTO DE 2017”.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera. He tenido la oportunidad de realizar preguntas o consultar dudas sobre la investigación y se me han contestado satisfactoriamente.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Huellas Dactilares _____

Santa Ana, El Congo, A Los _____ Del Mes De _____ Del Año _____

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

TEMA: “FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES INSCRITAS EN LA UCSF-I EL CONGO, SANTA ANA, DURANTE EL PERIODO DE MARZO A AGOSTO DE 2017”.

OBJETIVO GENERAL: IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES INSCRITAS EN L UCSF-I EL CONGO, SANTA ANA, DURANTE EL PERIODO DE MARZO A AGOSTO DE 2017.

DATOS PERSONALES

1. EDAD: _____
2. EDAD DE PRIMERA MENSTRUACION: _____
3. LUGAR DE PROCEDENCIA: _____
4. ESTUDIA: SI____ NO____
5. TRABAJA: SI____ NO____
6. ESCOLARIDAD (GRADO): _____
7. CENTRO DE ESTUDIO: _____
8. LUGAR DE TRABAJO: _____
9. ESTADO CIVIL: SOLTERA: ____ CASADA: ____ ACOMPAÑADA: ____
10. EDAD DE SU PAREJA: _____
11. NUCLEO FAMILIAR: _____
12. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES: _____
13. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES: _____

14. EDAD DE PRIMER EMBARAZO Y NÚMERO DE EMBARAZOS
PREVIOS: _____

DESARROLLO DE LA ENTREVISTA

15. CONOCE QUE ES LA PLANIFICACION FAMILIAR:

SI_____ NO_____

16. DESCRIBA CON SUS PALABRAS QUE ES LA PLANIFICACION
FAMILIAR PARA UD: _____

17. CONOCE SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS:

SI_____ NO_____

18. CUALES METODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCE:

19. ¿HAN UTILIZADO USTED O SU PAREJA METODOS
ANTICONCEPTIVOS EN ALGUNA OCASIÓN?

SI_____ NO_____

20. ¿SU EMBARAZO ACTUAL FUE PLANEADO O DESEADO?

SI _____ NO _____

21. ¿HA RECIBIDO ALGUNA VEZ EDUCACION SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

SI _____ NO _____

22. ¿QUIEN LE HA BRINDADO LA INFORMACION?

FAMILIA: _____ AMIGOS _____ ESCUELA _____ UNIDAD DE SALUD _____

MEDIOS DE COMUNICACIÓN _____ INTERNET _____

23. HA CONSUMIDO ALGUNA DROGA (Alcohol, tabaco, otras):

SI _____ NO _____

24. QUE TIPO DE DROGAS:

25. HA SUFRIDO ALGUN TIPO DE AGRESION FISICA; VERBAL O PSICOLOGICA:

SI _____ NO _____ ESPECIFIQUE: _____

26. HA SIDO VICTIMA DE ACOSO SEXUAL O ABUSO SEXUAL:

ACOSO SEXUAL_____ ABUSO SEXUAL_____ NINGUNA: _____

POR SUJETO CONOCIDO_____ SUJETO DESCONOCIDO_____

27. VIVE EN UNA ZONA ALTAMENTE ACECHADA POR GRUPOS
DELINCUENCIALES

SI_____ NO_____

28. CON SUS PROPIAS PALABRAS; QUE LA LLEVO A SALIR
EMBARAZADA:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA EL CONGO, SANTA ANA, EN PERIODO DE MARZO-AGOSTO DE 2017.

		CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																																			
Nº	ACTIVIDAD	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	REUNION INICIAL			X																																	
	ELECCION DE TEMA DE INVESTIGACION			X																																	
3	INSCRIPCION DE TEMA DE TRABAJO DE GRADO				X																																
4	REUNION CON ASESOR DE TRABAJO DE GRADO				X		X		X																												

FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA EL CONGO, SANTA ANA, EN PERIODO DE MARZO-AGOSTO DE 2017.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nº	ACTIVIDAD	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
5	BUSQUEDA DE INFORMACION DEL TEMA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X												
6	PRESENTACION DE PERFIL DE TRABAJO									X																															
	ELABORACION DE MARCO TEORICO					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X																									
7	PRESENTACION DE PROTOCOLO																					X																			

FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA EL CONGO, SANTA ANA, EN PERIODO DE MARZO-AGOSTO DE 2017.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nº	ACTIVIDAD	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
8	ELABORACION DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION																																				
9	PASE DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACION					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X								
10	ENTREGA DE TRABAJO FINAL																									X											
11	ANALISIS DE RESULTADOS																													X	X	X					

FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES INSCRITAS EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA EL CONGO, SANTA ANA, EN PERIODO DE MARZO-AGOSTO DE 2017.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Nº	ACTIVIDAD	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1 2	PRESENTACION DE TRABAJO FINAL																															X									
1 3	INICIO DE DEFENSAS																																	X	X	X	X				

PRESUPUESTO

“FACTORES DE RIESGO QUE FAVORECEN EL EMBARAZO EN ADOLESCENTES INSCRITAS EN LA UCSF-I EL CONGO, SANTA ANA, DURANTE EL PERIODO DE MARZO A AGOSTO DE 2017”.

PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACION	
Recursos humanos	
Asesor de tesis Investigadores	
Gastos de alimentación	
Papelería y varios	
Impresiones y copias Unidades USB – CD ROM Anillados Empastado Order books Lapiceros Lápices Borradores	
Viáticos	
Gastos de activos fijos	

Depreciación de uso de pc Gastos de local Gastos de agua Gastos de luz Internet	
Gastos de presentación de resultados	
Arreglo floral Alimentación Presentes Alquiler de material tecnológico	
TOTAL FINAL ESTIMADO	\$1,000.00